



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

**TÜRKİYE
KALP VE DAMAR HASTALIKLARINI
ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI**

**Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik
Stratejik Plan ve Eylem Planı
(2010-2014)**

ANKARA - 2010

© 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 : 978-975-590-341-5

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 812

Ayrıntılı bilgi için:

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 : saglik.gov.tr

Anıl Matbaası. Özveren Sok.13/A Kızılay/ANKARA

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

Web:www.anilmatbaasi.com

TÜRKİYE KALP VE DAMAR HASTALIKLARINI ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Nihat TOSUN	Sağlık Bakanlığı, Müsteşar
Dr. Yasin ERKOÇ	Sağlık Bakanlığı, Müsteşar Yardımcısı
Doç. Dr. Turan BUZGAN	Sağlık Bakanlığı, Müsteşar Yardımcısı
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	S.B. TSHGM, Genel Müdür Yardımcısı
Doç. Dr. Dursun ARAS	Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araş.Sağ.İşl.
Uzm. Dr. Nazan YARDIM	S.B. TSHGM, Daire Başkanı
Uzm. Dr. Sibel GÖGEN	Ankara Sağlık Müdürlüğü Aile Hekimliği
Uz. Tıbb. Tek. Gülay SARIOĞLU	S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Dyt. Meltem SOYLU	S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

TEKNİK ÇALIŞMA GRUBU

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	S.B. TSHGM, Genel Müdür Yardımcısı
Uzm. Dr. Nazan YARDIM	S.B. TSHGM, Daire Başkanı
Uzm. Dr. Sibel GÖGEN	Ankara Sağlık Müdürlüğü Aile Hekimliği
Dyt. Ceyhan VARDAR	S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Uz. Tıbb. Tek. Gülay SARIOĞLU	S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Dr. Dyt. Meltem SOYLU	S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

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

BİRİNCİL, İKİNCİL VE ÜÇÜNCÜL KORUMAYA YÖNELİK STRATEJİK PLAN VE EYLEM PLANI (2010-2014)

KATKI SAĞLAYAN KAMU KURUM VE KURULUŞLAR

Sağlık Bakanlığı
Milli Eğitim Bakanlığı
Maliye Bakanlığı
Sosyal Güvenlik Kurumu
Türkiye İstatistik Kurumu
Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü
Diyanet İşleri Başkanlığı
Türk Standartları Enstitüsü
Radyo Televizyon Üst Kurulu
Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu
Yüksek Öğrenim Kurumu
Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu
Ankara Büyükşehir Belediye Başkanlığı
Dünya Sağlık Örgütü Türkiye İrtibat Bürosu

KATKI SAĞLAYAN ÜNİVERSİTELER

Ankara Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Hacettepe Üniversitesi
Orta Doğu Teknik Üniversitesi

KATKI SAĞLAYAN SİVİL TOPLUM KURULUŞLARI

(Alfabetik sıralama yapılmıştır.)

Acil Tıp Uzmanları Derneği
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanları Derneği
Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği
Ateroskleroz Derneği
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
Metabolik Sendrom Derneği
Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği
Resüsitasyon Derneği
Tıbbi Cihaz Üretici ve Tedarikçi Dernekleri Federasyonu
Tıbbi Malzeme ve Cihaz Üreticileri Derneği
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
Türkiye Diyabet Vakfı
Türkiye Diyetisyenler Derneği
Türk Eczacılar Birliği
Türk Farmakoloji Derneği
Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği
Türkiye Fizyoterapistler Derneği
Türk Hemşireler Derneği
Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği
Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
Türkiye İlaç Sanayi Derneği
Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği
Türk Kardiyoloji Derneği
Türk Milli Pediatri Derneği
Türk Nöroloji Derneği
Türk Nöroşirürji Derneği
Türk Pediatrik Kardiyoloji Derneği
Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği
Türkiye Sağlık Endüstrisi İşverenler Sendikası
Türk Tabipleri Birliği
Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği

KATKI SAĞLAYAN KİŞİLER
(Soyadına göre alfabetik sıralama yapılmıştır)

Doç. Dr.Serap Aykut	AKA	Prof. Dr. Çetin	EROL
Doç. Dr. Rüçhan	AKAR	Dr.Süreyya	ERŞAHİN
Prof. Dr. Vakur	AKAYA	Dr. Deniz	ERTAN
Ş.İsmail	AKKAŞ	Uzm. Dr. Sibel	GÖGEN
Dr. Muzaffer	AKKAYA	Dr. Yıldız Turhan	GÖRGÜN
Prof. Dr.Atilla	ARAL	Dr. Betigül	GÜLİTER
Doç. Dr. Dursun	ARAS	Tıb.Tek.Ayşe	GÜNDOĞAN
Prof.Dr. Nurcan	ARAT	Uzm. Denetçi Salih	GÜNEY
Prof. Dr. Hülya	ARIKAN	Ali	GÜNGÜT
Prof. Dr. Yeşim Kurtaiş	AYTÜR	Prof. Dr. Nesrin	HASIRCI
Güliden	BAYRAKTAR	Uzm. Dyt. Şeniz	ILGAZ
Uzm. Dr. Nihal Akar	BAYRAM	Prof. Dr. Erdoğan	İLKAY
Dr. Gürcan	BEBİTOĞLU	Dr. Hüseyin	İLTER
Ecz. Emrah	BİLGENER	Uzm. Dr. A. Refik	İMAMECİOĞLU
Prof.Dr. Bülent	BOYACI	Sertan	İPEK
Doç. Dr. Turan	BUZGAN	Dr. Erkan	İRİZ
Prof. Dr. Ünase	BÜYÜKKOÇAK	Doç.Dr. Sibel	KALAÇA
Prof. Dr.Ufuk	CAN	Prof. Dr. Nilgün	KARAAĞAOĞLU
Doç. Dr. Başar	CANDER	Prof. Dr. Selmin	KARADEMİR
Dr.Biriz	ÇAKIR	Uzm. Dr. Demet	KARADENİZLİ
Doç. Dr.Sevilay Şenol	ÇELİK	Prof. Dr.Ayşe	KARADUMAN
Sağ. Eğt.Erdal	ÇENESİZ	Doç. Dr. Heves	KARAGÖZ
Prof. Dr. Atiye	ÇENGEL	Prof. Dr.Oğuz	KAYAALP
Dr. Zekiye	ÇİPİL	Dr. Bora	KAYSER
Dr. Seraceddin	ÇOM	Doç. Dr. Dilek	KESKİN
Hem.Nazmiye Şeker	ÇORBACIOĞLU	Uzm. Dr. Bekir	KESKİNKILIÇ
Mustafa	DAŞCI	Doç.Dr.Harun	KILIÇ
Prof. Dr. Nesrin	DEMİRSOY	Prof. Dr. Ömer	KOZAN
Uzm. Ecz.Zeynep Füsün	DENLİ	Yrd. Dr. Eda	KÖKSAL
Emeti	DOĞAN	Doç.Dr.Nezire	KÖSE
İlknur	DOLU	Doç. Dr. Serdar	KULA
Uzm. Mine	EGE	Uzm. Dr. M.Mahir	KUNT
Yrd. Doç. Dr. Gökhan	EMİNSOY	Op. Dr.Ayşegül	KUNT
Yrd. Doç. Dr. Nüket Paksoy	ERBAYDAR	Prof. Dr. Ali	KUTSAL
Yrd.Doç.Dr.Yasemin Akbal	ERGÜN	Aziz	KÜÇÜK
Cemal	ERİKEL	Prof. Dr. Mustafa Koray	LENK

Prof. Dr. Mehmet	MELLİ	Uzm. Dr. Nazan	YARDIM
Dr.Selçuk	METİNER	Prof. Dr. Ersin	YARIŞ
Prof. Dr. Deniz	OĞUZ	Doç.Dr.Sibel Aksu	YILDIRIM
Prof. Dr. Rana	OLGUNTÜRK	Doç. Dr. H. Hakan	YILMAZ
Gülçin	ONBAŞIOĞLU	Doç. Dr. Ayşegül	YILMAZ
Doç. Dr. Burhan	ÖCAL	Dr. Alev	YÜCEL
Prof. Dr.Mehmet Zülküf	ÖNAL	Doç. Dr. Yusuf	YÜRÜMEZ
Doç.Tbp.Alb.Bilgehan Savaş	ÖZ	Hüseyin	ZIRH
Dr.Osman	ÖZCAN	Dr.Hüseyin	ZORA
Prof. Dr. Osman	ÖZDEMİR	Banu	ZORLUTUNA
Doç. Dr.Zeynep Canlı	ÖZER	Doç.Dr.Yaman	ZORLUTUNA
Doç. Dr. Şerefnur	ÖZTÜRK		
Uzm. Dr. Filiz	ÖZYİĞİT		
Dr.Sertaç	POLAT		
Halil	POLAT		
Dr. Fatih	SALMAN		
Uzm. Tıp.Tek. Gülay	SARIOĞLU		
Prof. Dr. Sema	SAVCI		
Doç Dr. İhsan	SOLAROĞLU		
Doç. Dr. Serap Tomruk	SÜTBEYAZ		
Prof. Dr.Erol	ŞENER		
Uzm. Meltem	TAN		
Adnan	TAŞDEMİR		
Yrd. Doç. Dr. Selda	TEKİNER		
Kadir	TEMİR		
Hüseyin	TOKGÖZ		
Prof. Dr. Nihat	TOSUN		
Ar. Gör. Zahide	TUNA		
Dilara	TUNCA		
Rıfat	TURGUT		
Doç. Dr.Tufan	TÜKEK		
Op. Dr.Mahmut Mustafa	ULAŞ		
Uzm. Dr. Koray	ULUDAĞ		
Doç.Dr Mehmet	UZUNLULU		
Prof. Dr. Belgin	ÜNAL		
Uzm. Dr. S.Ersin	ÜNLÜ		
Dyt. Ceyhan	VARDAR		
Murat	YAKUT		

ÖNSÖZ

20. yüzyıl, tüm dünya için bulaşıcı hastalıklara karşı geliştirilen yoğun bir sağlık savaşına sahne olmuştur. Yaşadığımız yüzyılda ise beklenen yaşam süresinin uzaması sonucu tüm dünyada ve ülkemizde kronik hastalıkların en önemli mortalite ve morbidite sebebi olması nedeniyle, sağlık alanında yeni yaklaşımlar geliştirilmesi gündeme gelmiştir. Kronik hastalıklara sebep olan risk faktörleri ile mücadele ancak ulusal politikalar ve uzun vadeli stratejiler yoluyla başarıya ulaşabilir. Sağlıklı beslenme, fiziksel hareketliliğin özendirilmesi, tütün kullanımının azaltılması gibi uygulamalar tüm sektörlerin katılımını gerektirmektedir.

Ülkemizde ana-çocuk sağlığı, aşılama faaliyetleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi konularda çok önemli mesafeler kaydedilmiş, dünyayla paralel olarak kronik hastalıkların önemi artmıştır. Sağlık Bakanlığı Stratejik Eylem Planı'nda sağlıklı bir hayatın sürdürülmesi, daha iyi bir hayat için sağlığın geliştirilmesi ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların önlenmesi faaliyetlerine yer verilmiştir. Bu kapsamda Bakanlığımız Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı kurulmuştur.

Kronik hastalıklar içerisinde, kalp ve damar hastalıkları tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almakta, özellikle iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar ilk iki ölüm nedenini oluşturmaktadır. Kalp ve damar hastalıklarıyla daha etkili mücadele edebilmek için Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 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 imza töreninde açıklanmış ve uygulamaya konulmuştur. Bu eylem planının devamı niteliğinde olan kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu ile bu alanda kontrolün sağlanmasını amaçlayan kalp ve damar hastalıklarına yönelik yüksek risk stratejilerini içeren “Kalp ve Damar Hastalıklarında İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı” hazırlanarak, her iki çalışma “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2010-2014” olarak bir arada sunulmaktadır.

Herkese eşit, adil, kaliteli, çağdaş ve sürdürülebilir sağlık hizmeti ilkesi ile yürütülecek sağlık politikaları ve stratejilerine katkı sağlayacak bu değerli çalışmada emeği geçen herkese teşekkür eder, insanımızın daha sağlıklı ve daha kaliteli bir hayata kavuşması yolundaki başarılı çalışmalarının devamını dilerim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

TEŞEKKÜR

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı'nın hazırlanmasında her türlü desteği sağlayan, başta Sayın Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ olmak üzere, Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık Komisyonu Başkanı Prof. Dr. Cevdet Erdöl, Türkiye Büyük Millet Meclisi 23. Dönem Adana Milletvekili ve Sağlık Bakanlığı önceki Müsteşarı Prof. Dr. Necdet Ünüvar, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nihat Tosun, Müsteşar Yardımcısı Uzm. Dr. Turan Buzgan, Müsteşar Yardımcısı Dr. Yasin Erkoç, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Dr. Seraceddin Çom'a,

Ulusal Kalp Sağlığı Politikası dökümanının hazırlanarak Bakanlığımız görüşüne sunulması ve Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı'nın hazırlanma sürecindeki tüm çalışmalarda katkı ve desteklerinden dolayı Türk Kardiyoloji Derneği önceki Başkanlarından Prof. Dr. Çetin Erol'a, Prof. Dr. Oktay Ergene'ye, Yönetim Kurulu Üyelerine ve Türk Kardiyoloji Derneği'ne,

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programının şekillenmesinde değerli katkılarından dolayı Sağlık Bakanlığının ilgili genel müdürlük ve daire başkanlıklarına, tüm kurum ve kuruluşlarımıza, üniversitelerimize ve katkıları ile programımızı zenginleştiren sivil toplum kuruluşları temsilcilerine, değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. H. Hakan Yılmaz ve Dr. Volkan Erkan'a, programın hazırlanması, yayınlanması ve uygulanması aşamalarında yoğun olarak çalışan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı çalışanlarına içtenlikle teşekkürlerimizi sunarız.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	IX
TEŞEKKÜR.....	XI
TABLOLAR DİZİNİ	XV
ŞEKİLLER DİZİNİ	XVII
KISALTMALAR	XVIII
1.GİRİŞ	1
2. STRATEJİK PLAN VE EYLEM PLANIN AMACI KAPSAMI VE HEDEFİ	4
2.1 Amaç	4
2.2 Kapsam	4
2.3 Hedefler	4
3.DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE KALP VE DAMAR HASTALIKLARI PROFİLİ VE MEVCUT DURUM.....	4
3.1 Dünyada Kalp ve Damar Hastalıkları Profili.....	4
3.2 Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kalp ve Damar Hastalıkları Profili	8
3.3 Kalp ve Damar Hastalıklarında Risk Faktörleri ve Korunma	13
3.4 Kalp ve Damar Hastalıklarında Örgütlenme, İnsan Gücü Planlama ve Eğitim	30
3.5 Kalp Hastalıklarında Acil Tedavi Hizmetleri ve Kardiyopulmoner Resusitasyon	49
3.6 Kardiyovasküler Hastalıklarda Cihaz Yönetimi	49
3.7 Kardiyovasküler Hastalıklarda İlaç Yönetimi	50
3.8 Çocuklarda Kalp ve Damar Hastalıkları.....	51
3.9 Kardiyovasküler Cerrahi.....	54
3.10 Serebravasküler Hastalıklar ve İnme.....	56
3.11 Kalp ve Damar Hastalıklarında Rehabilitasyon, Palyatif Tedavi ve Evde Bakım Hizmetleri	59
3.12 Kalp ve Damar Hastalıklarında Geleceğe Yönelik Uygulamalar	60
3.13 Kalp ve Damar Hastalıklarında Kurumlar ve Sektörler Arası İşbirliği	66
4.UYGULAMA	67
5.İZLEME VE DEĞERLENDİRME.....	67
6. KAYNAKLAR	68

7.STRATEJİK PLAN VE EYLEM PLANLARI.....	71
7.1 Risk Faktörlerine (Birincil Koruma) Yönelik Güncellenmiş Hedefler ve Stratejiler ...	72
7.2 Risk Faktörlerine (Birincil Koruma) Yönelik Güncellenmiş Eylem Planı.....	83
7.3 İkincil ve Üçüncül Kotumaya Yönelik Hedefler ve Stratejiler.....	124
7.4 İkincil Ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı	129
8. EKLER.....	212
8.1 Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi.....	212
8.2 Lüksemburg Deklarasyonu.....	218

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Küresel ölüm nedenleri.....	6
Tablo 2 : Türkiye’de kalp ve damar hastalıklarının insidans ve prevelans hızları	9
Tablo 3: Türkiye’de bir hekim tarafından angina pectoris ya da göğüs ağrısı tanısı konma durumunu yerleşim yeri, cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı (18 yaş ve üstü cevaplayıcılarda).....	10
Tablo 4: Seçilmiş risk faktörlerinin önlenmesi ile cinsiyete göre Türkiye genelinde önlenebilecek ölüm ve DALY sayıları.....	14
Tablo 5: Sigara kullanma durumuna atfedilebilir hastalık yükü ve ölüm sayılarının hastalıklara göre dağılımı.....	17
Tablo 6: Yüksek beden kitle indeksine atfedilebilir hastalık yükünün ve ölüm sayılarının nedenlere göre dağılımı	19
Tablo 7: Fiziksel hareketsizliğe atfedilebilir hastalık yükü ve ölüm sayılarının nedenlere göre dağılımı.....	20
Tablo 8: Türkiye’de hipertansiyon sıklığı.....	21
Tablo 9: Türkiye’de hipertansiyona atfedilebilir hastalık yükü ve ölüm sayılarının nedenlere göre dağılımı.....	22
Tablo 10: Türkiye’de hipertansiyona atfedilebilir hastalık yükü ve ölüm sayılarının cinsiyete göre dağılımı.....	22
Tablo 11: Son iki hafta içinde hekim tarafından reçete edilmiş hipertansiyon ilacı kullananların yerleşim yeri ve cinsiyete göre dağılımı.....	24
Tablo 12: Yüksek kan kolesterolüne atfedilebilir hastalık yükü ve ölüm sayılarının nedenlere göre dağılımı.....	25
Tablo 13: Türkiye’de ulusal düzeyde diabetes mellitus hastalık yükü (DALY) dağılımı	27
Tablo 14: Türkiye’de yerleşim yeri ve cinsiyete göre metabolik sendrom prevelansları.....	28
Tablo 15: Sağlık Bakanlığı’na bağlı bazı sağlık kuruluşlarının sayısı	34
Tablo 16: Türkiye’de hastanelerin dağılımı.....	36
Tablo 17: Türkiye’deki hastane yataklarının servislere göre dağılımı	37
Tablo 18: Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde görev yapan uzman hekimlerin dallara ve hastanelere göre dağılımı.....	42
Tablo 19: Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarında aktif çalışan sağlık personeli dağılımı.....	43

Tablo 20: Sağlık insangücü yetiştiren eğitim kurumları eğitim düzeyleri.....	44
Tablo 21: Sağlık alanında yüksek öğrenim düzeyinde öğrenim gören hekim dışı personel sayısının yıllara göre değişimi.....	45
Tablo 22: 2002–2010 yılları arasında yoğun bakım hemşireliği kurslarına katılanların sayısı	46
Tablo 23: 2003–2010 yılları arasında acil bakım hemşireliği kurslarına katılanların sayısı	47
Tablo 24: 2007–2010 yılları arasında enfeksiyon kontrol hemşireliği kurslarına katılanların sayısı	47
Tablo 25: Türkiye’de 0-14 yaş grubunda ölüme neden olan ilk yirmi hastalığın cinsiyete göre dağılımı	52
Tablo 26: Türkiye’de 0-4 yaş grubunda cinsiyet ve nedene göre ölüm nedenlerinin dağılımı	53
Tablo 27: Türkiye’de pediatri alanında aktif çalışan uzman hekim sayısı	54
Tablo 28: Türkiye’de kardiyovasküler cerrahi merkezleri ve koordinatör hastane ve kardiyovasküler cerrahi uzman sayıları.....	55
Tablo 29: Son 12 ay içinde bir hekim tarafından inme/felç tanısı konulanların yerleşim yeri, cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı.....	57
Tablo 30: Son 12 ay içinde bir hekim tarafından inme/felç tanısı konulanların nedenlerinin yerleşim yerine göre dağılımı	57
Tablo 31: Son 12 ay içinde bir hekim tarafından inme/felç tanısı konulanların nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı	58
Tablo 32: Hasta popülasyonunda cinsiyete göre inme olasılığı dağılımı (%)	58
Tablo 33: Sağlık Bakanlığı’na bağlı fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri ve yatak sayıları	59
Tablo 34: Türkiye’de 2007 yılındaki teletıp uygulaması kapsamındaki gönderici ve alıcı hastaneler	65

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1:	Küresel ölüm nedenleri dağılımı.....	5
Şekil 2:	Türkiye’de ölüme neden olan hastalıkların yüzde dağılımının Avrupa Birliği, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre karşılaştırılması.....	8
Şekil 3:	Türkiye’de yaş gruplarına göre erkeklerde ölüm sayılarının 2010, 2020 ve 2030 yılı beklenen ölüm sayıları ile karşılaştırılması.....	11
Şekil 4:	Türkiye’de yaş gruplarına göre kadınlarda ölüm sayılarının 2010, 2020 ve 2030 yılı beklenen ölüm sayıları ile karşılaştırılması.....	12
Şekil 5:	Türkiye genelinde 2000 yılında erkeklerde kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm sayılarının 2010, 2020 ve 2030 yılında beklenen ölüm sayıları ile karşılaştırılması ...	12
Şekil 6:	Türkiye genelinde 2000 yılında kadınlarda kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm sayılarının 2010, 2020 ve 2030 yılında beklenen ölüm sayıları ile karşılaştırılması ...	13
Şekil 7:	Türkiye’de 15 ve üzeri yaş nüfusta sigara kullanım prevalansı.....	16
Şekil 8:	Türkiye’de yıllara göre sigara tüketimi (bin ton).....	16
Şekil 9:	Türkiye’de hipertansiyona atfedilebilir hastalık yükünün yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı	23
Şekil 10:	2010, 2020 ve 2030 yılları için erkeklerde ve kadınlarda diyabet kaynaklı beklenen ölüm sayıları	27
Şekil 11:	Türkiye’de bölgelere göre metabolik sendrom sıklığı.....	28
Şekil 12:	T.C. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı yapısı.....	32
Şekil 13:	Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı organizasyon şeması	33
Şekil 14:	Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel hastanelerdeki yoğun bakım yatak sayıları ...	38
Şekil 15:	Avrupa’da ve Türkiye’de 100.000 kişiye düşen hekim sayısı	39
Şekil 16:	Avrupa’da ve Türkiye’de 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı	40
Şekil 17:	Türkiye’de illere göre uzman hekim başına düşen nüfus	41
Şekil 18:	Türkiye’de pratisyen hekim başına düşen nüfus.....	41
Şekil 19:	Türkiye’de hipertansif hastalarda inme riski ve inme riski açısından bölgesel farklılıklar	59

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BOH	Bulaşıcı Olmayan (Kronik) Hastalıklar
ÇKYS	Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi
CDC	Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrol Merkezi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlığ Örgütü
DALY	Sakatlığa Bağlı Kayıp Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Year)
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
HTS	Hasta Takip Sistemi
KİK	Kamu İhale Kurumu
MYK	Mesleki Yeterlik Kurumu
OECD	Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı
RTÜK	Radyo ve Televizyon Üst Kurulu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SSUK	Sigara ve Sağlığ Ulusal Komitesi
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TSK	Türk Silahlı Kuvvetleri
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TSHGM	Temel Sağlığ Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TAPDK	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
TÜBİTAK	Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
TRT	Türkiye Radyo Televizyon Kurumu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu-United Nations Children's Fund
YLL	Kaybedilen Yaşam Yılı (Years of Life Lost)
YLD	Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı (Years Lost with Disability)
YÖK	Yüksek Öğretim Kurulu

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 yüksektir.

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,
- III. Temel ortak risk faktörlerine yönelik müdahalelerin geliştirilmesi,
- IV. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde araştırmaların teşviki,
- V. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde işbirliğinin teşviki,
- VI. Tüm düzeylerde izleme ve değerlendirmedir.

Kalp ve damar hastalıkları, küresel ölçekte başta gelen ölüm sebebi olup, uzun bir süre daha bir numaralı ölüm sebebi olmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2005 yılında 17,5 milyon insanın kalp ve damar hastalıkları sebebiyle öldüğü ve bu rakamın küresel ölümlerin %30'unu teşkil ettiği tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin 7,6 milyonu kalp krizlerine, 5,7 milyonu ise inmelere bağlıdır. Ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. Eğer uygun önlemler alınmazsa 2015 yılına kadar her yıl yaklaşık 20 milyon insan daha kalp ve damar hastalıklarından, özellikle de kalp krizleri ve inmelerden hayatını kaybedecektir.

Kalp ve damar hastalıklarından ölümler gelişmiş batılı ülkelerde azalma eğilimi gösterirken gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır. Ancak toplumların yaşlanması ve beklenen yaşam süresinde görülen uzama ile gelişmiş ülkelerde kalp ve damar hastalığı sayısı artmakta ve bunlara bağlı yük ise azalmamaktadır.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu hastalık yükünde önemli bir payı olan kalp ve damar hastalıkları açısından olumlu olan husus büyük ölçüde “önlenebilir” olmalarıdır. Dünya Sağlık Örgütü kan basıncı, obezite, kolesterol ve sigara içiminin kontrolü ile kalp ve damar hastalığı görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir.

Ülkemizin nüfus yapısı halen genç nüfus ağırlıklı olup, gelişmekte olan ülkelere benzemektedir. Ülkemizde son yıllarda ana-çocuk sağlığı, aşılama ve bulaşıcı hastalıklar alanında önemli başarılar meydana gelmiştir. Artık ölüm sebepleri bakımından gelişmiş toplumlardakine benzer biçimde ülkemizde de kronik hastalıklar öne çıkmaktadır. Bu gidiş kontrol altına alınmadığı takdirde, 10 yıl sonra nüfusumuzda yaşlıların oranı arttığında bulaşıcı olmayan hastalıklar ve buna bağlı ölüm ve iş görmezlik oranları hayli yüksek seyredecektir.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların sağlık sistemine olumsuz etkileri de sürekli bir şekilde artmakta ve sosyo-ekonomik gelişmeyi tehdit etmektedir. Bu hastalıklar ülkemizin sağlık kaynaklarının önemli bir kısmını tüketmektedir.

Avrupa Birliği ve DSÖ, Avrupa Bölgesi'ndeki kalp damar hastalıkları yükünü önemli ölçüde azaltmak ve hastalık yüklerinde ülke içinde ve ülkeler arasında bulunan hakkaniyetsizlik ve eşitliksizlikleri azaltmak amacıyla “Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi” ni imzaya açmıştır. Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'nin ulusal imza töreni Ankara'da 25 Aralık 2007 tarihinde yapılmış ve sözleşme T.C. Sağlık Bakanı ve dokuz uzmanlık derneği başkanlarınca imzalanmıştır.

Bu çerçevede yapılması gereken; hasta olanlar için tedavi imkânları sağlamanın yanısıra, “önlenebilir” nitelikteki kalp ve damar hastalıklarından korunma stratejilerini geliştirmek, birey ve toplum için planlar yapmaktır. Ayrıca; kapsamlı bir kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programının ikincil ve üçüncül korumaya yönelik insangücü planlaması, teknoloji, tıbbi cihaz yönetimi, ilaç yönetimi, rehabilitasyon, palyatif tedavi ve evde bakım hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, cerrahi, sürveyans ve araştırmalar, finansman ve sektörlerarası işbirliği ve geleceğe yönelik uygulamalar da dahil, yüksek risk stratejisi yaklaşımları içermesi gerekmektedir.

Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü'nün kalp ve damar hastalıkları yükünün azaltılması tavsiyeleri arasında değindiği bazı noktalar şunlardır:

- Kalp ve damar hastalıklarını tedavi etmek üzere etkili ve ucuz ilaçlar mevcuttur.
- Bir kalp krizi veya inme sonrasında tekrar etme veya ölüm riski, bazı ilaçların kullanılması yoluyla önemli ölçüde azaltılabilmektedir .
- Kalp ve damar hastalıklarını tedavi etmek için kalp pilleri, prostetik kapaklar vb. gibi etkili tıbbi cihazlar ve çözümler geliştirilmiş durumdadır.
- Kalp ve damar hastalıklarını tedavi etmek için, koroner arter bypass, balon anjiyoplasti, kapak onarımı ve replasmanı, kalp transplantasyonu ve suni kalp operasyonları uygulanmaktadır.
- Kalp ve damar hastalıkları ile birlikte diğer kronik hastalıkları önleme ve kontrol altına alma amaçlı ulusal programlar yoluyla bu alandaki yatırımlar artırılmalıdır.

Kronik hastalık risk faktörleriyle mücadele ve kronik hastalıklar konusunda ülke düzeyindeki durumun araştırılması, bu hastalıklar ve risk faktörlerine dair halkın bilinç ve farkındalık düzeyinin yükseltilmesi, bu hastalıklara yol açan risk faktörleriyle etkin mücadele ve halk sağlığına yönelik tehditleri azaltma ve sağlığın geliştirilmesi ve teşviki amaçları ile 18.01.2008 tarihli ve 708 sayılı Makam Olur'u emriyle T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı" kurulmuş ve faaliyetlerine başlamış bulunmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Plan ve Eylem Planı'nda da kronik hastalıkların önlenmesine geniş yer verilmiş olup, bu planda yer alan *"Bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine neden olan risk faktörlerini azaltarak bu hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri 2014 yılına kadar %25 azaltma"* hedefini ve bu hedefe paralel olarak da; *65 yaş altında kardiyovasküler hastalıklara bağlı mortalite oranını %25 azaltmayı; 65 yaş altında serebrovasküler hastalıklara bağlı mortalite oranını da %25 azaltmayı;* hedef olarak belirlenmiştir.

Bu kapsamda, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2010-2014 hazırlanırken; Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, DSÖ 2008-2013 Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejileri Eylem Planı (WHO 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 dökümanlarla uyumlu olmasına özen gösterilmiştir.

2. STRATEJİK PLAN VE EYLEM PLANIN AMACI KAPSAMI VE HEDEFİ

2.1 Amaç

Bu planın amacı daha sağlıklı bir Türkiye için, kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu ile bu alanda kontrolün sağlanmasıdır.

2.2 Kapsam

Plan, kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi ve kontrolüne yönelik olarak risk faktörleri ve korunma, örgütlenme, insangücü planlaması ve eğitim, acil tedavi hizmetleri, cihaz yönetimi, ilaç yönetimi, rehabilitasyon, palyatif tedavi ve evde bakım hizmetleri, kardiyovasküler cerrahi, çocukluk çağı kalp ve damar hastalıkları, sürveyans ve araştırmalar, finansman ve sektörlerarası işbirliği ile geleceğe yönelik uygulama yaklaşımlarını içermektedir.

2.3 Hedefler

Planın hedefi, kalp ve damar hastalıkları konusunda toplumu bilgilendirmek, toplumsal farkındalığı arttırmak, risk faktörleri konusunda olumlu ve kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmaktır. İkincil ve üçüncül korumaya yönelik (insangücü planlaması, eğitim, cihaz yönetimi, ilaç yönetimi, rehabilitasyon, palyatif tedavi ve evde bakım hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, kardiyovasküler cerrahi, çocukluk çağı kalp ve damar hastalıkları, sürveyans ve araştırmalar, finansman, sektörlerarası işbirliği ve geleceğe yönelik uygulamalar dahil olmak üzere) yüksek risk stratejilerinin uygulanarak, ülkemizde kalp ve damar hastalıklarına bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılması, halkımızın kalp ve damar sağlığı açısından kalitesi yüksek bir hayat sürdürmelerini sağlamaktır.

3. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE KALP VE DAMAR HASTALIKLARI PROFİLİ VE MEVCUT DURUM

3.1. Dünyada Kalp ve Damar Hastalıkları Profili

Düşük ve orta gelirli ülkelerde kronik hastalıkların etkisi yıldan yıla giderek artmaktadır. Kronik hastalıkların insan sağlığına etkilerinin öngörülmesi, anlaşılması ve acilen müdahale edilmesi hayati önem taşır. Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde yeni bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık çalışanlarından başlayarak toplumun tüm katmanlarına en doğru ve güncel bilgi ile haberlerin iletilmesi, sağlık okur-yazarlığının yükseltilmesi ve sağlıklı yaşamının teşvik edilmesi (health promotion) faaliyetleri ön planda olmalıdır.

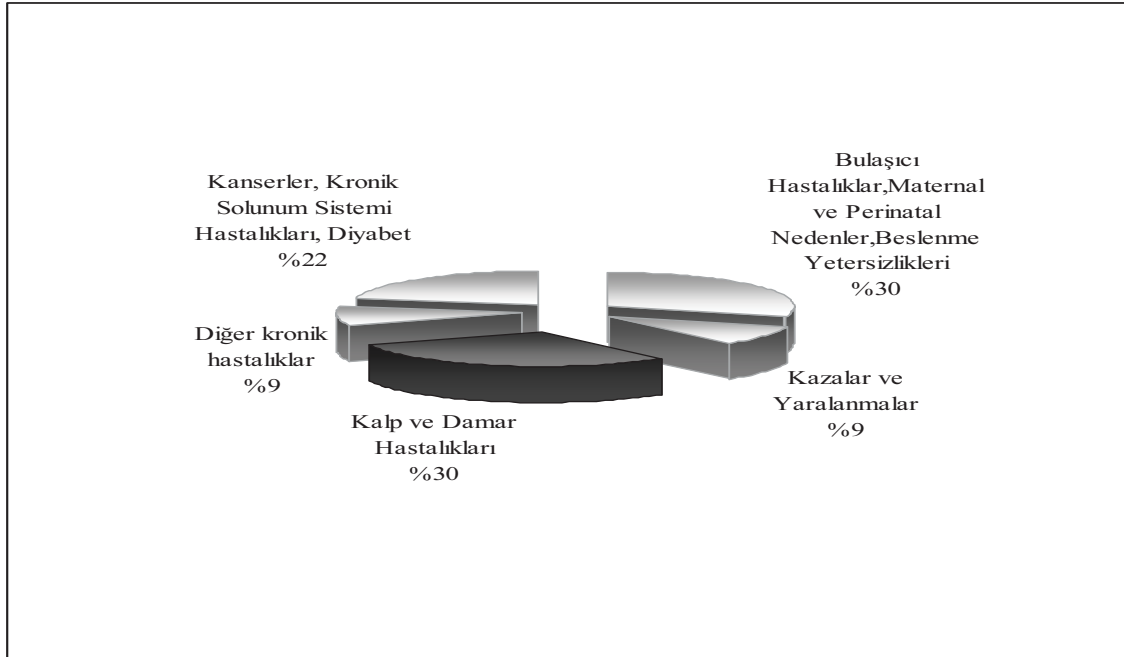
Kronik Hastalıklarla ilgili olarak şu hususlar ortaya konmuştur:

- Hemen bütün ülkelerde en önemli ölüm sebeplerindendirler.
- En yoksul ülkeler en çok etkilenirler.
- Risk faktörlerinden etkilenme çok yaygındır.
- Oluşturdukları tehdit giderek büyümektedir.
- Mevcut küresel tepki ve toplumların konuyu algılayışı yetersizdir.

Kalp ve damar hastalıkları; koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatileri kapsar. Kalp ve damar hastalıklarının başlıca sebepleri; tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve obeziteye yol açabilen sağlıksız beslenme tarzıdır.

Kalp ve damar hastalıkları küresel ölçekte bir numaralı ölüm sebebidir. 2005 yılında tahminen 17,5 milyon insan kalp ve damar hastalıkları sebebiyle ölmüştür ve bu küresel ölümlerin %30'unu oluşturmaktadır (Şekil 1). Bu ölümlerin 7,6 milyonu kalp krizlerine, 5,7 milyonu ise inmelere bağlıdır. Ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. Eğer uygun önlemler alınmazsa 2015 yılına kadar tahminen her yıl 20 milyon insan daha kalp ve damar hastalıklarından özellikle de kalp krizleri ve inmelere hayatını kaybedecektir.

Şekil 1: Küresel ölüm nedenleri dağılımı



Kaynak:Dünya Sağlık Örgütü, 2006 yılı raporu

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre iskemik kalp hastalıkları ve inme tüm dünyada başta gelen ilk iki ölüm nedenidir (Tablo 1).

Tablo 1: Küresel ölüm nedenleri

Dünya	Ölüm sayıları (milyon kişi)	%
Koroner Kalp Hastalıkları	7,60	12,2
İnme ve diğer kardiyovasküler hastalıklar	5,71	9,7
Alt solunum yolu enfeksiyonları	4,18	7,1
KOAH	3,02	5,1
Ishalle seyreden hastalıklar	2,16	3,7
HIV/AIDS	2,04	3,5
Tüberküloz	1,46	2,5
Trakea, bronş ve akciğer kanserleri	1,32	2,3
Trafik Kazaları	1,27	2,2
Prematürite ve düşük doğum ağırlığı	1,18	2,0

Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, 2008

Dünya nüfusunun yaklaşık %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Genel olarak kalp ve damar hastalıklarının mortalite oranı %23 olup, bulaşıcı hastalıklara bağlı mortalitenin yaklaşık yarısı kadardır. Bölgeler ve ülkeler arasında belirgin farklar olmakla birlikte, bazı ülkeler halen bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklara epidemiyolojik geçişin ilk evresindeyken, diğerleri epidemiyolojik geçişin ikinci ve üçüncü evresindedirler. Bunun muhtemel nedenleri; farklı bölgelerdeki ekonomik, sosyal geçişlerin farklı safhalarda olması, yaşam şekli ve alışkanlıklara bağlı risk faktörlerinde değişiklikler olması ile ırksal ve etnik farklılıkların kalp ve damar hastalıklarına yatkınlığı değiştirmesidir.

Kalp ve damar hastalıkları bölgelere göre değişkenlik göstermektedir. Dünya nüfusunun 1/5'inin yaşadığı Çin'de 1950'den bu yana ortalama yaşam beklentisi iki katına çıkarken, kalp ve damar hastalıklara bağlı ölümler %12'den %36'ya çıkarak üç kat artmıştır. Çin'de inme ön planda olup, hemorajik inmeler daha sık görülmektedir. İnme oranları özellikle kadınlarda daha yüksektir. Dünya nüfusunun 1/6'sına sahip Hindistan'da kalp ve damar hastalıkları ölümlerin %24'ünden sorumludur ve koroner arter hastalıkları kalp ve damar hastalıkları içinde ilk sırada yer almaktadır. Hintlilerde ileri derecede insulin duyarsızlığı olması ve yağlı yiyecekleri çok tüketmelerinin bunda önemli payı olduğu düşünülmektedir. Bulaşıcı hastalık oranları yüksek olan Hindistan epidemiyolojik geçişin ikinci evresinde olup Çin ve Hindistan'da romatizmal kalp hastalıkları da önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir.

Afrika'nın bazı bölgeleri, halen ölümlerin %40'ından fazlasının enfeksiyöz ve paraziter hastalıklara bağlı olması nedeniyle, epidemiyolojik geçişin birinci evresindedir. Bu bölgelerde kalp ve

damar hastalıkları ölümlerin yaklaşık %10'undan sorumlu olmakla birlikte, en sık ölüm nedeni inmedir. Hipertansiyon önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmeye başlamıştır. Romatizmal kalp hastalıkları, kardiyomyopatiler, viral ve parazitik hastalıklar da önemli mortalite nedenleridir. Dünyadaki HIV pozitif bireylerin %75'inin yaşadığı Afrika'da AIDS'e sekonder kalp ve damar tutulumu (kalp yetersizliği, perikardiyal effüzyon, infektif endokardit, miyokardiyal Kaposi sarkomu, miyokardiyal B hücreli immunoblastik lenfoma ve aritmiler) sık olarak gözlenmektedir.

Latin Amerika, kalp ve damar hastalıkları mortalitesinin yaklaşık %31 oranında olması ve koroner arter hastalığının inmeden fazla olması ile epidemiyolojik geçişin üçüncü evresinde görünmektedir.

Orta Doğu bölgesinde, ekonomik gelirin ve sanayileşmenin artması, batı tipi beslenmenin benimsenmesi sonucunda kalp ve damar hastalıkları mortalitenin en önemli nedeni olmuştur. Kalp ve damar hastalıkları tüm ölümlerin %25-45'inden sorumludur. En sık görülen kalp ve damar hastalığı olan koroner arter hastalığının oranı inmeye göre belirgin olarak fazla (3:1 oranında) olmakla birlikte, oranları azalmasına rağmen, romatizmal kalp hastalıkları da halen önemli morbidite ve mortalite nedenidir.

Ekonomik dönüşüm, kentleşme, endüstrileşme ve küreselleşme, kalp hastalıklarını arttıran yaşam tarzı değişikliklerini de beraberinde getirmektedir. Bu risk faktörleri arasında tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve sağlıksız beslenme tarzı yer almaktadır.

3.1.1 Kalp ve Damar Hastalıklarının Sosyal ve Ekonomik Sonuçları

Kalp ve damar hastalıklarının klinik tedavisi uzun süreli ve yüksek maliyetlidir. Kalp ve damar hastalıkları, bireyleri genellikle orta yaş döneminde etkilemekte, onlara bağlı olan ailelerinin geleceğini altüst etmekte, böylece ülkelerin gelişimine, en verimli yıllarında bulunan insan kaynaklarından yoksun bırakarak zarar vermektedir. Gelişmiş ülkelerde, daha alt sosyoekonomik grupların risk faktörleri prevalansı, hastalık insidansı ve mortalitesi daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerde de kalp ve damar hastalıkları epidemisi olgunlaştıkça yük, daha düşük sosyoekonomik gruplara doğru kaymaktadır.

3.1.2 Dünya Sağlık Örgütü'nün Kalp ve Damar Hastalıklarına Yaklaşımı

DSÖ'nün kalp ve damar hastalıkları konusundaki çalışmaları, Kronik Hastalıklar ve Sağlığın Teşvik Edilmesi Departmanı'nın görev tanımı içerisinde ele alınmaktadır.

Bu departmanın stratejik amaçları:

- Küresel kronik hastalıklar epidemisi hakkında farkındalığı arttırmak,
- Özellikle yoksul ve dezavantajlı topluluklar başta olmak üzere, toplum için sağlıklı çevreler oluşturmak,
- Sağlıksız diyet ve fiziksel hareketsizlik gibi kronik hastalıklar için ortak risk faktörlerindeki eğilimleri yavaşlatmak ve tersine çevirmek,
- Önde gelen kronik hastalıklara bağlı erken ölümleri ve önlenabilir engelliliği önlemektir.

3.2 Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kalp ve Damar Hastalıkları Profili

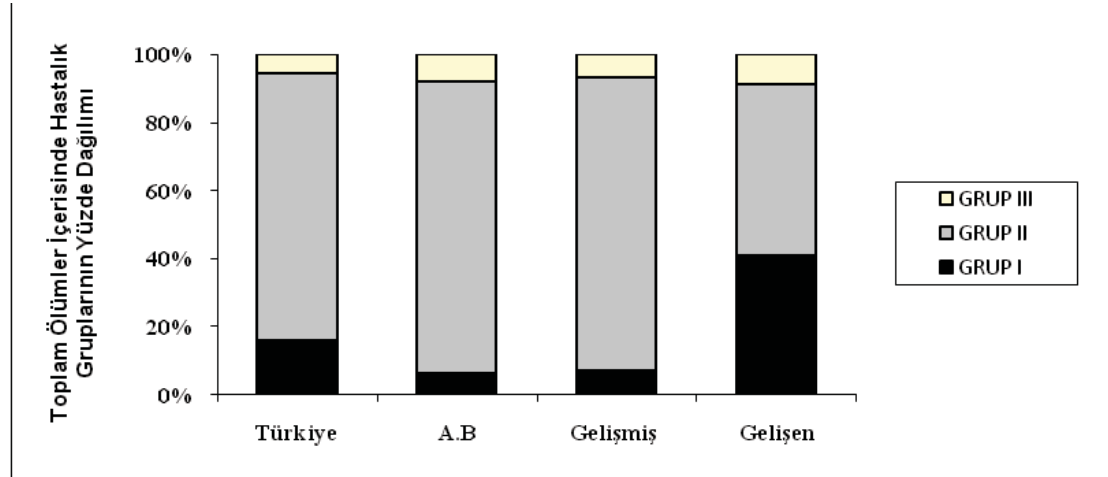
3.2.1 Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Profili

Kronik hastalıklar ülkemiz açısından da büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de kronik hastalıklar ve ölüm nedenlerine ilişkin en geniş çalışma Sağlık Bakanlığınca yapılan Ulusal Hastalık Yüku-Maliyet Etkililik çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre Türkiye’de 2000 yılı için hesaplanan toplam 430.459 ölümün 305.467’si (%71) kronik hastalıklar nedeniyledir.

Türkiye’de Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan Hastalıkların yüzde dağılımı, Avrupa Birliği, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında;

Türkiye’de birinci grup hastalıklar (Bulaşıcı Hastalıklar, Maternal ve Perinatal Nedenler ve Beslenme Yetersizliğine Bağlı Hastalıklar) AB ve gelişmiş ülkelerden yüksektir. Ancak kronik hastalıkların yer aldığı ikinci grup (Bulaşıcı olmayan hastalıklar, Kalp Damar Sistemi Hastalıkları, Solunum Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Endokrin, Nutrisyonel Hastalıklar, Duyu Organ Bozuklukları, Genitoüriner Sistem Hastalıkları, Malign Neoplazmalar, Kas, İskelet Sistemi ve Nörolojik Bozukluklar, Nöropsikiyatrik Bozukluklar ve Ağız ve Diş Sağlığı bozuklukları) açısından bakıldığında tablo gelişmekte olan ülkelere benzemektedir ki, bu durum yaşlı nüfusun artması ile kronik hastalıkların yükselmekte olduğunu ifade etmektedir (Şekil 2).

Şekil 2: Türkiye’de ölüme neden olan hastalıkların yüzde dağılımının Avrupa Birliği, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre karşılaştırılması



Grup I: Bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar.

Grup II: Bulaşıcı olmayan hastalıklar, Kalp Damar Sistemi Hastalıkları, Solunum Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Endokrin, Nutrisyonel Hastalıklar, Duyu Organ Bozuklukları, Genitoüriner Sistem Hastalıkları, Malign Neoplazmalar, Kas, İskelet Sistemi ve Nörolojik Bozukluklar, Nöropsikiyatrik Bozukluklar ve Ağız ve Diş Sağlığı bozuklukları.

Grup III: İstemli/İstemsiz Kaza ve Yaralanmalar.

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

Son yıllarda başta aşılama olmak üzere, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede elde edilen başarı ile bulaşıcı hastalıklarla ilgili ölümlerin tüm ölümler içindeki payı azalma eğilimindedir. Dolayısıyla ülkemizde de bulaşıcı olmayan ve kronik durumlara bağlı ölümler başlıca ölüm sebebi durumundadır

3.2.2. Türkiye’de Kalp ve Damar Hastalıklarının Profili

Türkiye ulusal düzeyde ölüm nedenleri arasında ilk sırayı 205.457 ölümle kardiyovasküler hastalıklar (tüm ölüm nedenlerinin %47,73’ü) almaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar grubunda iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, romatizmal kalp hastalıkları, inflamatuvar ve hipertansif kalp hastalıkları yer almaktadır. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı olarak 102.386 erkek (tüm ölüm nedenlerinin %43,89’u), 103.071 kadın (tüm ölüm nedenlerinin %52,27’si) kaybedilmiştir.

Türkiye ulusal düzeyde toplam hastalık yükünün (10.802.494 DALY) birincil nedenini %19.32 ile (2.086.527 DALY) kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır. Türkiye ulusal düzeyde kardiyovasküler hastalıkların hastalık yükü (DALY) dağılımında; Toplam hastalık yükünün erkeklerde %20,5’ini, kadınlarda ise %18’ini kardiyovasküler hastalıklar oluşturmaktadır.

Türkiye’de kalp ve damar hastalıkları önde gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Tablo 2’de kalp ve damar hastalıklarına ilişkin insidans ve prevalans hızları sunulmaktadır.

Tablo 2 : Türkiye’de kalp ve damar hastalıklarının insidans ve prevalans hızları

Kalp ve Damar Hastalıkları	İnsidans Hızı (100.000)			Prevalans (1000)		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Romatizmal kalp hastalığı	7.800	9.200	8.500	0.400	0.500	0.400
Hipertansif kalp hastalığı	21.000	31.400	26.100	15.000	28.000	22.000
Angina pectoris	840.000	640.000	740.000	41.200	35.000	38.000
Akut MI	167.400	144.900	156.300	0.799	0.490	0.648
Konjestif kalp yetmezliği	220.000	211.700	215.900	0.810	0.540	0.680
Serebrovasküler hastalık	67.100	72.100	69.600	3.190	3.190	3.190
Uzun dönem inme hastalığı	168.800	156.000	162.500	10.900	9.100	10.000
İnflamatuvar kalp hastalıkları	67.600	36.300	52.200	2.000	1.100	1.600
Diğer kardiyovasküler	446.900	407.900	427.700	5.400	5.100	5.300

Kaynak: UYH-ME Çalışması, Türkiye, 2004

3.2.3 İskemik Kalp Hastalıkları

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de iskemik kalp hastalıkları ve İnme ilk iki ölüm nedenidir. İskemik kalp hastalıkları %21,7 ve serebrovasküler hastalıklar %15,0 oranları ile ilk iki ölüm nedenini oluşturmaktadır Türkiye’de ulusal düzeyde %21,7 ve tüm yaş gruplarında kadınlarda % 22,9 ve erkeklerde % 20,7 ile birinci ölüm nedeni iskemik kalp hastalığıdır. İskemik kalp hastalıkları kentsel,

kırsal ve bölgesel dağılımda toplamda ve her iki cinsiyette birincil ölüm nedenidir. Bölgesel olarak yaş gruplarının toplam ve cinsiyet dağılımında da ilk sırada bulunmakta, sadece doğu bölgesinde 15-59 yaş grup kadınlar ikinci sırada yer almaktadır.

İskemik kalp hastalıkları %8,0 ve serebrovasküler hastalıklar %5,9 ulusal düzeyde en yüksek DALY'e neden olan perinatal nedenlerden sonra sırasıyla ikinci ve üçüncü hastalık yükü nedenidir. Ana çocuk sağlığı konusunda elde edilen olumlu ilerlemeler dikkate alındığında (5 yaş altı ölüm hızı binde 23,9 TNSA 2008) iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalık yükünün perinatal nedenlerin önüne geçeceği tahmin edilmektedir.

Türkiye 2003 hane halkı araştırmasında; 18 yaş ve üstü cevaplayıcıların %6,57'sinin bir hekim tarafından angina pektoris ya da göğüs ağrısı tanısı aldığı bulunmuştur (Tablo 3).

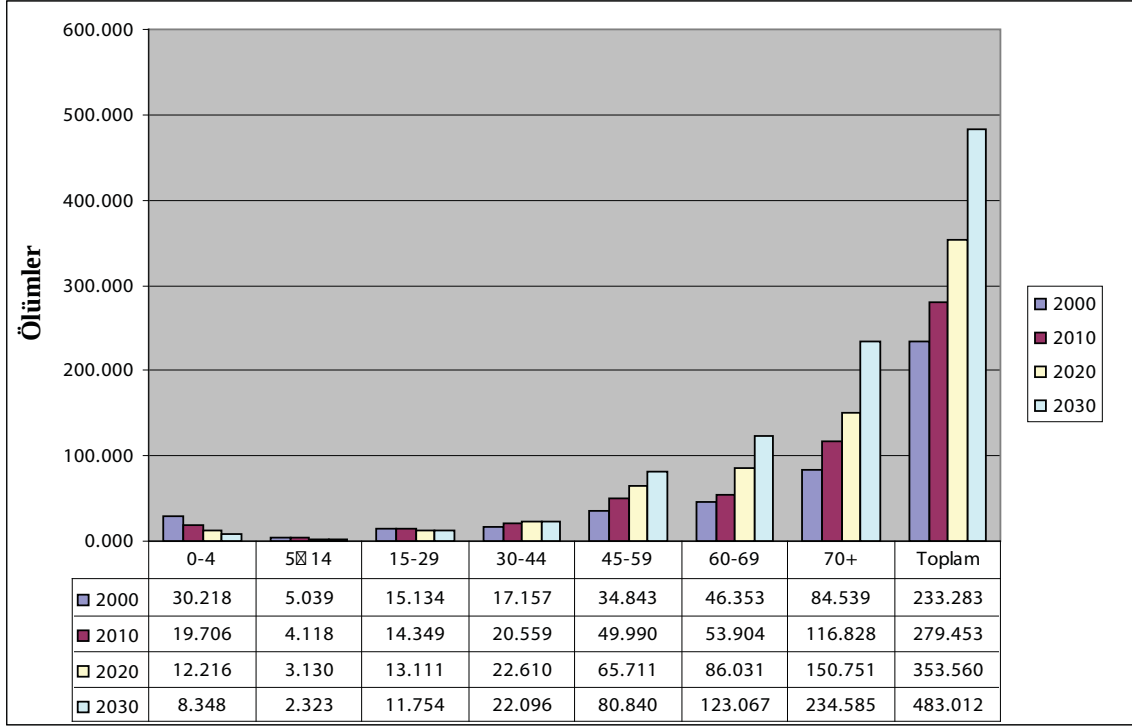
Tablo 3: Türkiye’de bir hekim tarafından angina pektoris ya da göğüs ağrısı tanısı konma durumunu yerleşim yeri, cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı (18 yaş ve üstü cevaplayıcılarda)

Yerleşim Yeri	Hekim Tarafından Angina Pektoris ya da Göğüs Ağrısı Tanısı							
	Evet Tanı Konuldu		Hayır Tanı Konulmadı		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kent	420	6,43	6102	93,36	14	0,21	6536	100
Kır	315	6,78	4325	93,07	7	0,15	4647	100
Toplam	735	6,57	10427	93,24	21	0,19	11183	100
Cinsiyet								
Erkek	340	7,09	4443	92,70	10	0,21	4793	100
Kadın	395	6,18	5984	93,65	11	0,17	6390	100
Toplam	735	6,57	10427	93,24	21	0,19	11183	100
Yaş Grupları								
18-24	14	0,91	1520	99,09	0	0	1534	100
25-34	47	1,70	2708	98,04	7	0,25	2762	100
35-44	94	3,62	2497	96,26	3	0,12	2594	100
45-54	140	8,01	1603	91,70	5	0,29	1748	100
55-64	174	14,48	1028	85,52	0	0	1202	100
65+	266	19,81	1071	79,75	6	0,45	1343	100
Toplam	735	6,57	10427	93,24	21	0,19	11183	100
n=11204 Bilinmeyen=21								

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Hane Halkı Araştırması, Türkiye, 2004

3.2.4 Projeksiyonlar

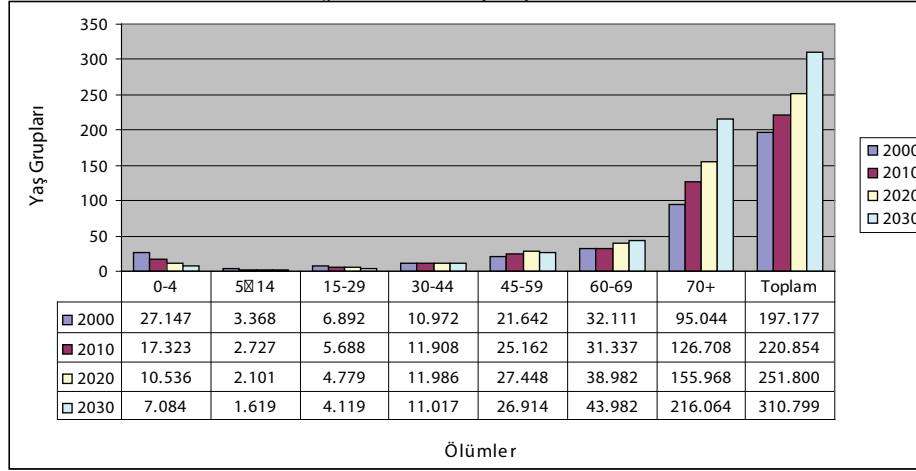
Ulusal Hastalık Yüğü-Maliyet Etkilik Çalışması kapsamında 2000, 2010, 2020 ve 2030 yılları için belirlenen toplam ölüm sayıları ve kalp-damar hastalıkları ile diabetes mellitusa bağlı erkek ve kadınlar da beklenen ölüm sayıları aşağıda sunulmaktadır.

Şekil 3: Türkiye’de yaş gruplarına göre erkeklerde ölüm sayılarının 2010, 2020 ve 2030 yılı beklenen ölüm sayıları ile karşılaştırılması

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

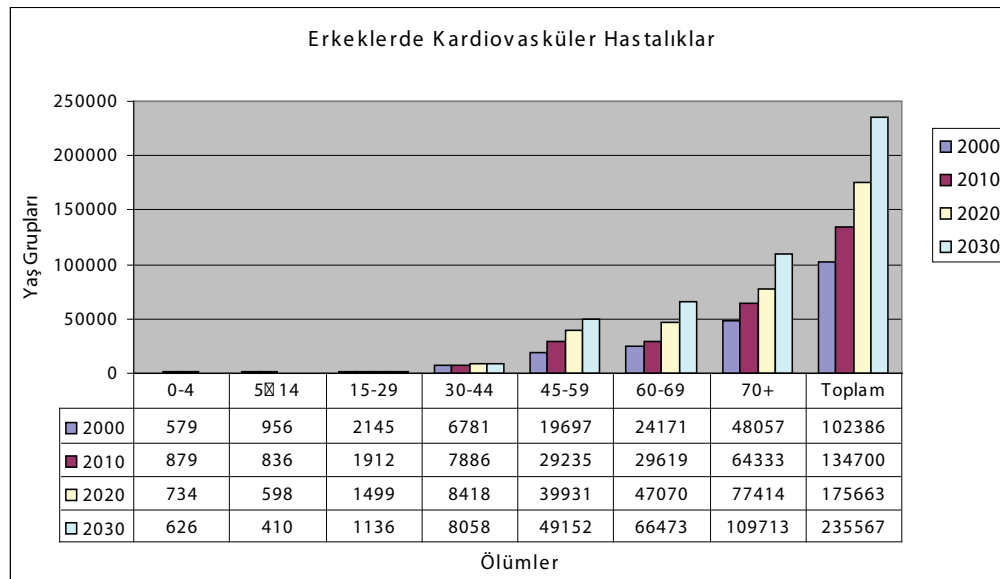
2000 yılında erkeklerde Türkiye genelinde saptanan toplam ölüm sayısı 233.283’tür. Yaş, cinsiyet ve nedene özel ölüm sayılarının projeksiyonunda kişi başına düşen gayri safı yurtiçi hâsıla, zaman, teknolojik ilerlemeler, okullaşma oranı gibi insan kaynağı faktörleri dikkate alınarak regresyon modelleri uygulanmıştır. Bu uygulamalar sonrası erkeklerde beklenen ölüm sayısı 2010 yılında 279.453, 2020 yılında 353.560 ve 2030 yılında ise 483.012’dir. Buna göre 2030 yılına kadar erkeklerde ölüm sayılarında 2000 yılına göre 2,07 kat artış beklenmektedir.

Yıllar içerisindeki ölüm sayılarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesinde ise; 0-4 yaş grubunda 2000 yılında toplam 30.218 ölüm saptandığı görülmektedir. Projeksiyonlar sonucu 2010 yılında bu yaş grubunda beklenen ölüm sayısının 19.706’ya, 2020 yılında 12.216’ya, 2030 yılında ise 8.348’e düşeceği belirlenmiştir. Aynı azalma eğilimi 5-14 ve 15-29 yaş gruplarında da gözlenirken yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan kronik hastalıklardaki artışa paralel olarak 30-44 yaş grubundan sonra ölüm sayılarında artış gözlenmektedir. 30-44 yaş grubunda 2000 yılında 17.157 olarak saptanan ölüm sayısı, 2010 yılında 20.559, 2020 yılında 22.610, 2030 yılında ise 22.096 olarak hesaplanmıştır. 45-59 yaş grubunda 2000 yılında saptanan ölüm sayısı 34.843’dür. Bu sayının 2010 yılında 49.990’a, 2020 yılında 65.711’e ve 2030 yılında ise 80.840’a ulaşacağı hesaplanmaktadır. Yıllar içerisinde 60-69 yaş grubundaki ölüm sayılarındaki 2000 yılında 46.353 iken, 2010 yılında 53.904’e, 2020 yılında 86.031’e ve 2030 yılında 123.067’ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. 70 ve üzeri yaş grubunda 2000 yılında saptanan ölüm sayısı 84.539 iken bu sayının 2010 yılında 116.828’e, 2020 yılında 150.751’e ve 2030 yılında ise 234.585’e ulaşacağı tahmin edilmektedir (Şekil 3).

Şekil 4: Türkiye’de yaş gruplarına göre kadınlarda ölüm sayılarının 2010, 2020 ve 2030 yılı beklenen ölüm sayıları ile karşılaştırılması

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

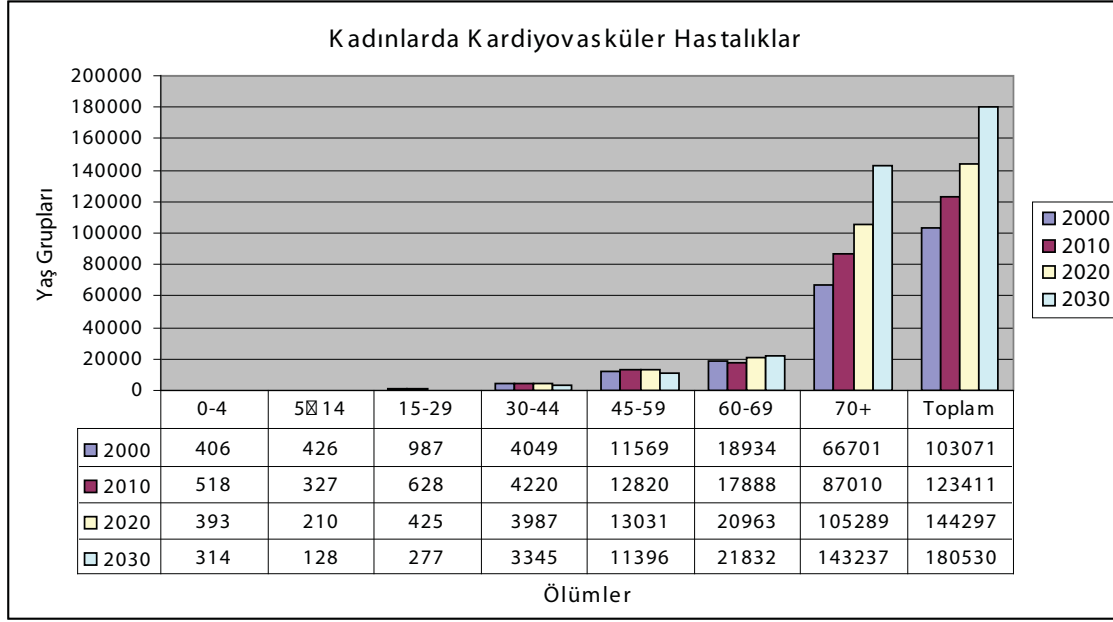
Şekil 4’te görüldüğü gibi 2000 yılında kadınlarda Türkiye genelinde saptanan toplam ölüm sayısı 197.177’dir. Projeksiyonlar sonrası beklenen ölüm sayısı 2010 yılında 220.854, 2020 yılında 251.800, 2030 yılında ise 310.799 öngörülmektedir. 2030 yılına kadar kadınlarda ölüm sayılarında 2000 yılındaki ölüm sayısına göre 1,58 kat artış beklenmektedir. Yıllar içerisindeki ölüm sayılarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesinde ise; 0-4 yaş grubunda 2000 yılında toplam 27.147 ölüm saptandığı görülmektedir. 2010 yılında beklenen ölüm sayısının 17.323’e, 2020 yılında 10.536’ya, 2030 yılında ise 7.084’e düşeceği hesaplanmıştır. Ölüm sayılarındaki azalma eğilimi, aynen erkeklerde olduğu gibi, 5-14 ve 15-29 yaş gruplarında da gözlenirken 30-44 yaş grubundan sonra ölüm sayılarında artış beklenmektedir.

Şekil 5: Türkiye genelinde 2000 yılında erkeklerde kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm sayılarının 2010, 2020 ve 2030 yılında beklenen ölüm sayıları ile karşılaştırılması

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

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 (Şekil 5).

Şekil 6: Türkiye genelinde 2000 yılında kadınlarda kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm sayılarının 2010, 2020 ve 2030 yılında beklenen ölüm sayıları ile karşılaştırılması



Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

2000 yılında Türkiye’de kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşen ölüm sayısının 103.071 olduğu görülmekte, bu sayının 2010 yılında 123.411, 2020 yılında 144.297 ve 2030 yılında 180.530’a çıkacağı hesaplanmaktadır. 30 yıllık sürede kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 1,8 kat artış göstereceği tahmin edilmektedir (Şekil 6).

3.3 Kalp ve Damar Hastalıklarında Risk Faktörleri ve Korunma

Kalp ve damar hastalıklarının gelişiminde temel risk faktörlerinden olan; tütün kullanımı, obezite ve fiziksel hareketsizliğin önlenmesi toplum tabanlı stratejileri içeren yaklaşımlardır. 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’ ünün önlenebileceği ve 300.000’ den fazla ölümün engellenebileceği hesaplanmaktadır.

Tablo 4: Seçilmiş risk faktörlerinin önlenmesi ile cinsiyete göre Türkiye genelinde önlenebilecek ölüm ve DALY sayıları

	Önlenen Ölümler		
Risk faktörleri	Erkek	Kadın	Erkek+Kadın
Obezite (>30, Vücut Kitle İndeksi)	26.006	31.136	57.143
Sigara içme	52.905	1.794	54.699
Fiziksel aktivitenin yetersiz olma durumu	22.515	22.605	45.120
Düşük düzeyde meyve ve sebze tüketimi	21.668	17.066	38.734
	Önlenen DALY'ler		
Risk faktörleri	Erkek	Kadın	Erkek+Kadın
Obezite (>30, Vücut Kitle İndeksi)	379.980	407.203	787.183
Sigara içme	870.603	61.306	787.183
Fiziksel aktivitenin yetersiz olma durumu	254.555	210.072	464.627
Düşük düzeyde meyve ve sebze tüketimi	250.660	166.216	416.876

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

Tablo 4’de değerlendirildiğinde, obezitenin önlenmesi ile 57.143, sigara içmenin önlenmesi ile 54.699 ölümün önlenebileceği görülmektedir. Fiziksel hareketliliğin artırılması ile 45.120, meyve ve sebze tüketiminin artırılması ile ise 38.734 ölümün önlenebileceği tahmin edilmektedir. Obezitenin önlenmesi ile 787.183, sigara içmenin önlenmesi ile 787.183 DALY kazanılacağı hesaplanmaktadır. Fiziksel hareketliliğin artırılması ile 464.627, meyve ve sebze tüketiminin artırılması ile ise 416.876 DALY kazanılacağı hesaplanmaktadır.

3.3.1. Toplam Kardiyovasküler Risk Yaklaşımı

Kalp ve Damar hastalıklarıyla mücadelede büyük önem taşıyan toplam kardiyovasküler riskin belirlenmesi ve kalp ve damar hastalıklarına yönelik risklere bütünüyle müdahale edilmesi yaklaşımı önem taşımaktadır. Kardiyovasküler risk faktörleri; yaş ve cinsiyet, birinci derece akrabalarda erken yaşta kardiyovasküler hastalık öyküsü, sigara kullanımı, hareketsiz yaşam, aşırı kilo, hipertansiyon, dislipidemi ve diyabettir. Bu risk faktörleri içinde, aile öyküsü varlığı, yaş ve cinsiyet müdahale alanı içinde yer almamaktadır. Toplam kardiyovasküler riskin değerlendirilmesi ve azaltılması kalp sağlığının korumanın temel unsurudur. Değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile koroner kalp hastalıkları, inme ve Tip 2 diyabetin %80 oranında önlenebileceği gösterilmiştir. Risk altındaki bireyler tanımlanabilirse, bu kişilerin ve toplumun kardiyovasküler hastalık riski azaltılabilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada yaklaşım tarzı, tek bir risk faktörüne değil, genel riskin düşürülmesine yönelik, çoğul risk faktörleri gözetilerek multidisipliner olmalıdır.

Hastaların toplam risk düzeyinin belirlenmesi ve değiştirilebilir risk faktörlerine bütünüyle müdahale edilmesi gerekmektedir. Kardiyovasküler korumanın amacı, ölümcül olan ve olmayan aterosklerotik kardiyovasküler olayların, komplikasyonların ve perkütan ya da cerrahi revaskülarizasyon ihtiyacının azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması ve süresinin uzatılmasıdır. Bu hedefe erişmek için toplam kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve buna yönelik bir tedavi stratejisinin oluşturulması esastır. Bu amaçla yapılan çalışmalardan biri olan “Kalbinizi koruyun, içinde sevdikleriniz var” projesi Kardiyovasküler Risk Platformu tarafından yürütülmektedir (<http://www.kalbinizikoruyun.org>).

3.3.2. Sigara ve Tütün

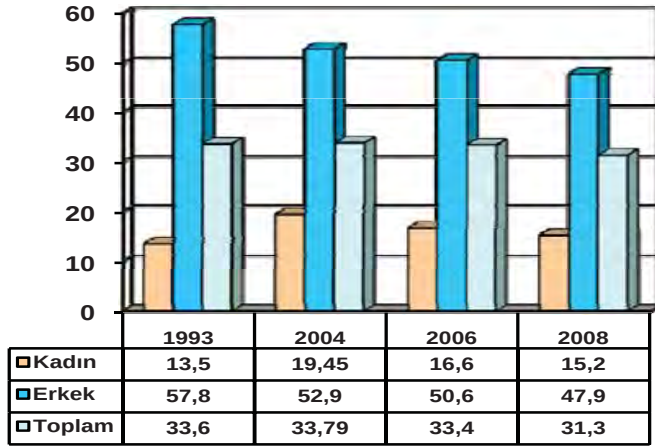
Sigara kullanımı, halk sağlığı bakımından ciddi sonuçları olan küresel bir sorundur. Bütün dünyada sigara ve diğer tütün ürünlerinin üretimi ve tüketimindeki artış, hanehalkı ve ulusal sağlık sistemleri üzerine ciddi yükler getirmektedir. Sigara tüketiminin ve sigara dumanına maruz kalmanın ölüme, hastalıklara ve sakatlıklara neden olduğu, yüksek düzeyde bağımlılık yapan tütün ürünlerinin farmakolojik olarak aktif, zehirli ve kanserojen oldukları bilimsel gerçektir.

Ülkemizde de sigara içme alışkanlığı yaygın olup, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında sigara tüketiminde üçüncü sırada, dünya ülkeleri arasında ise yedinci sıradadır.

Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin % 31,3’ü sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı % 47,9 iken, kadınlarda % 15,2 dir (Şekil 7).

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.

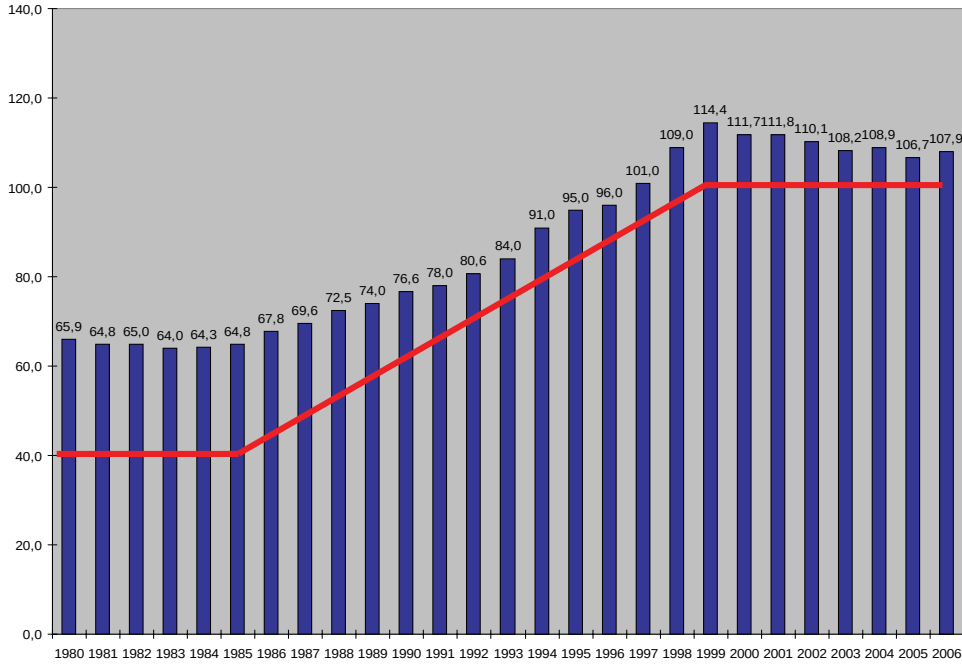
Şekil 7: Türkiye’de 15 ve üzeri yaş nüfusta sigara kullanım prevalansı



Kaynaklar:

- 1993 Sağlık Bakanlığı Araştırması,
- 2004 Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yüklü Çalışması,
- 2006 Aile Araştırma Kurumu ve TÜİK Aile Yapısı Araştırması,
- 2008 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (SB, TÜİK, DSÖ, CDC)

Şekil 8: Türkiye’de yıllara göre sigara tüketimi (bin ton)



2005 Eurobarometer çalışmasına göre, Türk halkının %80’i sigara dumanından pasif olarak etkilenmektedir ve bunların %50’si maruz kaldığı sigara dumanı kaynaklı zararlarının farkındadır.

Ulusal Hanehalkı Araştırması 2003’e göre 18 yaş üzeri kişilerde sigara ve diğer tütün ürünlerini kullanmaya başlama yaşı 19,2 bir günde içilen sigara adedi 17’dir. Yanında başkaları tarafından sigara içilmesi nedeniyle, sigara dumanına maruz kalma oranı %54,5 sık bulunulan ortamlarda sigara dumanına maruz kalma oranı ise %55,6’ tür.

Sigara kullanma durumuna atfedilebilen hastalık yükü ve ölüm sayılarının hastalıklara göre dağılımı, Tablo 5’te sunulmuştur.

Tablo 5: Sigara kullanma durumuna atfedilebilir hastalık yükü ve ölüm sayılarını hastalıklara göre dağılımı

Hastalık	Atfedilebilir Ölümler	Atfedilebilir YLL	Atfedilebilir DALY	Toplam DALY İçindeki Atfedilebilir DALY Oranı
Trakea, bronş ve akciğer kanserleri	10.510	107.075	112.634	1,0
Üst solunum-sindirim yolu kanserleri	1.340	15.593	16.469	0,2
Diğer kanserler	3.341	43.163	45.833	0,4
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	12.902	72.689	150.406	1,4
Diğer solunum hastalıkları	2.105	33.387	58.377	0,5
Kardiyovasküler hastalıklar	21.317	274.770	321.237	3,0
Seçilmiş diğer tıbbi nedenler	3.185	50.006	226.953	2,1
Tüm nedenler	54.699	596.684	931.909	8,6

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

Görüldüğü gibi sigara kullanımı, ilişkili olan hastalıklara bağlı hastalık yükünün %8,6’ sını gibi büyük bir kısma sebep olabilmektedir. Sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklardan kalp ve damar hastalıkları toplam DALY’nin %3 ’ünden sorumludur.

Sigara kullanımının önlenmesi ile kalp-damar hastalıkları kaynaklı önlenebilir ölüm sayısının 21.317 olacağı hesaplanmaktadır ki, bu da tüm ölümlerin %5’idir

Dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi-WHO-FCTC Framework Convention on Tobacco Control”, 21 Mayıs 2003 tarihinde, Cenevre’de Dünya Sağlık Örgütü’nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul edilmiştir. Bu sözleşme 25 Kasım 2004 tarihinde TBMM’ce kabul edilerek 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak Türkiye’de de yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığı’nca 2006-2010 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan “Ulusal Tütün Kontrol Programı” 7 Ekim 2006 da 26312 Nolu Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Ulusal Tütün Kontrol Programı’nın oluşturulmasını takiben, 5727 sayılı “Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” 03.01.2008 tarihinde TBMM’de kabul edilerek 19 Ocak 2008 tarihli ve 26761 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. 19 Mayıs 2008 tarihinde “4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun”un bir kısım hükümleri yürürlüğe girmiştir. 19 Temmuz 2009 tarihinde ise bahsi geçen kanunun tüm hükümleri yürürlüğe girerek tüm kapalı ortamlarda tütün kullanımı yasaklanmış kalp ve damar hastalıklarıyla mücadelede en önemli risk faktörlerinden olan sigara ve tütün kullanımının kontrolü konusunda önemli bir adım atılmıştır.

Bu eylem planında Kalp ve Damar Hastalıkları'nın önlenmesi ile ilgili olan; Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim, Sigarayı Bırakma, Sigara Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi ve Gençlerin Tütün Mamüllerine Ulaşabilirliğinin Engellenmesi ile ilgili kısımlarına yer verilmiştir. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı'nın ana başlıkları aşağıda sıralanmıştır:

Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2008 - 2012)

A. Tütün Ürünlerine Olan Talebin Azaltılmasına Yönelik Önlemler

1. Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim
2. Sigarayı Bırakma
3. Fiyat ve Vergilendirme
4. Sigara Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi
5. Reklâm, Promosyon ve Sponsorluk
6. Ürün Kontrolü ve Tüketicinin Bilgilendirilmesi

B. Tütün Ürünlerine Olan Arzın Azaltılmasına Yönelik Önlemler

5. Yasadışı Ticaret
6. Gençlerin Ulaşabilirliği
7. Tütün Üretimi ve Alternatif Politikalar

C. Tütün Kullanımı ve Ulusal Tütün Kontrol Programının İzlenmesi, Değerlendirmesi ve Raporlanması

1. Tütün Kullanımı ve Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın İzlenmesi, Değerlendirmesi ve Raporlanması

3.3.3. Obezite

Her yıl dünyada en az 2,6 milyon kişi aşırı kilo veya şişmanlık sonucunda hayatını kaybetmektedir (Avrupa ülkelerinde yaklaşık 400 milyon yetişkinin fazla kilolu olduğu, bunların 130 milyonunun ise obez oldukları bildirilmektedir. Şişmanlık dünya genelinde epidemik hızlara ulaşmış durumdadır.

Gittikçe ilerleyen bu küresel tehdide karşı DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından üye ülkelerin en üst düzeyde önlemler almasını hedefleyen bir “Bakanlar Konferansı” tertip edilmiştir. Konferans Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ev sahipliği ile 15-17 Kasım 2006 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı Profesör Dr. Recep AKDAĞ ve DSÖ Avrupa Bölgesi Direktörü Dr. Marc DANZON tarafından obezite ile mücadele konulu Avrupa Şartı imzalanmıştır.

Bu alanda türünün ilk örneği olan Avrupa Obeziteye Karşı Koyma Beratı, 20 Şubat 2007 günü Kopenhag'da başlatılmıştır.

Avrupa Obeziteye Karşı Koyma Beratı'nın amacı net bir şekilde belirlenmiştir: “Ülkelerin büyük çoğunluğunda önümüzdeki 4-5 yıl içerisinde, özellikle çocuk ve adolesanlarla ilgili olmak

üzere, gözle görülebilir bir ilerleme başarılabilir olmalıdır. En geç 2015’e kadar bu eğilimin tersine çevrilmesi mümkün olmalıdır.” Bu amaca ulaşmak, birçok sektörde spesifik ve hedeflenmiş eylemi gerektirmektedir. Berat’ın başlatılması, gelecek adımlar üzerinde odaklanmak üzere organize edilmiştir. Berat şu önemli faaliyet alanlarını tanımlamaktadır: özellikle de çocuklara yönelik olan, pazarlama baskısını azaltmak; anne sütü ile beslemeyi özendirmek; işlem görmüş ürünlerdeki özel olarak eklenmiş serbest şekerleri, yağ ve tuzu azaltmak; gıdaların besin etiketlemesinin yeterliliği; daha iyi kent tasarımı ve ulaşım politikaları ile bisiklet sürme ve yürümenin teşvik edilmesi.

2007-2012 yılları arası İkinci Avrupa Gıda ve Beslenme Politikası Eylem Planı DSÖ Avrupa Bölgesi 57. Bölgesel Komite toplantısında kabul edilmiştir.

Ülkemizde şişmanlık prevalansı 1990 yılından bu yana hızlı bir artış göstermektedir. 1990 yılı taramalarında şişman kişi sayısı erkeklerde 1,5 milyon, kadınlarda 4 milyon civarında iken, bugün yaklaşık 2,63 milyon erkek ve 5,46 milyon kadının şişman olduğu tahmin edilmektedir. Bu da şişman kişi sayısında, kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında bir artışı göstermektedir. Çeşitli çalışmalarda obesitenin artışı görülmekte olup obesitenin 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 planına ihtiyaç duyulmuş ve “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol) Programı 2010-2014 hazırlanmıştır.

Tablo 6: Yüksek beden kitle indeksine atfedilebilir hastalık yükünün ve ölüm sayılarının nedenlere göre dağılımı

Neden	Atfedilebilir Ölüm	Atfedilebilir YLL	Atfedilebilir YLD	Atfedilebilir DALY	Toplam DALY İçindeki Atfedilebilir DALY Oranı
İskemik kalp hastalıkları	29.581	317.790	28.504	346.294	3,2
Hipertansif kalp hastalıkları	7.174	57.723	4.073	61.796	0,6
İskemik inme	11.109	93.794	53.136	146.930	1,4
Diabetes Mellitus	7.674	73.921	78.319	152.240	1,4
Osteoartritler	0	0	61.035	61.035	0,6
Meme kanseri	724	7.141	1.718	8.859	0,1
Kolon ve rektum kanserleri	646	6.583	717	7.300	0,1
Korpus uteri kanseri	235	2.079	651	2.730	0,0
Toplam	57.143	559.032	228.151	787.183	7,3

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

Tablo 6’da görüldüğü gibi, şişmanlığın önlenmesi ile iskemik kalp hastalığından 29.581 ölüm önlenebilecektir. Önlenebileceği hesaplanan toplam 57.143 ölüm, tüm ölümlerin %13,3’ünü oluşturmaktadır. Obezitenin önlenmesi ile önleneceği hesaplanan DALY sayıları iskemik kalp hastalığında 346.294 olarak görülmektedir. Tümü için önlenen DALY sayısı toplam DALY’nin %7,3’ünü oluşturmaktadır.

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. Türkiye’de toplumun %7,92’ si tuzsuz, %9,29’u çok tuzlu yemektedir.

Türkiye’de 35–64 yaşlar arasında ortalama “total kolesterol” düzeyi erkeklerde 185 mg/dl, kadınlarda 192 mg/dl’ dir. Otuzlu yaş dilimlerine kadar düşük seyreden kolesterol düzeyi 40 yaş ve üstü erkeklerde 188 mg/dl, kadınlarda 204 mg/dl olmakta ve eski değerlerine kıyasla yaklaşık %25 oranında artmaktadır. Türkiye’de ortalama total kolesterol düzeyi Kuzey Avrupa Ülkeleri ve hatta Akdeniz Ülkeleri ortalama kolesterol düzeyinin 40–50 mg/dl altındadır.

3.3.4. Fiziksel Hareketsizlik

Obeziteye neden olduğu bilinen çok sayıda faktör içinde, aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği en önemli nedenler olarak kabul edilmektedir. Düzenli fiziksel aktivite , sadece enerji dengesinin düzenlenmesinde değil, obezite ile gelişen sağlık risklerinin ve bu risklere bağlı ölüm hızının azaltılmasında da önemli bir role sahiptir.

Bakanlığımız tarafından 7 coğrafik bölgeden seçilen 7 ilde 30 yaş üstü 15.468 bireyde yapılan “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım (SBKK)” çalışmasında bireylerin fiziksel aktivite alışkanlığı da sorgulanmış ve bireylerin sadece %3,5’i düzenli (haftada en az 3 gün, 30 dakika orta şiddette) fiziksel aktivite yaptıklarını beyan etmişlerdir.

UHY Hanehalkı Araştırması (2003) sonuçlarına göre, Türkiye’de nüfusun %20,3’ sinin hareketsiz (sedanter) yaşadığı, %15,9’ unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu görülmektedir. 18 yaş ve yukarısında fiziksel hareketliliği haftada 150 dakika ve üzerinde olan birey oranı %63,6’ dur

Tablo 7: Fiziksel hareketsizliğe atfedilebilir hastalık yükü ve ölüm sayılarının nedenlere göre dağılımı

Neden	Atfedilebilir Ölüm	Atfedilebilir YLL	Atfedilebilir YLD	Atfedilebilir DALY	Toplam DALY İçindeki Atfedilebilir DALY Oranı
İskemik kalp hastalıkları	31.519	277.445	23.405	300.850	2,8
İskemik inme	10.269	70.003	31.575	101.578	0,9
Diabetes Mellitus	1.663	17.194	20.262	37.456	0,3
Meme kanseri	821	10.793	3.606	14.399	0,1
Kolon ve rektum kanserleri	848	9.389	954	10.343	0,1
Total	45.120	384.823	79.804	464.627	4,3

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

Fiziksel hareket alışkanlığının yeterli olması durumunda iskemik kalp hastalığına bağlı 31.519 ölümün önlenebileceği hesaplanmaktadır. Önlenabilen hastalık yüküne bakıldığında ise fiziksel hareketliliğin yeterli olması halinde iskemik kalp hastalığına bağlı 300.850 DALY önlenabilmektedir. Toplamda 464.627 DALY önlenabilmekte, bu da tüm hastalık yükünün % 4,3’ üne denk gelmektedir (Tablo 7).

3.3.5.Hipertansiyon

Hipertansiyon kalp ve damar hastalıkları risk faktörleri arasında en önde gelen ve yaygın olanıdır. Hipertansiyon, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de oldukça yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Hipertansiyonun en sık görülen komplikasyonları ise koroner kalp hastalığı ve inmedir.

Dünya genelinde yüksek kan basıncının toplam ölümlerin %13'ünün (7.1 milyon ölüm) ve 64.3 milyon DALY'nin (toplam DALY'lerin %4.4'ü) nedeni olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde Hipertansiyon sıklığına ilişkin yapılmış bazı çalışmalar Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8: Türkiye'de hipertansiyon sıklığı

	Hipertansiyon Sıklığı %		
	Kadın	Erkek	Toplam
Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması	36,1	27,5	31,8
Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (/1000)	38,5	39,0	37,8
TEKHARF 2003/2004	49,1	36,3	-
Hane Halkı Araştırması 2003 (18 yaş üzeri beyana dayalı)	18,25	7,57	13,67

Sonuçlar arasındaki farklılığın nedeni çalışmaların yöntemlerinin farklı olmasıdır.

- Türkiye'de Hipertansiyon Prevelans Çalışması'nın sonuçlarına göre ulusal düzeyde ve cinsiyete göre hipertansiyon prevalansı toplamda %31,8 erkeklerde %27,5 iken kadınlarda % 36,1'dir.
- Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA) çalışmasında, hipertansiyon prevalansı toplamda binde 37,8 erkeklerde binde 39.0 ve kadınlarda binde 38.5 olarak bulunmuştur.
- TEKHARF 2003/2004 kohortunda ise hipertansiyon sıklığı erişkin erkeklerde %36,3 kadınlarda %49,1 olarak tespit edilmiştir.
- 2003 Hane Halkı araştırmasında, beyana dayalı olarak 18 yaş üstü cevaplayıcıların toplamda %13,67'sinin (erkekler %7,57 kadınlar %18,25) hekim tarafından hipertansiyon tanısı aldığı belirlenmiştir.

Tablo 9'da hipertansiyona atfedilebilir hastalık yükü ve ölümlerin nedenlerine göre dağılımları, Tablo 10'da ise hipertansiyona atfedilebilir hastalık yükü ve ölüm sayılarının cinsiyete göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 9: Türkiye’de hipertansiyona atfedilebilir hastalık yükü ve ölüm sayılarının nedenlere göre dağılımı

Neden	Atfedilebilir Ölüm	Atfedilebilir YLL	Atfedilebilir YLD	Atfedilebilir DALY	Toplam DALY İçindeki Atfedilebilir DALY Oranı
İskemik kalp hastalıkları	50717	399783	32421	432204	4,0
Serebrovasküler hastalıklar	39731	279541	81368	360909	3,3
Hipertansif kalp hastalıkları	11503	80829	6053	86882	0,8
Diğer kardiovas. hastalıklar	6518	38199	10757	48956	0,5
Toplam	108468	798353	130597	928950	8,6

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

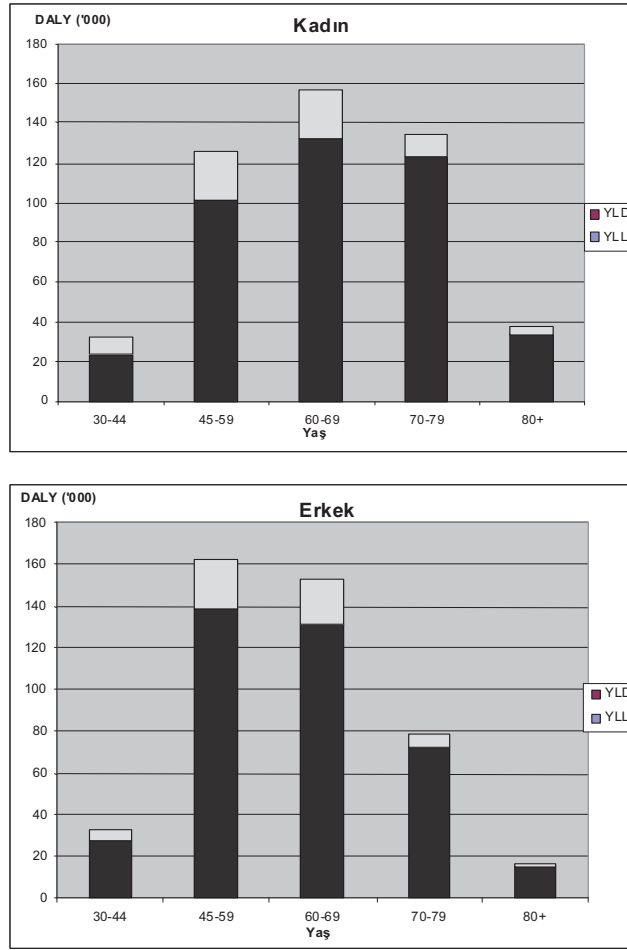
Tablo 10: Türkiye’de hipertansiyona atfedilebilir hastalık yükü ve ölüm sayılarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ölüm	47643	20,4	60825	30,8	108468	25,2
YLL	384659	11,4	413694	16,2	798353	13,4
YLD	59129	2,6	71468	2,8	130597	2,7
DALY	443788	7,8	485162	9,4	928950	8,6

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

Tablo 10’da görüldüğü üzere, yüksek tansiyonun kontrol altına alınması ile erkeklerde ölümlerin %20,4’ü, kadınlarda ise %30,8’i önlenmektedir. Önlenebilir YLL değerlerine bakıldığında erkeklerde toplam YLL’nin %11,4’ü, kadınların ise %16,2’si yüksek tansiyonun kontrol altına alınması ile önlenmektedir. Yüksek tansiyon erkeklerde 443.788 DALY, kadınlarda 485.162 DALY hastalık yükü oluşturmaktadır olup bu tüm hastalık yükünün erkeklerde %7,8’ini, kadınlarda da %9,4’ünü oluşturmaktadır. Yani kan basıncının normal seviyelerde tutulması ile toplam hastalık yükünün %8,6’sı önlenmektedir.

Şekil 9: Türkiye’de hipertansiyona atfedilebilir hastalık yükünün yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı



Kaynak: Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, Türkiye, 2004

Hipertansiyona atfedilen hastalık yükünün yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı Şekil 9’da verilmektedir. Buna göre hipertansiyona bağlı hastalık yükü kadınlarda en fazla 60-69 yaş grubunda görülmekte ve yaş ilerledikçe azalmaktadır. Erkeklerde de 60-69 yaş grubu kadınlarla hemen hemen aynı değerlere sahip olsa da erkeklerde yüksek tansiyona bağlı hastalık yükü en fazla 45-59 yaş grubunda görülmektedir. Erkeklerde de yaş ilerledikçe yükte azalma görülse de kadınlarda 70-79 ve 80+ yaş grupları daha yüksek değerlere sahip olduğu görülmektedir.

Gerek dünyada ve gerekse ülkemizde hipertansiyon farkındalık ve kan basıncı kontrol oranları istenilen düzeylerde değildir. Amerika Birleşik Devletlerinde %32, Batı Avrupa ülkelerinde %15-25 civarında olan kontrol oranları, Doğu Avrupa ülkelerinde daha düşüktür.

Ülkemizde ise; Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması sonuçlarına göre, erişkin nüfusta yaklaşık 15 milyon hipertansif birey mevcut olup, bunların yalnız %40’ının kan basıncı yüksekliğinin farkında olduğu ve yalnız %31’inin antihipertansif tedavi aldığı bilinmektedir. Kan basıncı kontrolü ise tüm hipertansiflerde %8, kan basıncı yüksekliğinin farkında olan ve tedavi alanlarda ise %20

olarak bulunmuştur. Türkiye Metabolik Sendrom Sıklığı Araştırması - METSAR Çalışmasında da yetişkinlerde hipertansiyon prevalansı %41,7 iken, hasta grubunda tedavi ile kan basıncı kontrolü oranı sadece %6 bulunmuştur.

Hane Halkı Araştırması 2003 sonuçlarına göre 18 yaş ve üstü son iki hafta içinde hekim tarafından reçete edilmiş hipertansiyon ilacı kullanan cevaplayıcıların yerleşim yeri ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 11’de görülmektedir.

Tablo 11: Son iki hafta içinde hekim tarafından reçete edilmiş hipertansiyon ilacı kullananların yerleşim yeri ve cinsiyete göre dağılımı

Yerleşim Yeri	Son İki Haftada Hekim Tarafından Verilmiş Hipertansiyon İlacı Kullanma					
	Evet Kullanıyor		Hayır Kullanmıyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kent	680	10,48	5806	89,52	6486	100
Kır	483	10,47	4126	89,53	4609	100
Toplam	1163	10,48	9932	89,52	11095	100
Cinsiyet						
Erkek	340	7,17	4407	92,84	4747	100
Kadın	823	12,96	5525	87,04	6348	100
Toplam	1163	10,48	9932	89,52	11095	100
n=11204 Bilinmeyen=109						

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Hane Halkı Araştırması, Türkiye, 2004

Birçok çalışma inmenin hipertansiyonun en sık komplikasyonu olduğunu göstermektedir. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yürütülmüş olan THİNK Çalışması’nın sonuçlarına göre de Türkiye’de hipertansiyon hastalarında 10 yıllık inme geçirme riski ortalaması %17 bulunmuştur. Çalışmada hastaların büyük bölümü (%86) antihipertansif tedavi altında olmasına karşın, yaklaşık %70’inde hem ESC hem de JNC 7 sınıflamasına göre kan basıncı düzeyleri yüksektir. Bu durum, ülkemizde hipertansif hastaların tedavisinin yeterli etkinlikte yapılmadığını ve bu nedenle hastaların yüksek inme riski taşıdıklarını düşündürmüştür. Türk toplumunda hipertansiyon hastalarının büyük bölümü antihipertansif tedavi altında olmasına rağmen yüksek inme riski taşımaktadır.

Hipertansiyon ve inme ilişkisine ilişkin daha geniş bilgi serebrovasküler hastalıklar ve inme bölümünde ele alınmıştır.

Hane halkı araştırması verilerine göre, bir başka önemli risk faktörü olan yüksek kan kolesterolüne atfedilebilir ölüm sayılarının nedenlere göre dağılımı Tablo 12’de görülmektedir.

Tablo 12 : Yüksek kan kolesterolüne atfedilebilir hastalık yükü ve ölüm sayılarının nedenlere göre dağılımı

Neden	Atfedilebilir Ölüm	Atfedilebilir YLL	Atfedilebilir YLD	Atfedilebilir DALY	Toplam DALY İçindeki Atfedilebilir DALY Oranı
İskemik kalp hastalıkları	41226	425726	36397	462123	4,3
İskemik İnme	7802	66715	37843	104558	1
Toplam	49029	492441	74240	566681	5,2

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Hane Halkı Araştırması, Türkiye, 2004

3.3.6. Diabetes Mellitus

Diyabetik hastalar diyabeti olmayanlara göre iki ile altı kat daha fazla kalp ve damar hastalıklarına yakalanmaktadır. Tip 2 diyabetli hastalarda, kalp ve damar hastalıkları önde gelen komplikasyon ve ölüm sebebidir. En sık görülenler; koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıklarıdır.

Tüm dünyada 2010 yılı için tahmin edilen diyabetli sayısı ikiyüzseksenbeş milyona yükselmiş olup bu rakam bize dünya nüfusunun %6,6'sının diyabetli olduğunu ifade etmektedir. Dahası, bu sayının 2030 yılına kadar 438 milyona yükselmesi beklenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü diyabetin her yıl küresel ölçekte gerçekleşen tüm ölümlerin %5'inin nedeni olduğunu, diyabeti olan insanların %80'inin düşük veya orta gelirli ülkelerde yaşıyor olduklarını ve bunların büyük çoğunluğunun yaşlı (65+) değil, orta yaşlı (45-64) olduğunu bildirmektedir. DSÖ tahminlerine göre, acil olarak faaliyete geçilmezse gelecek 10 yılda diyabet kaynaklı ölümlerin %50 artması beklenmektedir.

Birleşmiş Milletler, 20 Aralık 2006 günü genel kurulunda kabul ettiği bir kararla (RES/61/225), tarihinde ilk kez bulaşıcı olmayan bir hastalığı, diyabeti, küresel bir tehdit olarak kabul etmiş ve tüm ülkelerin sağlık otoritelerine diyabetle mücadele çağrısı yapmıştır.

Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Araştırma Projesi (TURDEP 1998) verilerine göre, ülkemizin erişkin toplumunda diyabet %7,2 (kadınlarda %8, erkeklerde %6,2) bozulmuş glukoz toleransı ise %6,7 hipertansiyon %30 ve obezite ise %22 sıklıkta görülmektedir. TURDEP II 2010 verilerine göre ise ülkemizde 20 yaş üzeri erişkin toplumunda diyabet sıklığının %13,7'ye ulaştığı görülmüştür.

TEKHARF çalışmasının 1997/98 taramasından 2004/05 yıllarına kadar izlenen kohortuna dair 2009'da yayınlanan verilerine göre, Türkiye'de otuzbeş yaş üstü nüfusta diyabet prevalansı %11,3 olarak tahmin edilmiş ve bunun 3,3 milyon kişiye karşılık geldiği hesaplanmıştır. Cinsiyetler arasında anlamlı bir prevalans farkı olmadığı görülmüştür (p=0,9). En yüksek prevalans %22 ile 65-74 yaş grubunda bulunmuştur. Diyabet sıklığının coğrafi dağılımı incelendiğinde ise diyabetin

%6,1 ile Doğu Anadolu'da ve %6,6 ile Marmara'da en düşük, %10 ile Karadeniz'de ve %17 ile Güneydoğu'da en yüksek oranlarda görüldüğü bulunmuştur. Aynı çalışma ülkemizde 4,1 milyon prediyabetli (bozulmuş açlık glukozu ve/veya glukoz intoleransı) olduğunu öne sürmektedir.

TEKHARF çalışması 2009'a göre ülkemizde diyabetin artış hızı %6,7 olup bu, diyabetli popülasyonun 10-11 yılda ikiye katlanması anlamına gelmektedir. Bu da yılda üçyüzellibin yeni diyabetli olarak hesaplanmaktadır. Bozulmuş açlık glukozu (BAG) insidansı erkek için binde 8, kadın için 11,9; yılda 340 bin kişi olarak hesaplanmıştır. Diyabetin ilk gelişme ortalama yaşı olarak ise $52,8 \pm 11$ yıl bulunmuştur.

TEKHARF kohortunda glukoz metabolizması başlangıçta normal olup metabolik sendromu bulunanlarda sonradan yeni DM/BAG gelişme oranı erkekler için %9, kadınlar için %15,5 olarak bulunmuştur. 2003/04 kohortunda kadın diyabetlilerin %98'inin metabolik sendromlu olduğu, erkeklerde ise bu oranın %58 olduğu hesaplanmıştır.

Yeni diyabet gelişiminde anlamlı etken olarak tespit edilen risk faktörleri her iki cins için abdominal obezite ve yaş olmuştur. Sadece erkekler için hipertansiyon ve HDL-kolesterol düşüklüğü de anlamlı bulunmuştur. Bel çevresinde 6 cm'lik bir genişlemenin diyabet gelişme riskini erkekte %43 oranında yükselttiği saptanmıştır. Diyabetin gelecekte koroner kalp hastalığı gelişimini, bağımsız olarak, %81 yükselttiği hesaplanmıştır.

2003 Hane Halkı Araştırması sonuçlarına göre 18 yaş ve üzeri kişilerde beyana dayalı olarak diyabet sıklığı %4,75 (kadınlarda %5,75; erkeklerde %3,42) olarak bulunmuştur. Aynı araştırma ile Türkiye için diyabet insidansı toplamda yüzbinde 3820, erkeklerde 3210,2 ve kadınlarda 4280,1 bulunmuştur. Diyabet prevalansı ise binde toplamda 55,8; erkeklerde 46,5 ve kadınlarda 62,8'dir.

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.

Tablo 13: Türkiye’de ulusal düzeyde diabetes mellitus hastalık yükü (DALY) dağılımı

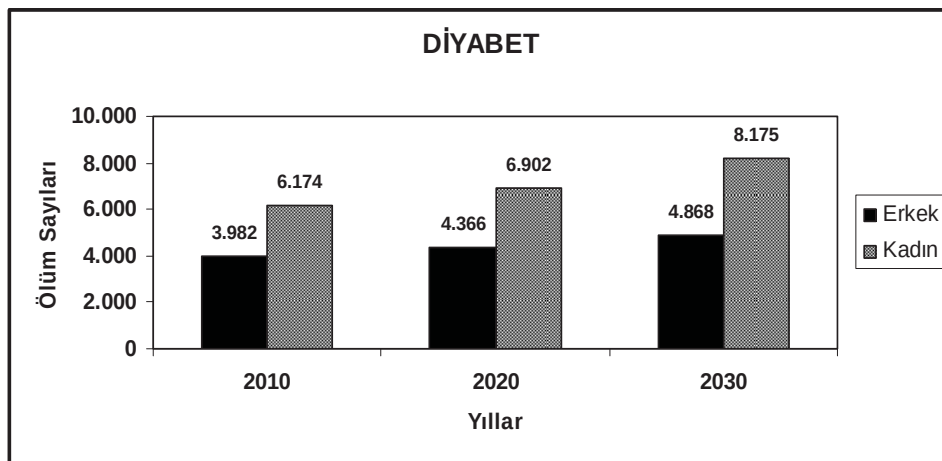
	Toplam (DALY)	%	Kadın (DALY)	%	Erkek (DALY)	%
Türkiye	203.027	1,88	109.869	2,14	93.158	1,64
Kent	114.674	1,79	59.149	1,99	55.525	1,61
Kır	87.807	2,00	49.183	2,28	38.624	1,74
Batı	72.251	2,09	39.724	2,43	32.527	1,79
Güney	27.240	1,93	14.435	2,17	12.805	1,72
Orta	48.097	2,02	25.949	2,29	22.148	1,77
Kuzey	21.789	2,27	12.094	2,60	9.694	1,97
Doğu	33.672	1,29	17.682	1,42	15.989	1,18

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

Tablo 13’de görüldüğü üzere diyabet, tüm yaş gruplarında %1,9 ile ulusal düzeyde en fazla hastalık yüküne (DALY) neden olan 12. hastalıktır (erkeklerde %1,6; kadınlarda %2,1). Kentsel alanda 12. (%1,8), kırsal alanda ise 11. (%2) sırada yer aldığı 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.

Aynı araştırma kapsamında erkekler ve kadınlar için diyabet kaynaklı ölümlerin 2010, 2020 ve 2030 yılları tahminleri de hesaplanmıştır. 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 edilmiştir (Şekil 10).

Şekil 10: 2010, 2020 ve 2030 yılları için erkeklerde ve kadınlarda diyabet kaynaklı beklenen ölüm sayıları

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

Metabolik Sendrom

Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması'na (METSAR) göre Türkiye için yerleşim yeri ve cinsiyete göre metabolik sendrom prevalansları Tablo 14'te görülmektedir. 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. Aynı araştırmanın sonuçlarına göre abdominal obezite sıklığı ise erkeklerde %17,2; kadınlarda %54,8 olup toplamda %36,2'dir.

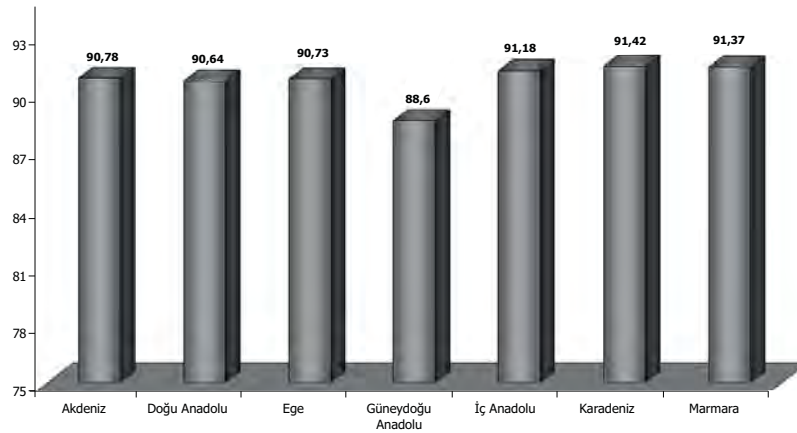
Tablo 14: Türkiye'de yerleşim yeri ve cinsiyete göre metabolik sendrom prevalansları

	Erkek %	Kadın %	Toplam %
Kırsal	26,9	41,1	33,9
Kentsel	28,6	38,8	33,8
Genel	28,0	39,6	33,9

Kaynak: Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması,2004

Ülkemizde bölgelere göre metabolik sendrom sıklığı Şekil 11'de görülmektedir.

Şekil 11: Türkiye'de bölgelere göre metabolik sendrom sıklığı



Kaynak: Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması, 2004

Sağlık Bakanlığı Diyabet Kontrolü Çalışmaları

Sağlık Bakanlığı Türkiye için önemli bir hastalık yükü sebebi olan diyabete yönelik mücadele çalışmaları kapsamında çeşitli çalışmalar yürütmektedir. Politika geliştirme ve karar alma süreçlerinde yol gösterici olan diyabet sürveyansı verilerinin edinilmesi konusunda iyileştirme ve geliştirme çalışmalarına özel önem vermektedir. Sahadan veri toplamak için kullanılan basılı formlar içerisinde bulaşıcı olmayan hastalıklara/diyabete ve risk faktörlerine yönelik düzenlenmiş özel bir form bulunmamaktadır. Sadece il sağlık müdürlüğüne her ay gönderilmesi gereken hastalık istatistik formu (Form 018/A) ile yaş grupları ve cinsiyete göre sağlık kuruluşlarımızın kayıtlarında yer alan

vaka ve ölüm sayılarının bildirilmesi istenmektedir. İlaveten, mevcut diyabet polikliniklerinden/ merkezlerinden (Mayıs 2010 itibarı ile birinci basamakta 8, ikinci basamakta 55 ve üçüncü basamakta 29 adet) her ay gönderilmesi beklenen Diyabet Bilgi Formu (Form DBF 01) mevcut olup diyabet konusunda sağlanan hizmete dair bilgi sağlamaktadır. Ancak bu formlardan morbidite ve mortalite verilerinin hesaplanması mümkün olmamaktadır.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında yürütülen “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” nin (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 Bilişim Teknoloji 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 kullanılarak istenen göstergeler hesaplanabilmekte ve elektronik ortamda güncel surveyans 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, tiroid muayenesi (tiroid 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.

Bakanlığımız ayrıca, güvenilirliği yüksek surveyans çalışmaları için işbirliği sağlamaktadır. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP II) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ile birlikte arasında yürütülmekte (2010-2012) olup ilgili saha araştırması Bakanlığımız personeli tarafından gerçekleştirilmiştir. Yine, İleriye Dönük Kentsel ve Kırsal Epidemiyolojik Çalışma (Prospective Urban and Rural Epidemiological Study, PURE Çalışması) Türkiye Ayağı Bakanlığımız onayı ile yürütülmektedir.

Ulusal İnsulin Eğitim Programı

Sağlık Bakanlığı’nın desteği ile Diyabet Hemşireleri Derneği’nin Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) ile işbirliği içinde planladığı “Türkiye’de İnsulin Tedavi Uygulamalarının İyileştirilmesi” isimli eğitim projesi ile, Türkiye genelinde yaklaşık dokuzbin hemşire insulin tedavi ve uygulamaları konusunda eğitilerek diyabetlilere verilen bakımın kalitesinin artırılması amaçlanmıştır.

Türkiye Diyabet Kontrol Programı

Bakanlığımız bünyesinde, önceki yıllarda da, diyabetle programlı bir şekilde mücadele etme yaklaşımı paralelinde çalışmalar geliştirilmiş ve yürütülmüştür. 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 ülkemiz adına 1992 yılında imzalanmıştır. 1994 yılında Bakanlığımız 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 Bakanlığımız evsahipliğinde 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 Kontrol Programı” adı altında geliştirilmekte olan ülkemizin resmi diyabet stratejisi beraberinde, ilgili eylem planları hazırlanmaktadır.

Avrupa Birliği projesi olarak “Diyabetik Ayak Tanısı Alan Vakaların Evde Takip Tedavi ve İzlenmesi Projesi – DIAFOOT” geliştirilmiş ve yürütülmüştür.

Diyabet konusunda çalışan sivil toplum kuruluşları tarafından geliştirilen bazı stratejik yaklaşım geliştirme (Diyabet 2020: Vizyon ve Hedefler Projesi), sağlığın geliştirilmesi (14 Kasım Dünya Diyabet Günü), halkın sağlık eğitimi, hizmetiçi eğitim ve tarama faaliyetlerine (Türkiye Diyabet Kontrol Projesi, Diyabet ve Obezite Kursu, Diyabet Sohbetleri Projesi) Sağlık Bakanlığı tarafından himaye ve destek sağlamaktadır.

3.4 Kalp ve Damar Hastalıklarında Örgütlenme, İnsan Gücü Planlama ve Eğitim

3.4.1 Türkiye’ de Sağlık Sektörü

Türk sağlık sektöründeki aktörlerden bazıları kamu, yarı-kamu ve özel kurumlar ile dernek-vakıfların açtığı kurumlardır. Türkiye’deki sağlık sisteminde; hizmet sunucusu olarak, Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, özel sektör başlıcalarıdır. Finansman kurumu bazında en önemli kilit unsur, Sosyal Güvenlik Kurumu’dur. Sağlık politikalarının oluşturulmasında Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, sağlık yöneticileri, özel sektör ve sivil toplum kuruluşları önemli rol oynamaktadır.

Sağlık Bakanlığı’nın merkezi örgütlenme yapısı; bir bakan, bir müsteşar, altı müsteşar yardımcısı ve bunlara bağlı idari birimlerden oluşmaktadır. (Şekil 12). İdari bilimler; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Personel

Genel Müdürlüğü ve Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ile Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanlığı, Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Bütçe Dairesi Başkanlığı, Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, Halka İlişkiler Koordinatörlüğü, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı, İzleme ve Değerlendirme Birimi, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Proje Yönetimi Destek Birimi, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Savunma Sekreterliği, Sıtma Savaş Daire Başkanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Teftiş Kurulu Başkanlığı ve Verem Savaş Daire Başkanlığından oluşmaktadır.

Bu birimler, ilgili mevzuat çerçevesinde bakanlık işlerinin yürütülmesi, politika uygulamalarında ve sağlıkta dönüşümün gerçekleşmesi için planlanan faaliyetlerin yürütülmesi ile uluslar arası kuruluşlar ile bağlantılar ve konu ile ilgili personelin yurt dışı görevlendirmeleri ile de çalışırlar. Bakanlıktaki örgütlenme, sorumluluğun aşağıdan yukarıya yöneldiği dikey bir yapıdadır ve il düzeyinde müdürlükler, bir ölçüye kadar da sağlık ocakları ve evleri düzeyinde işlevlerine göre ayrılmış bölümler yer almaktadır.

Türkiye’de aile hekimliği’ne yönelik çalışmalar 2003 yılının ilk aylarında başlamış olup 2011 yılında ülke geneline yaygınlaştırılmış olacaktır.

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan hizmetlerin il düzeyinde idaresinden il sağlık müdürlükleri sorumludur. İl Sağlık Müdürlükleri, idari konularla ilgili ilin en yüksek mülki amiri olan Vali’ye, teknik konularla ilgili ise Sağlık Bakanlığı’na karşı sorumludur. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan yöneticiler Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü’ne, sağlık ocaklarında görev yapan yöneticiler ise Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü’ne karşı sorumludur (Şekil 13).

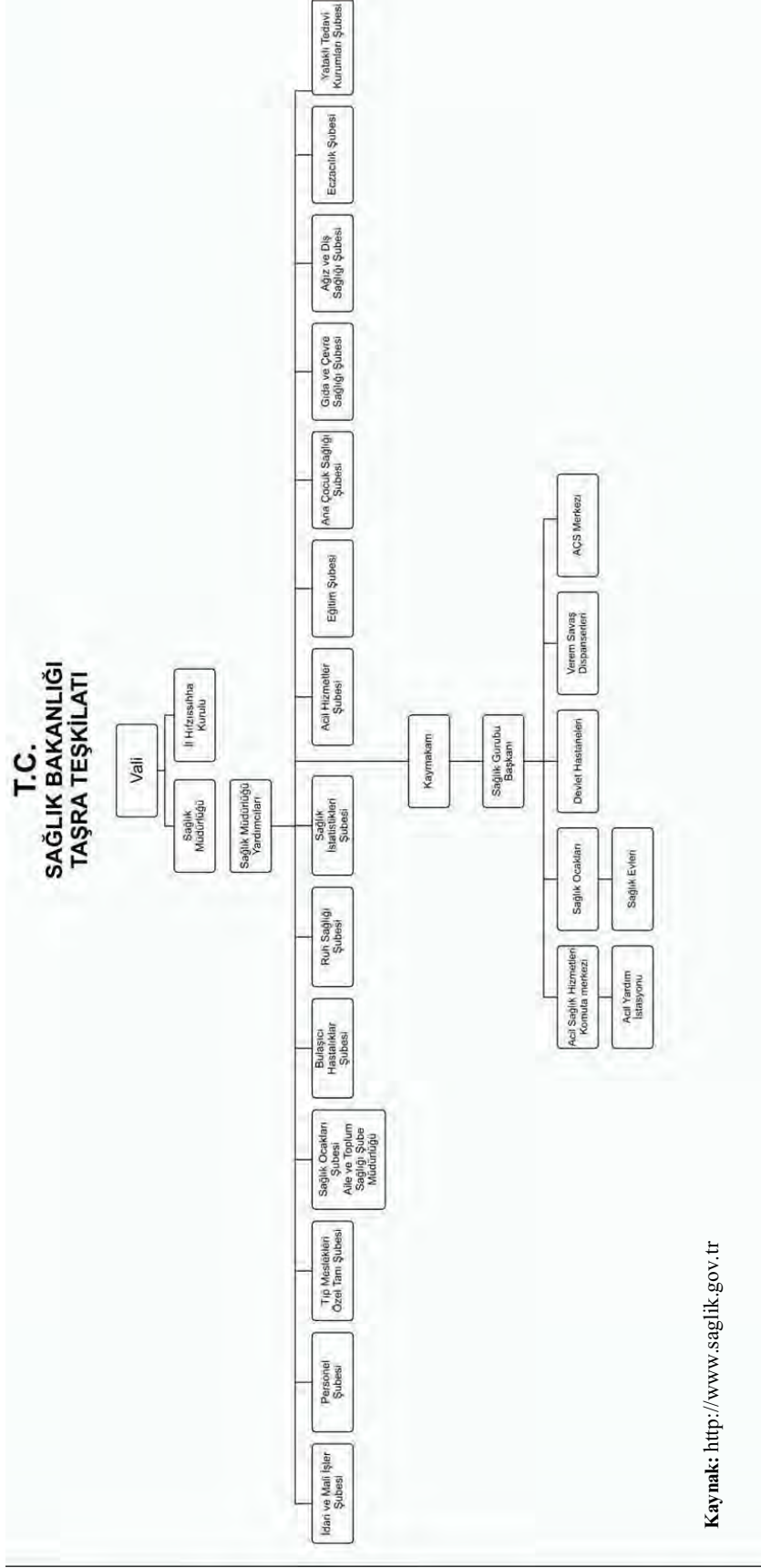
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı (2007), Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddeler Daire Başkanlığı (2007) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı (2008) ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı (2008) kurulmuştur.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı bünyesinde altı şube bulunmaktadır:

- Kalp ve Damar Hastalıkları Şube Müdürlüğü
- Metabolik Hastalıklar Şube Müdürlüğü
- Solunum Sistemi Hastalıkları Şube Müdürlüğü
- Yaşlı Sağlığı Şube Müdürlüğü
- Özürlüler Sağlığı Şube Müdürlüğü
- Diğer Kronik Hastalıklar Şube Müdürlüğü



Şekil 13: Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı organizasyon şeması



Sağlık Bakanlığı, devletin sağlık sektöründe politika belirlenmesinden, programlar aracılığıyla ulusal sağlık stratejilerinin uygulanmasından ve sağlık hizmetlerinin doğrudan sunumundan sorumlu temel organdır. Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci 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 (Sağlık Ocakları, Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Sağlık Evleri, hastaneler) ile ülkedeki koruyucu sağlık hizmetlerinin tek tedarikçisi de Sağlık Bakanlığı'dır. 19.02.2005 tarihinde 5283 sayılı yasa ile yapılan düzenleme sonucu diğer tüm kurum hastaneleri, dispanserler ve diğer sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu kapsamda Sosyal Sigortalar Kurumu, hastanelerini Sağlık Bakanlığına devretmiş olup halen Sağlık Bakanlığı'na bağlı 834 hastane mevcuttur. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bazı sağlık kurumlarının sayısı Tablo 15'de sunulmaktadır.

Tablo 15: Sağlık Bakanlığı'na bağlı bazı sağlık kuruluşlarının sayısı (Temmuz 2010)

Sağlık Bakanlığı Kuruluşları	Sayısı
Hastane	834
Sağlık Ocağı	2752
Köy Sağlık Evi	5516
Aile Sağlığı Merkezleri	3276
Aile Hekimi Birimi	10430
Toplum Sağlığı Merkezleri	638

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010

3.4.2 Sağlık Hizmetleri Sunumu

Türkiye'deki sağlık hizmetleri kamu ve özel hizmet sunucular tarafından sağlanır. En büyük kamu hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığı olup Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerinin de devredilmesiyle birlikte etkisi daha da artmıştır. Daha önce diğer devlet bakanlıkları (Milli Savunma, Milli Eğitim ve Ulaştırma), bazı kamu kuruluşları ve belediyelerin de sundukları sağlık hizmeti de Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Üniversite hastaneleri diğer önemli hizmet sunucusudur.

Anne-çocuk sağlığı ile koruyucu hizmetlerle ilgili olarak da bir dizi dikey program gerçekleştirmiştir. Bu programların uygulanmasına yardım amacıyla, özellikle kentsel alanlarda, bir dizi uzmanlaşmış merkez ve dispanser faaliyet göstermektedir. Bu dispanserler, uzman kadrosu ile, koruyucu ve tedavi edici hizmetler ile diğer birinci basamak tedavi birimlerinin sağlık personeline de eğitimler vermektedir.

3.4.2.1 Birinci Basamak ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Aile Hekimliği uygulamasına 2010 yılı sonunda tamamen geçmiş olacaktır. Aile Hekimi; ailenin henüz doğmamış çocuğundan en yaşlı üyesine kadar, ailenin tüm bireylerinin hekimi olarak tanımlanır. Bu kapsamda, bireysel koruyucu

sağlık önlemleri ile ayakta tedavi ve evde bakım hizmetleri de aile hekimliği kapsamına girer. Bu türden hizmetlerin bir arada ve birbiriyle uyumlu şekilde verildiği bir kaç yöntem içinde en basit ve en modern olanı Aile Hekimliği Sistemi'dir. Birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için diğer uzman hekimler, diş hekimi, diyetisyen gibi kişilere hastayı yönlendirerek, koordinatör görevini üstlenir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, bu konuda onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır.

Aile hekimi, ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir.

Aile hekimliği kayıtları sağlıkla ilgili araştırmalarda çok değerli bir veri kaynağıdır. Sevk zincirinin işletilmesinde yardımcıdır. Hastalıkların uygun basamaklarda ele alınmasını ve tedavisini mümkün hale getirir. Sevk gerektiğinde, kişinin sağlık bilgileriyle birlikte doğru uzmanlık dalına ve doğru merkeze gitmesini sağlayarak, yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve ekonomik biçimde kullanımını sağlar.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi edici ve kişiye yönelik koruyucu hizmetler dışında kalan halk sağlığı hizmetleri ise Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından verilmektedir.

3.4.2.2 İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri Sunumu

Tablo 16’da Türkiye genelinde hastanelerin dağılımı, Tablo 17’de ise hastane yataklarının servislere göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 16: Türkiye’de hastanelerin dağılımı

BRANŞ	GENEL
Genel Dal Hastaneleri	724
Kadın Doğum ve Çocuk Has. Hastaneleri	48
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	16
Fizik Ted. ve Rehabilitasyon Hastanesi	10
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	5
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	9
Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Merkezi	8
Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi	1
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3
Göz Hastalıkları Hastanesi	2
Onkoloji Hastalıkları Hastanesi	3
Diş Hastanesi	2
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2
Zührevi Hastalıklar Hastanesi	1
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Toplamı	834
Üniversite Hastaneleri	60
Belediye Hastaneleri	3
Kamu Vakfı Hastaneleri	1
Milli Savunma Bakanlığı Hastaneleri	42
Özel Hastaneler	466
Genel Toplam	1406

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ağustos, 2010

Tablo 17: Türkiye’deki hastane yataklarının servislere göre dağılımı

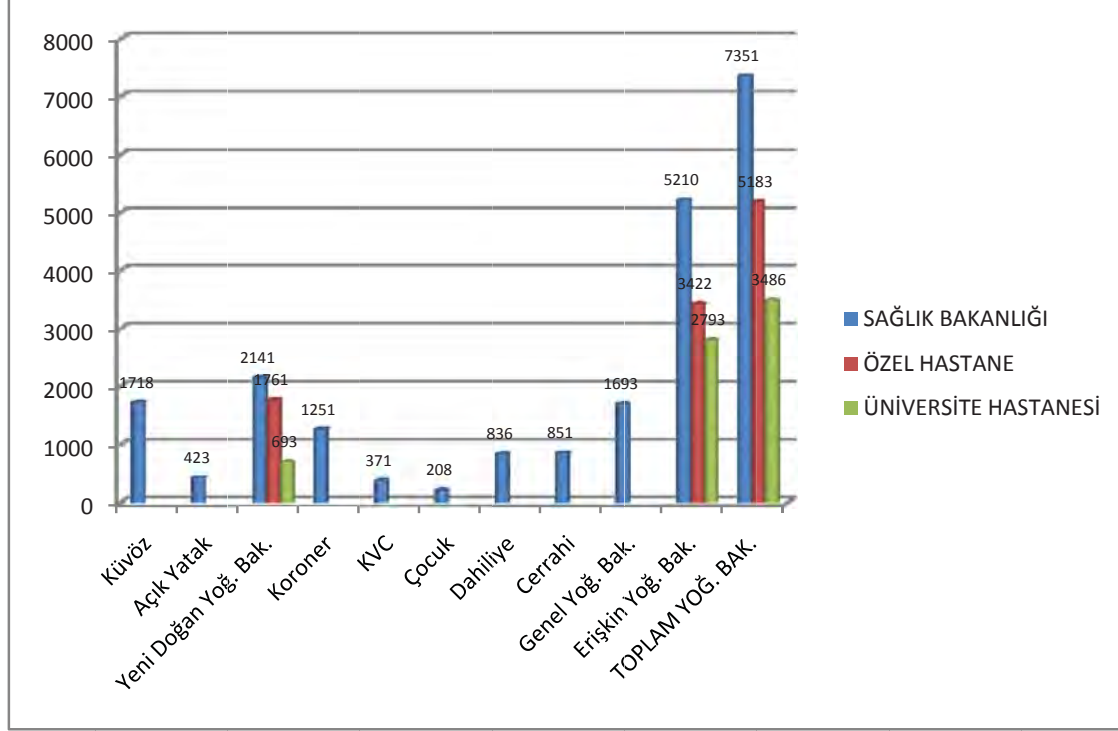
Servisler	Sağlık Bakanlığı	Diğer	Yatak sayısı	Dağılımı %
İç Hastalıkları	13.172	5.855	19.026	10,1
Kadın Hastalıkları ve Doğum	13.691	4.464	18.154	9,7
Beyin ve Sinir Cerrahisi	3.176	1.629	4.804	2,6
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	3.496	2.099	5.595	3,0
Deri ve Zührevi Hastalıkları	1.209	951	2.160	1,1
Nöroloji	3.824	1.705	5.529	2,9
Enfeksiyon Hastalıkları	2.169	740	2.909	1,5
Radyasyon Onkolojisi	860	1.193	2.053	1,1
Çocuk Cerrahisi	1.377	927	2.305	1,2
Kalp Damar Cerrahi	1.629	2.269	3.898	2,1
Göğüs Hastalıkları	7.468	1.680	9.148	4,9
Genel Cerrahi	11.587	4.923	16.510	8,8
Çocuk Hastalıkları	12.838	4.271	17.109	9,1
Göz Hastalıkları	2.921	1.863	4.783	2,5
Ortopedi ve Travmatoloji	6.652	2.706	9.358	5,0
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	4.796	1.813	6.609	3,5
Üroloji	4.534	1.840	6.373	3,4
Ruh Sağlığı	4.051	1.295	5.345	2,8
Göğüs Cerrahisi	1.031	515	1.546	0,8
Kardiyoloji	3.054	2.897	5.951	3,2
Plastik Cerrahi	1.029	877	1.906	1,0
Diğer	14.749	22.244	36.993	19,7
TOPLAM	119.310	68.755	188.065	100,0

NOT: MSB’na ait 15900 yatak servis dağılımları”DİĞER” bölümünde verilmiş olup ayrıca diğer kuruluşlara ait hastanelerin listede yer almayan servis yataklarıda bu bölümde sayılmıştır.

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

Şekil 14'te Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve Özel Hastanelerdeki yoğun bakım yatak sayıları yer almaktadır.

Şekil 14: Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel hastanelerdeki yoğun bakım yatak sayıları

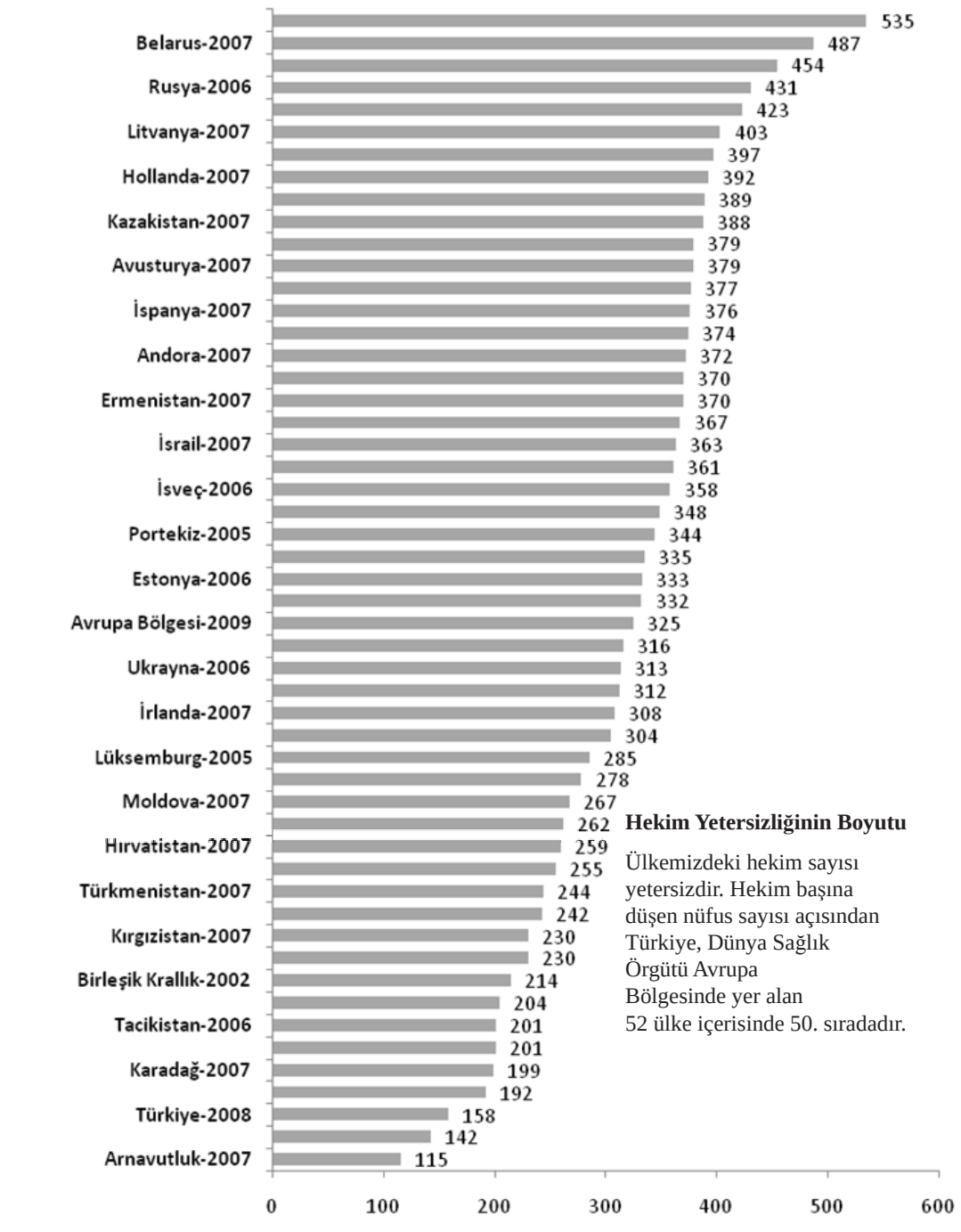


Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009

3.4.3. Türkiye Geneli Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Sağlık Kuruluşlarında Aktif Çalışan Personel Dağılımı

Ülkemizde hekim ve hemşire sayısı yetersizdir. Türkiye’ de 1000 kişiye düşen hekim sayısı 1,4 olup, hekim başına düşen nüfus açısından Türkiye üyesi bulunduğu DSÖ Avrupa Bölgesi’ndeki 53 ülke arasında 52. sırada yer almaktadır (Şekil 15) .

Şekil 15: Avrupa’da ve Türkiye’de 100.000 kişiye düşen hekim sayısı



Kaynak: <http://apps.who.int/ghodata/#>

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2008

Ülkemizde hemşire sayısı yetersiz olup Şekil 16’da Avrupa’da ve Türkiye’de 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı yer almaktadır.

Şekil 16: Avrupa’da ve Türkiye’de 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı

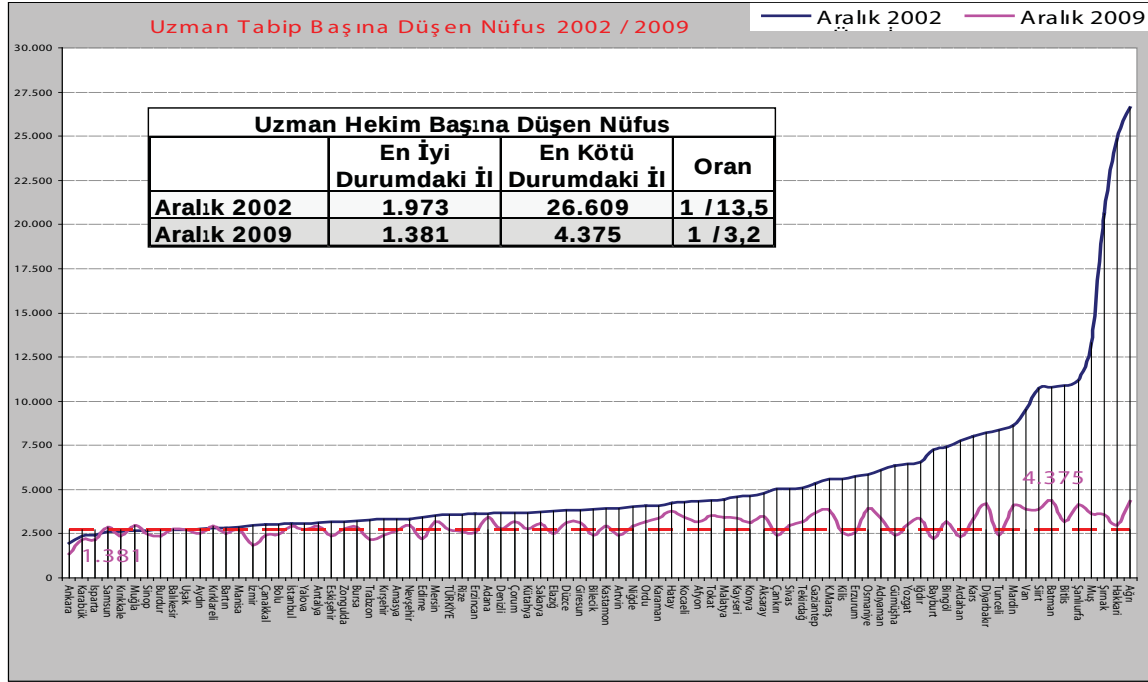


Kaynak: <http://apps.who.int/ghodata/#>

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2008

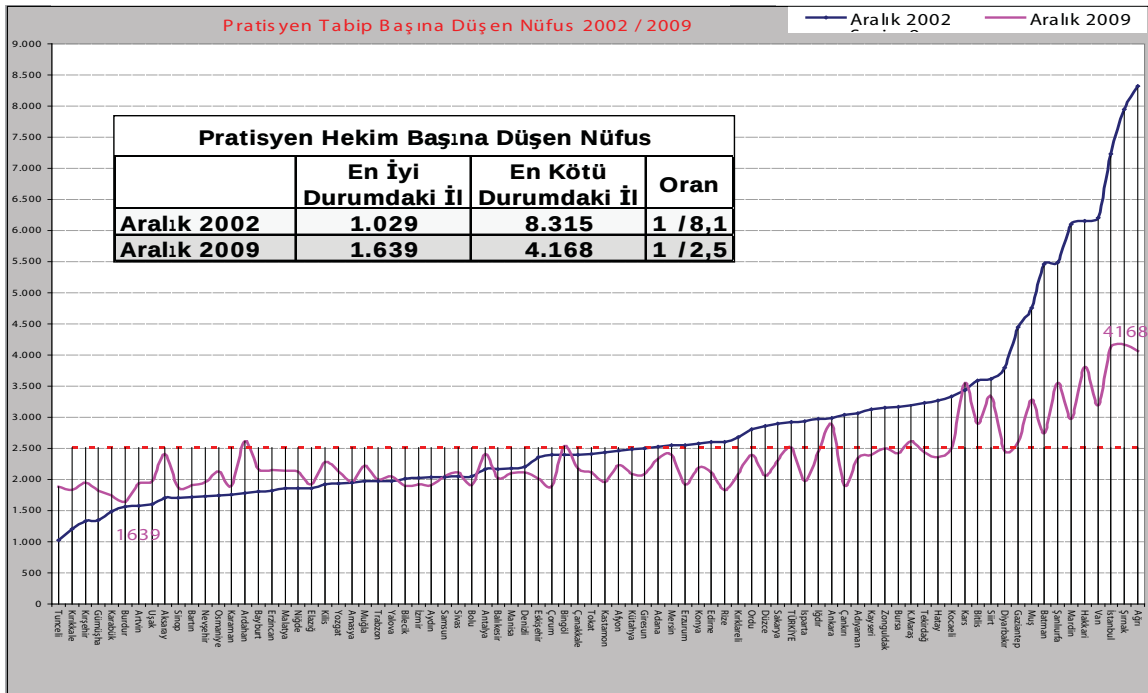
Şekil 17’de Türkiye’de illere göre uzman hekim başına düşen nüfusun 2002 ve 2009 tarihleri arasındaki dağılımı, Şekil 18’te ise Türkiye’de Pratisyen Hekim Başına Düşen Nüfusun 2002 ve 2009 tarihleri arasındaki dağılımı görülmektedir.

Şekil 17: Türkiye’de illere göre uzman hekim başına düşen nüfus (2002-2009)



Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü, 2010

Şekil 18: Türkiye’de pratisyen hekim başına düşen nüfus (2002 - 2009)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü, 2010

Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde görev yapan uzman hekimlerin branşlara ve hastanelere göre dağılımı Tablo 18’de Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarında aktif çalışan personel dağılımı ise Tablo 19’da sunulmaktadır.

Tablo 18: Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde görev yapan uzman hekimlerin dallara ve hastanelere göre dağılımı

UZMANLIK DALLARI	TOPLAM	Genel Hast.	Doğum ve Çocuk Hast.	Göğüs Has. Hast.	KVC	Ruh Sağ. ve Has Hast.	Kemik Has. Hast.	Çocuk Has. Hast.	Göz Has Hast	Fizik Ted. ve Reh. Hast.	Onkoloji Hast.	Zührevi Has. Hast.	Lepra Hast	Acil Yardım ve Trav. Hast.	Diş Hast	Meslek Has. Hast.
İç Hastalıkları	1688	1594	14	7	32	4	2	4	34	2	15	1	1	8		2
Genel Cerrahi	2228	2100	8	11	26	1	3	10	32	1	44			15		3
Çocuk	1577	944	408	8	9	1	1	176	26	1	7			3		2
Kadın	1971	1213	676	2		1	-	41	21	-	12			4		1
Anestezi ve	1582	1299	145	40	50	9	9	28	23	1	20			5		3
Göz	995	900	2	6	3	-	-	9	67	-	4			3		4
Kulak Burun	1023	978	5	4	6	1	-	10	11	1	5			4		4
Beyin ve Sinir	629	588	1	-	3	14	3	-	9	2	3			9		-
Ortopedi ve	1198	1111	2	2	6	-	34	11	16	2	5			12		3
Üroloji	1074	1031	7	5	17	-	1	5	14	1	6			3		1
Deri ve	575	529	4	5	1	-	1	8	10	-	5	3	6	6		2
Kardiyoloji	563	506	-	51	110	-	-	-	5	-	1			-		-
Kalp Damar	439	376	3	59	124	-	-	-	-	-	-			1		-
Göğüs	999	641	1	338	10	1	-	3	5	-	4			2		4
Nöroloji	800	732	-	3	2	35	2	4	12	4	3			4		1
Göğüs	278	216	-	53	11	-	-	1	2	-	4			2		-
Çocuk	294	157	88	-		-	-	44	5	-	-			-		-
Plastik Cerrahi	246	242	-	-	2	-	-	1	2	1	1			-		-
Fizik Tedavi	696	567	2	7	3	2	12	7	6	84	4			-		2
Enfeksiyon	687	612	24	14	8	-	3	12	8	1	5	1		-		2
Biyokimya	754	608	75	22	17	5	3	17	8	5	5			-		3
Mikrobiyoloji	524	417	56	17	11	2	1	17	3	5	5			-		1
Patoloji	680	550	78	14	9	-	2	11	8	-	14			-		-
Çocuk Ruh	66	19	17	-		13	-	15	2	-	-			-		-
Acil Tıp	167	167	-	-	1	-	-	-	-	-	-			-		-
Adli Tıp	18	17	1	-		-	-	-	-	-	-			-		-
Fizyoloji	13	12	-	-	1	-	-	-	-	1	-			-		-
Halk Sağlığı	17	16	-	-		-	-	-	-	-	-			-		1
Radyasyon	195	147	-	4		-	-	-	-	-	44			-		-
Radyoloji	1054	865	92	26	17	4	23	23	12	6	15			-		3
Nükleer Tıp	170	142	3	9	4	-	2	2	-	-	14			-		-
Ruh Sağlığı	674	490	2	3	2	161	2	2	2	3	6			-		2
Aile Hekimi	605	571	16	2	2	2	5	5	4	1	2			-		2
Diğer Uzman	835	609	88	11	125	1	70	70	26	4	25			1	1	-
TOPLAM	25314	20966	181	723	612	257	536	536	373	125	278	4	4	101	1	46

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2009

Tablo 19: Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarında aktif çalışan sağlık personeli dağılımı

ÜN VAN/BRANŞ	SAĞLIK BAKANLIĞI	ÜNİVERSİTE	ÖZEL	TOPLAM
Aile Hekimliği	1145	99	193	1437
Anesteziyoloji	1684	467	1048	3199
Çocuk Kardiyolojisi	33	53	15	101
Halk Sağlığı	156	237	16	409
İç Hastalıkları	1809	633	2053	4495
Endokrinoloji Ve Met.	89	114	41	244
İlk Ve Acil Yardım	189	114	41	344
Kalp Damar Cerrahisi	480	227	273	980
Kardiyoloji	631	387	630	1648
Nöroloji	845	323	527	1695
Nükleer Tıp	178	139	81	398
Yoğunbakım	1	7	5	13
Pratisyen Hekim	30103	243	4350	34696
Diyetisyen	682	238	555	1475
Fizyoterapist	732	138	1104	2069
Psikolog	849	138	251	1238
Sosyal Çalışmacı	522	60	8	590
Hemşire	72659	15198	17836	105693
Ebe	44683	534	4355	49572
Fizik Tedavi Teknisyeni	45	25	31	101
İlk ve Acil Yardım Teknisyeni	9422	273	6834	16529
Laboratuvar Teknisyeni	11282	859	1756	13897
Perfüzyonik Pompa Teknisyeni	5	19	48	72
Sağlık Teknisyeni	108	1295	328	1731
Toplum Sağlığı Teknisyeni	15620	197	2368	18140
İlk ve Acil Yardım Teknikeri	1556	39	253	1848
Laboratuvar Teknikeri	981	242	941	2164
Sağlık Teknikeri	732	1382	140	2254
TOPLAM	197251	23715	46096	267032

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü, 2009

3.4.4 Eğitim

3.4.4.1 Mezuniyet öncesi eğitim

Türkiye’de lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde sağlık insangücü yetiştiren eğitim kurumları bulunmakta olup Tablo 20’de, Türkiye’de sağlık insangücü yetiştiren eğitim kurumları ile bu kurumların sayıları ve eğitim verdikleri düzey yer almaktadır. Tablo 21’de ise sağlık alanında yüksek öğrenim Düzeyinde Öğrenim Gören hekim Dışı Personelle İlgili Mezunlardaki Gelişme sayıları yer almaktadır.

Tablo 20: Sağlık insangücü yetiştiren eğitim kurumları ve eğitim verilen düzeyleri

	Eğitim Kurumu Adı	Eğitim Verilen Düzey	Durumu		Toplam
			Eğitim Veren	Faal Olmayan	
1	Tıp Fakülteleri (GATA, Vakıf Tıp Fakültesi dahil)	Tıp Doktorluğu / Y. Lisans / Doktora	61	13	74
2	Tıp Fakülteleri (GATA dahil) ve Adli Tıp Kurumu, İstanbul Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul Çocuk Sağlığı Enstitüsü	Tıpta Uzmanlık	53	-	53
3	Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	Tıpta Uzmanlık	61	7	68
4	Diş Hekimliği Fakülteleri	Diş Hekimliği / Y. Lisans/ Doktora	22	9	31
5	Eczacılık Fakülteleri	Eczacılık / Y. Lisans / Doktora	12	7	19
6	Sağlık Bilimleri Fakülteleri	Lisans / Y. Lisans / Doktora	16	7	23
7	Dört Yıllık Yüksekokullar				
	7.1 Sağlık Yüksek Okulları (SYO)	Lisans	62	16	78
	7.2 Hemşirelik Yüksekokulları (GATA Dahil)	Lisans	10	6	16
	7.3 Sağlık İdaresi Yüksekokulları (SİYO)	Lisans	-	2	2
	7.4 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulları (FTRYO)	Lisans	6	3	3
	7.5 Sağlık Bilimleri Yüksekokulu (SBYO)	Lisans	4	1	5
	7.6 Sağlık İdaresi ve İşletmesi Yüksekokulu	Lisans		1	1
	7.7 Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu (STYO)	Lisans		2	2
	7.8 Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu (SHYO)	Lisans	-	2	2
8	İki Yıllık Meslek Yüksekokulları				
	8.1 Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları	Ön Lisans	79	36	115
	8.2 Sağlık Bilimleri Meslek Yüksekokulu	Ön lisans	1	-	1
9	Sağlık Meslek Liseleri (SML)	Lise	283	-	283

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ocak 2010

Tablo 21: Sağlık alanında yüksek öğrenim düzeyinde öğrenim gören hekim dışı personel sayısının yıllara göre değişimi

BÖLÜMLER	ÖĞRETİM YILLARI							
	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Tıbbi Laboratuvar	861	1069	1193	904	1056	845	850	677
Tıbbi Görüntüleme	534	550	653	437	560	490	589	508
Anestezi	339	415	378	313	322	244	344	352
Acil Bakım ve İlk Yardım	0	0	67	90	196	0	0	0
Ambulans ve Acil Bakım	0	0	230	159	213	249	277	254
AmeliyathaneTeknikerliği	0	0	0	20	22	31	20	18
Ağız ve Diş Sağlığı	22	21	43	59	41	44	45	28
Diş Protez	136	174	107	113	131	92	111	84
Cerrahi Teknikerliği	0	0	0	0	0	10	21	14
Çocuk Gelişimi	16	36	67	64	1024	1419	1591	1665
Elektronörofizyoloji	0	0	0	0	8	9	16	3
Fiziksel Tıp ve	171	233	299	331	343	383	407	437
Hastane Yönetim ve	0	0	0	0	0	59	66	161
Hidroterapi	3	0	0	20	18	33	36	50
Protez ve Ortez	100	129	97	80	87	104	125	86
Radyoterapi	37	29	34	44	39	41	37	23
Optometri	53	86	78	110	101	96	140	111
Odyometri	79	106	72	75	87	102	95	98
Çevre Sağlığı			67	53		31	4	21
İşçi Sağlığı ve İş	12	19	32	39	30	75	107	59
İş ve Uğraşı Terapisi				11	14	16	30	8
Sağlık İdaresi	106	98	109	94	126	103	64	32
Tıbbi Dokümantasyon ve	804	935	999	866	887	986	1064	1183
Biyomedikal Cihaz	0	0	0	0	229	350	380	483
Diyaliz	24	29	33	33	36	53	46	41
Sağlık Teknolojisi	157	217	0	0	0	0	0	0
TOPLAM MEZUN	3538	4138	4331	3734	5068	4420	6401	

Kaynak: Yükseköğretim istatistikleri (2000-2009), ÖSYM

Önceki yıllarda lise düzeyinde yardımcı sağlık personelinin yetiştirilmesi Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülürken Resmi Gazetede 03.02.2006 tarihinde 26069 karar no ile yayınlanan 5450 sayılı “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Bağlı Okulların Milli Eğitim Bakanlığına Devredilmesi ile Bazı Kanunlarda ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile yardımcı sağlık personelinin eğitim-öğretimi Milli Eğitim Bakanlığı’na devredilmiştir.

3.4.4.2 Mezuniyet Sonrası Eğitim ve Sertifikasyon:

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde bulunan Hizmet İçi Eğitim Şubesi tarafından sağlık çalışanlarına yönelik olarak düzenlenmekte olan mezuniyet sonrası eğitim programlarından bazıları şunlardır;

Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu

Günümüzde, hem dünyada hem de ülkemizde yoğun bakımın öneminin anlaşılması ve gereksiniminde hızla artmış olması nedeniyle artan iş yükü bu konudaki eğitim ihtiyacını da vazgeçilmez kılmıştır. Teknolojideki baş döndürücü hız da yeniliklerin yoğun bakımda kullanımını beraberinde getirmiştir.

Hemşire, ebe (hemşirelik yetkisi almış) ve sağlık memurlarının (toplum sağlığı bölümü) hizmetle ilgili tıbbi teknolojik yeniliklere adaptasyonunun sağlanması ve bu ünitelerde sunulan bakım hizmetlerinde verimlilik ve güvenilirliğin artırılması amacıyla “Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitim Programı Uygulama Yönergesi” hazırlanmıştır. Tablo 22’de 2002-2010 yılları arasında yoğun bakım hemşireliği kurslarına katılanların sayısı görülmektedir.

Tablo 22: 2002–2010 yılları arasında yoğun bakım hemşireliği kurslarına katılanların sayısı

Yıl	Katılan Personel Sayısı
2003	263
2004	185
2005	259
2006	264
2007	269
2008	1401
2009	502
2010 (İlk altı ay)	1544
TOPLAM	4855

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

Acil Bakım Hemşireliği Kursu

Acil sağlık hizmetleri sağlık hizmetinin olmazsa olmaz bir parçasıdır. Pek çok hastalıkta hastanın acil servise hızla ulaşması, hızla tanı konulması ve tedavinin başlaması yaşam kurtarıcı ve sakatlıkları önleyici olabilir. Acil serviste hayatı tehdit eden ve hemen çözüm bekleyen sağlık sorunlarına çözüm aranmasının yanı sıra, hastaların taşıdıkları riskler göz önünde bulundurularak sorunlarına ilişkin birimlere yönlendirilmesi sağlanır. Tüm bu nedenlerle acil serviste görev yapan sağlık personelinin eğitimi önem kazanmaktadır.

Bakanlığımıza bağlı yataklı tedavi kurumları erişkin ve çocuk acil servislerinde çalışan hemşire, sağlık memurları (toplum sağlığı bölümü) ve hazırlanan Yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten önce bu birimlerde görev yapmaya başlamış ve hali hazırda çalışan ebeler (hemşirelik yetkisi almış) yönelik Acil Bakım Hemşireliği Eğitim Programı Uygulama Yönergesi hazırlanmıştır. Tablo 23’te 2003-2010 yılları arasında Acil Bakım Hemşireliği kurslarına katılanların sayısı görülmektedir.

Tablo 23: 2003–2010 yılları arasında acil bakım hemşireliği kurslarına katılanların sayısı

Yıl	Katılan Personel Sayısı
2003	27 (pilot uygulama)
2004	- (hazırlık, mevzuat)
2005	- (hazırlık, mevzuat)
2006	257
2007	562
2008	588
2009	1018
2010 (ilk 6 ay)	298
TOPLAM	2750

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Kursu

Yataklı tedavi kurumlarında, sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi ve kontrol altına alınması amacıyla yürütülen hastane enfeksiyonlarının kontrolü çalışmalarının temelini hemşireler oluşturmaktadır.

“Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”nde hastane enfeksiyonları ile mücadelede en büyük görev enfeksiyon kontrol hemşirelerine verilmiştir. Bundan hareketle enfeksiyon kontrol hemşirelerinin eğitimi önem taşımaktadır.

Enfeksiyon Kontrol Hemşirelerinin Eğitimine ve Sertifikalandırılmasına Dair Tebliğ’in geçici maddesinde belirtilen şartları haiz personele yönelik düzenlenen genel sınav sonucunda toplam 911 kişi sertifika almaya hak kazanmıştır (Tablo 24).

Tablo 24: 2007–2010 yılları arasında enfeksiyon kontrol hemşireliği kurslarına katılanların sayısı

Yıl	Katılan Personel Sayısı
2007	39
2008	407
2009	335
2010 (ilk altı ay)	130
TOPLAM	911

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

Acil Serviste, Ambulans ve Yoğun Bakımlarda Çalışan Pratisyen Hekimlerin Kardiyovasküler Hastalıklarla İlgili Mezuniyet Sonrası Eğitimi

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı tarafından “Acil Hekimliği Sertifika Uygulama Programı Yönergesi” kapsamında “Acil Hekimliği Sertifika Programı” uygulanmaktadır. Bu yönergenin amacı; acil sağlık hizmetleri

ile ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya çalışacak pratisyen hekimlerin eğitilerek, acil sağlık hizmetlerinin ülke sathında eşit, kaliteli ve etkin olarak sunulmasını sağlamaktır. Yönergedeki madde 2'ye göre 112 Acil Sağlık Hizmetleri, hastane acil servisleri, birinci basamak acil sağlık hizmeti veren tüm kurum ve kuruluşlarda çalışan veya çalışacak olan pratisyen hekimleri kapsamaktadır.

3.4.5 Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Halen Sosyal Güvenlik Kurumu özerk bir kurum olarak, Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un (2008 yılından itibaren yeşil kart bütçe olarak bu kapsama alınmıştır) bu kurum çatısı altında birleştirilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası

Sosyal devlet olmanın bilinciyle hükümet yasalarla belirlenmiş çerçeveler dahilinde kamunun tüm kesimlerine sağlık hizmetleri ulaştırılmasından sorumludur. Bu konudaki tartışmalar onbeş yıl öncesine dayanmaktadır. Gerçekçi ve ciddi adımlar ise ancak son bir kaç yıldan bu yana atılabilmektedir.

Planlanan sistemin birkaç önemli noktası vardır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde;

1. Aile Hekimliği sisteminde birinci basamak hizmetleri bireylerin koruyucu hizmet alabileceği ve sağlık durumlarının kayıt altında tutulacağı bir şekilde verilecektir.
2. Bu model halkın ücretsiz olarak hizmet alabileceği ve ayrıntılı tanı işlemlerinin yapılacağı tanı merkezlerini (laboratuvarlar vs.) destekleyecektir.
3. Acil vakalar dışında tüm bireylerin ilk başvuru noktası birinci basamak sağlık hizmetlerinin olması katkı payı farklılıkları ile teşvik edilmeye çalışılmıştır.

İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde

4. Şu andaki uygulamanın yanı sıra, kurumların sözleşmeler yaparak ve idari/mali anlamda özerkliklerini kazanarak gelirleri ve harcamaları arasında denge sağlayacağı bir finans modeli oluşturulacaktır.

Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Hedefleri

1. Tüm nüfusa yönelik aynı kalitede sağlık sigortası sunulması hedeflenmektedir.
2. Katılımın zorunlu olacağı, primlerin gelire göre hesaplanacağı ve hizmetlerin gerçek ihtiyaçlara göre sunulacağı bir sağlık sistemi.
3. Nüfusun yoksul kesimi için primlerin toplumsal yardımlara ayrılan devlet kaynaklarından ödenmesi.
4. Her türlü koruyucu hekimlik uygulamasının sağlık politikasının temelini oluşturması.
5. Kamu kaynaklarının verimli kullanılmasını sağlamak için modern bir kontrol ve izleme sisteminin oluşturulması.

3.5 Kalp Hastalıklarında Acil Tedavi Hizmetleri ve Kardiyopulmoner Resusitasyon

112 Acil Sağlık Hizmetleri ve Komuta Kontrol Merkezleri

Acil sağlık hizmetleri, 11 Mayıs 2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği” ile düzenlenmiştir. Ambulans hizmetleri, 7 Aralık 2006 tarihli ve 26369 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği” ile düzenlenmiştir.

112 Acil Sağlık Hizmetlerinin özellikle Akut MI, Akut Koroner Sendromlar ve inmelere zamanında ve yeterli müdahalesini sağlayacak şekilde yapılanması önemlidir.

Ülkemizde sağlıkta dönüşüm programı kapsamında, Sağlık Bakanlığı bünyesinde 112 Acil sağlık hizmetlerinin ülke genelinde bütün illerde Komuta Kontrol Merkezleri mevcuttur. Halen tam donanımlı 2235 ambulans ve 1317 istasyon bulunmaktadır ve vatandaşlarımızdan ambulans hizmetleri için ücret alınmamaktadır.

Tüm acil vakalara ulaşmak için kara ambulanslarının yanında kar paletli ambulanslar, deniz ambulansları ve hava ambulansları uygulamaya konulmuştur.

3.6 Kardiyovasküler Hastalıklarda Cihaz Yönetimi

1/95 Sayılı Ortaklık Konsey Kararı’nın 2. kısmında “malların serbest dolaşımı” hükmü yer almaktadır. Bu kapsamda ürünlerin piyasaya arzı, uygunluk değerlendirmesi, piyasa gözetimi ve denetimi ile bunlarla ilgili olarak yapılacak bildirimlere ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla, “4703 Sayılı Ürünlere İlişkin Teknik Mevzuatın Hazırlanması ve Uygulanmasına Dair Kanun”, 11.02.2002 tarih ve 24459 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu kanuna göre, piyasaya arz edilen bütün ürünlerin ilgili mevzuata uygun olması, mevzuatı bulunmayan ürünlerin dahi temel gerekleri (insan sağlığı ve güvenliği gibi) karşılama zorunluluğu bulunmaktadır. Temel gerekler, müktesebat çerçevesinde Bakanlığımızca uyumlaştırılan tıbbi cihazlarla ilgili yönetmelikler ile tespit edilmiştir. Ayrıca, söz konusu yönetmelikler kapsamında bir tıbbi cihazın piyasaya arzından önce klinik araştırma yapılması da bir zorunluluk olarak yer almaktadır. Müktesebat çerçevesinde Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında piyasaya arz edilecek bir tıbbi cihazın uygunluk değerlendirme işlemi neticesinde belgelendirilmesi gerekmektedir. Anılan mevzuat gereğince piyasaya arz edilecek bir tıbbi cihazın EC Sertifikası ve/veya Uygunluk Beyanı belgesine sahip olması gerekmektedir. Bu mevzuatın yürütülmesi (Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği, Vücut Dışında Kullanılan (In Vitro) Tıbbi Tanı Cihazları Yönetmeliği) Bakanlığımız adına İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünce yapılmaktadır. Yönetmelikler kapsamına girip de piyasaya arz edilen ürünlerin, temel gerekleri sağlayıp sağlamadığı, uygun belgelendirilme yapılıp yapılmadığı piyasa gözetimi ve denetimi çerçevesinde belirlenmektedir. Tıbbi cihazların piyasa gözetimi ve denetimi ise İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünce yürütülmektedir.

Bu bağlamda hastaların, uygulayıcıların, kullanıcıların ve üçüncü kişilerin sağlık ve güvenliğini sağlamak amacıyla teşhis ve tedavi hizmetinde kullanılan tıbbi cihaz ve aksesuarlarının anılan mevzuat gereklerini sağlaması gerekmektedir.

Öte yandan sağlık tesislerinde kullanılacak tıbbi cihazların satın alınmasına ilişkin esasları belirlemek ve bu hususta yatırım izni kararlaştırmak amacıyla, Başbakanlık makamının 05.10.1993 tarih ve 5107 sayılı onayı ile “Tıbbi Cihaz Daimi Özel İhtisas Komisyonu” (TCDÖİK) Bakanlığımız koordinatörlüğünde Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, Milli Savunma Bakanlığı, YÖK Başkanlığının Tıp ve Fen/Mühendislik Fakülteleri ve Devlet Planlama Teşkilatı temsilcilerinin katılımıyla 05.10.1994 tarihinden itibaren onbeş günlük periyotlar halinde toplanarak çalışmalarını sürdürmektedir. Komisyon, her biri ileri teknoloji ürünü ve pahalı olan tıbbi cihazların satın alınması hususunda kuruluş taleplerini değerlendirmeye tabi tutarak ve tesisin altyapısı, uzman personel durumu gibi değişkenleri de göz önünde bulundurmak suretiyle gerekli değerlendirmeleri yaparak tavsiye kararları oluşturmaktadır. Tıbbi cihaz daimi özel ihtisas komisyonu başvurularında aranılan kriterler makam oluru ile yeniden belirlenmiş ve 2005/129 sayılı Genelge 22.08.2005 tarih ve 16383 sayılı yazımız ile ilgili kurumlara bildirilmiştir.

Ayrıca 01.05.2008 tarih ve 15318 sayılı yazımız ile 2008/35 Sayılı Genelge gereği hizmet alımı ile tedarik edilecek ileri teknoloji ürünü tıbbi cihazlar (PET/PET-CT, MRI, Bilgisayarlı Tomografi, Nükleer Tıp Görüntüleme, Anjiyografi ve Radyoterapi Tedavi Cihazlarından Lineer Hızlandırıcı, Co60 Teleterapi ve Stereotaksik Radyocerrahi Cihazları) için İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğünün uygun görüşü alındıktan sonra hizmet alımı yapılabilir.

3.7 Kardiyovasküler Hastalıklarda İlaç Yönetimi

Kardiyovasküler hastalıklarda ilaç yönetimi “Sağlık Uygulama Tebliği” kapsamında yapılmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklarda ilaç yönetimi konusunda, mevzuat, yönetmelikler, tebliğler v.b ile ilgili özel bir düzenleme bulunmamaktadır.

Fiyatlandırmada jenerik uygulaması sürdürülmektedir. Acil yoğun bakım ünitelerinde kullanılması gereken (adenosin gibi) ilaçların ruhsatlandırılmasına Bakanlığımızca özel önem verilmektedir.

Akılcı İlaç Kullanımı

İlaç Kullanımında akılcılık deney ve gözleme dayalı bilgi birikimiyle oluşturulmuş bir deneyimlilik durumunu ve bunun sonraki tıbbi tanı ve tedavi edici hekimlik süreçlerinde verimli ve etkili kullanımını tanımlamaktadır.

Akılcı ilaç kullanımı dört temel ögeyi içermektedir. Doğru tanı, doğru ilaç seçimi, hasta uyumunun sağlanması ve maliyet etkinlik oranının belirlenmesidir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı koşullarında toplumsal açıdan pek çok sorunun ortaya çıkması kaçınılmazdır. Bu etkiler arasında ilaç tedavi kalitesinin düşmesi sonucu morbidite ve mortalite de artış olması, parasal kaynakların yanlış tüketilmesiyle sonuçta temel ilaçlara bile ulaşabilirliğin azalması ve tedavi maliyetlerinin daha da yükselmesi acil ve temel ilaçlara karşı gelişebilecek direnç dayalı olarak tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetinin artması ve ilaçların yan etki riskinin artması sayılabilir. Sorunların giderilmesinde ise mezuniyet öncesi, hizmet içi ve topluma yönelik eğitim stratejilerinin geliştirilmesi ve izlenmesi bunların yönetsel ve mevzuat düzenlemelerini içeren çalışmalarla desteklenmesi akılcı ilaç kullanımı yönündeki engellerin aşılmasında etkin olacaktır.

3.8 Çocuklarda Kalp ve Damar Hastalıkları

Konjenital kalp hastalıkları yaklaşık bin canlı doğumda dokuz oranında görülmekte olup, ölü doğumlarda %3-4, abortuslarda %10-25, prematürlerde ise yaklaşık %2 oranında görülmektedir. En sık görülen kardiyolojik defekt 10000 canlı doğumda 15,5 sıklıkla görülen Ventriküler Septal Defekt-VSD'dir. Diğerleri sıklığına göre Pulmoner atrezi (5,8), pulmoner stenoz (3,8), triküspit atrezisi (3,6), atriyoventriküler septal defekt (3,3), büyük damar transpozisyonu (2,6), Fallot Tetralojisi (2,6), ASD (2,3), hipoplastik sol kalp (1,8), aort koarktasyonudur (1,4). Down sendromlu çocuklarda atriyoventriküler kanal defektleri sık görülmektedir.

Konjenital Anomalilere bağlı ölümler ülkemizde tüm yaş gruplarında %1,6 ile tüm ölüm sebepleri arasında 11. sırada yer almakta olup, erkeklerde %1,6 ile 10 ölüm sebebi, kadınlarda ise %1,5 ile 11. sırada yer alan ölüm sebebidir. 0-14 yaş grubunda ise Konjenital Anomalilere bağlı ölümler, perinatal nedenlere ve alt solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı ölümlerin ardından üçüncü sırada yer almaktadır.

Tablo 25'te, Türkiye'de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın 0-14 yaş grubunda cinsiyete göre % dağılımı görülmektedir. Her iki cinsiyette ve toplam da perinatal nedenler birinci sırada bulunmaktadır (toplamda %37.6, erkeklerde %37.2, kadınlarda %38.1). İkinci sırada toplamda %14, erkek ve kadınlarda sırasıyla %13.7, %14.4 ile alt solunum yolu hastalıkları yer almaktadır. Üçüncü ölüm nedeni ise her iki cinsiyette ve toplamda konjenital anomaliler (toplamda %10.3, erkeklerde %10.7, kadınlarda %10.0), dördüncü sırada ishaleyle seyreden hastalıklar bulunmaktadır. Beşinci sırada toplamda menenjitler %2.7'lik, erkeklerde trafik kazaları %2.7'lik ve kadınlarda menenjitler %2.7'lik yüzde ile yer almaktadır.

Tablo 25: Türkiye’de 0-14 yaş grubunda ölüme neden olan ilk yirmi hastalığın cinsiyete göre dağılımı (%)

	Toplam	%	Erkekler	%	Kadınlar	%
1	Perinatal nedenler	37,6	Perinatal nedenler	37,2	Perinatal nedenler	38,1
2	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	14,0	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	13,7	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	14,4
3	Konjenital Anomaliler	10,3	Konjenital Anomaliler	10,7	Konjenital Anomaliler	10,0
4	İshalle Seyreden Hastalıklar	8,4	İshalle Seyreden Hastalıklar	8,3	İshalle Seyreden Hastalıklar	8,6
5	Menenjitler	2,7	Trafik Kazaları	2,7	Menenjitler	2,7
6	Trafik Kazaları	2,5	Menenjitler	2,7	Kızamık	2,5
7	Kızamık	2,2	Kızamık	1,9	Trafik Kazaları	2,2
8	Tüberküloz	1,4	Tüberküloz	1,5	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	1,4
9	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	1,2	Lösemi	1,3	Protein Enerji Malnütrisyonu	1,3
10	Protein Enerji Malnütrisyonu	1,2	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	1,1	Tüberküloz	1,2
11	Lösemi	1,2	Protein Enerji Malnütrisyonu	1,1	Lösemi	1,1
12	Serebrovasküler Hastalıklar	0,9	Serebrovasküler Hastalıklar	1,0	Kişinin kendini yaralaması	1,0
13	Kişinin kendini yaralaması	0,7	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0,6	Serebrovasküler Hastalıklar	0,8
14	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0,5	Kişinin kendini yaralaması	0,5	Lenfomalar ve Multiple Myeloma	0,5
15	Demir Eksikliği Anemisi	0,4	Boğulmalar	0,4	Yanıklar	0,3
16	Hepatit B	0,3	Demir Eksikliği Anemisi	0,4	Hepatit B	0,3
17	Boğulmalar	0,3	Düşmeler	0,3	Zehirlenmeler	0,3
18	Düşmeler	0,3	Hepatit B	0,3	Demir Eksikliği Anemisi	0,3
19	Yanıklar	0,3	Yanıklar	0,2	Epilepsi	0,3
20	Zehirlenmeler	0,2	Astım	0,2	Düşmeler	0,3

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

Türkiye ulusal düzeyde yaş, cinsiyet ve nedene göre ölüm sebepleri dağılımında, 0-4 yaş arası konjenital anomalilere bağlı ölümlerde en sık görülen sebep konjenital kalp hastalıklarıdır. Tablo 26’te Türkiye ulusal düzey yaş, cinsiyet ve nedene göre ölüm nedenlerinin ve 0-4 yaş grubu dağılımı görülmektedir.

Tablo 26: Türkiye’de 0-4 yaş grubunda cinsiyet ve nedene göre ölüm nedenlerinin dağılımı

Türkiye nüfusunun cinsiyete ve yaş gruplarına göre dağılımı	Toplam (67.803.927)	0-4 yaş grubu Erkek (3.397.961)	0-4 yaş grubu Kız (3.189.169)
Konjenital Anomaliler	6821	3756	3049
Karın Zarı Noksanlığı	0	0	0
Anensefali	0	0	0
Anorektal Atrezi	0	0	0
Yarık Dudak	0	0	0
Yarık Damak	0	0	0
Özefagus Atrezisi	0	0	0
Renal Agenesis	0	0	0
Down Sendromu	0	0	0
Konjenital Kalp Anomalileri	3802	2219	1567
Spina Bifida	25	9	17
Diğer Konjenital Anomaliler	2994	1528	1465

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004

Ülkemizde pediatri alanında aktif çalışan uzman hekim, yüzbin kişiye düşen pediatri alanında aktif çalışan uzman hekim ve pediatrik kardiyolog sayıları Tablo 27’de sunulmaktadır.

Tablo 27: Türkiye’de pediatri alanında aktif çalışan uzman hekim sayısı

Branş	Aktif Çalışan Uzman Sayıları				Yüzbin Kişiye Düşen Aktif Çalışan
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	
Çocuk Cerrahisi	290	152	72	514	0,73
Çocuk Ruh Sağlığı	62	91	34	187	0,26
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	1.549	511	1.879	3.939	5,58
Çocuk Nörolojisi	17	44	5	66	0,09
Çocuk Endok. ve Met. Hast.	15	44	2	61	0,09
Çocuk Kardiyolojisi	31	54	15	100	0,14
Çocuk Hematolojisi	21	51	3	75	0,11
Çocuk Nefrolojisi	20	59	2	81	0,11
Çocuk Allerjisi	18	45	5	68	0,10
Çocuk Onkolojisi	14	37	2	53	0,08
Çocuk Gastroenterolojisi	12	37	2	51	0,07
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları	5	20	0	25	0,04
Neonatoloji	42	41	6	89	0,13
Çocuk İmmunolojisi	4	16	0	20	0,03

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Aralık, 2009

3.9. Kardiyovasküler Cerrahi

Kardiyoloji ve KVC hizmetlerinin geliştirilmesi ve nitelikli hizmet verilmesi amacıyla, 23 ilde bölgesel olarak kurulması planlanan kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi merkezleri çalışmalarının koordinatör hastaneler tarafından desteklenerek kurulması ve personelin eğitiminin tamamlanması amacıyla alınan 28.09.2007 tarih ve 8936 sayılı makam onayı ile belirlenen yedi hastane koordinatörlüğünde yirmialtı hastane bünyesinde KVC Merkezinin kurulması planlanmıştır (Tablo 28).

Söz konusu koordinatör hastanelerin ve KVC merkezlerine ilişkin hastanelerin faaliyetleri ile ilgili gerekli koordinasyon ve çalışmalar koordinatör hastaneler ve Bakanlığımız desteğinde devam etmektedir.

Tablo 28: Türkiye’ de kardiyovasküler cerrahi merkezleri, koordinatör hastane ve kardiyovasküler cerrahi uzman sayıları

İli	Koordinatör Hastane	KVC Merkezi	AÇIKLAMALAR
ANKARA	Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Denizli Devlet Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Erzurum Bölge EAH Hastanesi (15.12.2009 tarih ve 47763 sayılı Makam Onayı ile koordinasyon çalışmasından çıkarıldı.)	Bypass yapılıyor
		Gaziantep Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Malatya Devlet Hastanesi	Bypass başlamadı
		Diyarbakır Devlet Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Bypass yapılıyor
	Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Kayseri Eğitim ve Araştırma hastanesi	Bypass yapılıyor
		Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi	Bypass başlamadı
BURSA	Bursa Yüksek İhtisas Hastanesi	Balıkesir Devlet Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi (02/04/2010 tarih ve 13977 sayılı Makam Onayı ile koordinasyon çalışmasından çıkarıldı.)	Bypas yapılıyor
İSTANBUL	Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Antalya Devlet Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Mersin Devlet Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Bypass başlamadı
		Van Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Sivas Numune Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (15.12.2009 tarih ve 47763 sayılı Makam Onayı ile koordinasyon çalışmasından çıkarıldı.)	Bypass yapılıyor
		Kahramanmaraş Devlet Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Trabzon Ahi Evran GöğüsKalp ve Damar Cerrahi EAH(15.12.2009 tarih ve 47763 sayılı Makam Onayı ile koordinasyon çalışmasından çıkarıldı.)	Bypass yapılıyor
İZMİR	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Aydın Devlet Hastanesi	Bypass başlamadı
		Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi	Bypass yapılıyor
		Manisa Devlet Hastanesi	Bypass başlamadı
KONYA	Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Bypass yapılıyor

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

3.10. Serebrovasküler Hastalıklar ve İnme

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl dünyada onbeş milyon kişide inme görülmekte olup, bunlardan beş milyonu ölmekte, beş milyonu kalıcı olarak sakatlanmakta, ülke, toplum ve aile ekonomilerine yük oluşturmaktadır. İnme gelişiminde başlıca risk faktörleri tıpkı koroner arter hastalıklarında olduğu gibi; yüksek kan basıncı, tütün kullanımı, atriyal fibrilasyon, kalp yetmezliği ve kalp krizleridir.

Gelişmiş ülkelerde kalp hastalığı ve inme yetişkin erkek ve kadın nüfusta birincil ölüm nedenidir. İnme Avrupa’da önde gelen morbidite ve mortalite nedenlerindendir. Avrupa toplumunun giderek yaşlanması, inme yükünü arttıracaktır.

Son yıllarda gelişmekte olan bazı ülkelerde de inme ölüm nedenleri arasında ilk sıralara yükselmiştir. 22-24 Mart 2006 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından yayınlanan Avrupa İnme Stratejilerine Yönelik Helsinborg Deklarasyonu’nda inme ile mücadelede kullanılacak hedef ve stratejiler belirlenmiş olup, inme yönetiminin beş ana alanı; İnme hizmetlerinin organizasyonu, akut inmelerin yönetimi, koruma, inme sonrası rehabilitasyon, izleme ve kalite değerlendirmedir.

Ülkemizde de ulusal düzeyde tüm yaş gruplarında görülen ilk 10 ölüm nedeni arasında serebrovasküler hastalıklar %15.0 ile ikinci sırada yer almaktadır (kadınlarda %15.7, erkeklerde %14.5) Yaş gruplarına göre dağılımda ise serebrovasküler hastalıklar 0-14 yaş grubunda toplamda %0.9 ile on ikinci, 15-59 yaş grubunda %10.2 ve 60 yaş ve üzerinde %20.7 oranı ile ikinci ölüm nedenidir.

Türkiye ulusal düzeyde DALY’e neden olan ilk 10 hastalığın % dağılımı verilmektedir. İskemik kalp hastalıkları %8.0 ve serebrovasküler hastalıklar %5.9 ulusal düzeyde en yüksek DALY’e neden olan perinatal nedenlerden sonra sırasıyla ikinci ve üçüncü hastalık yükü nedenidir

Altmış yaş ve üzerinde ise toplamda ve her iki cinsiyette hastalık yüküne neden olan ikinci hastalıktır. Kentsel alanda 15-59 yaş grubunda %3.4 ile altıncı sırada yer alan serebrovasküler hastalıklar kırsal alanda %5.5 ile üçüncü sırada bulunmaktadır. Bölgesel dağılıma bakıldığında batı bölgesinde toplamda ikinci sırada yer alırken doğu bölgesinde dördüncü sıradadır. Ancak doğu bölgesinde diğer bölgelerden farklı olarak kadınlarda serebrovasküler hastalıklar %16.2 ile ilk hastalık yükü nedenidir.

2004 yılında tamamlanan UHY-ME çalışmasında serebrovasküler hastalık insidansı toplamda yüzbinde 69.6, erkeklerde yüzbinde 67.1 ve kadınlarda yüzbinde 72.1’dir. Prevelanslar ise toplamda ve her iki cinsiyette binde 3.19’dur.

2003 yılında yapılan ulusal hane halkı çalışmasında beyana dayalı 18 yaş ve üst cevaplayıcılarda son 12 ay içinde inme felç geçirme durumunun yerleşim yeri ve cinsiyete göre dağılımları sırasıyla Tablo 29’da sunulmaktadır.

Tablo 29: Son 12 ay içinde bir hekim tarafından inme/felç tanısı konulanların yerleşim yeri, cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı

Yerleşim Yeri	İnme ve Felç Geçirme							
	Evet		Hayır		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kent	128	1,96	6396	97,95	6	0,09	6530	100
Kır	91	1,96	4547	97,97	3	0,06	4641	100
Toplam	219	1,96	10943	97,96	9	0,08	11171	100
Cinsiyet								
Erkek	95	1,98	4688	97,95	3	0,06	4786	100
Kadın	124	1,94	6255	97,97	6	0,09	6385	100
Toplam	219	1,96	10943	97,96	9	0,08	11171	100
Yaş Grupları								
18-24	6	0,39	1527	99,54	1	0,07	1534	100
25-34	17	0,62	2735	99,20	5	0,18	2757	100
35-44	44	1,70	2547	98,26	1	0,04	2592	100
45-54	37	2,12	1710	97,88	0	0	1747	100
55-64	39	3,25	1160	96,67	1	0,08	1200	100
65+	76	5,67	1264	94,26	1	0,07	1341	100
Toplam	219	1,96	10943	97,96	9	0,08	11171	100
n=11204 Bilinmeyen=33								

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Hane Halkı Araştırması, Türkiye, 2004

Ulusal hane halkı Araştırması sonuçlarına göre, 18 yaş ve üstü cevaplayıcılarda son 12 ay içinde bir hekim tarafından inme felç tanısı konulanların nedenlerinin yerleşim yerine göre dağılımı Tablo 30'da sunulmaktadır.

Tablo 30: Son 12 ay içinde bir hekim tarafından inme/felç tanısı konulanların nedenlerinin yerleşim yerine göre dağılımı

Yerleşim Yeri	Serebrovasküler (kaza/trafik kazası)		İskemik Atak (Geçici)		Şeker Hastalığı, Enfaktüs Geçirme, Hipertansiyon Gibi Bir Hastalık		Nörolojik Bozukluk		Diğer		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kent	3	2,4	15	12	41	32,9	14	11,2	52	41,6	125	100
Kır	4	5,5	7	9,6	18	24,7	9	12,3	35	47,9	73	100
Toplam	7	3,5	22	11,1	59	29,9	23	11,6	87	43,9	198	100
Bilinmeyen = 21												

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Hane Halkı Araştırması, Türkiye, 2004

Ulusal hane halkı çalışması sonuçlarına göre, 18 yaş ve üstü cevaplayıcılarda son 12 ay içinde bir hekim tarafından inme/felç tanısı konulanların nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 31’de sunulmaktadır. Buna göre şeker hastalığı, enfaktüs geçirme ve hipertansiyon gibi bir hastalığa bağlı felç geçirme oranı %29,8 iken geçici iskemik atak %11,1, nörolojik bozukluk %11,6 dır.

Tablo 31: Son 12 ay içinde bir hekim tarafından inme/felç tanısı konulanların nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Serebrovasküler (kaza/trafik kazası)		İskemik Atak (Geçici)		Şeker Hastalığı, Enfaktüs Geçirme, Hipertansiyon Gibi Bir Hastalık		Nörolojik Bozukluk		Diğer		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	6	8,3	7	9,7	17	23,6	8	11,1	34	47,2	72	100
Kadın	1	0,8	15	11,9	42	33,3	15	11,9	53	42,1	126	100
Toplam	7	3,5	22	11,1	59	29,8	23	11,6	87	43,9	198	100
Bilinmeyen = 21												

Kaynak: UHY-ME Çalışması, Hane Halkı Araştırması, Türkiye, 2004

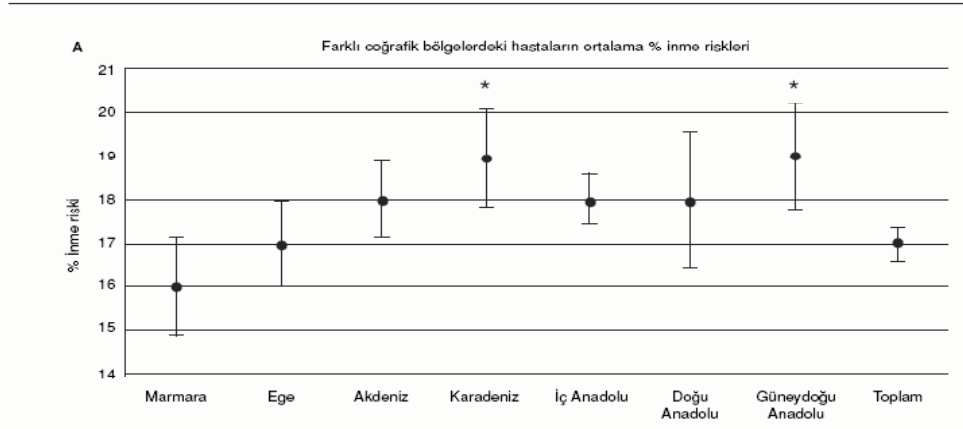
Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yürütülen THINK Çalışması; Türk hipertansif hastalarda inme riskini belirlemeyi amaçlamıştır. Risk faktörlerine göre inme olasılığı: hipertansif hasta popülasyonunun inme olasılığı gruplarına göre dağılımına bakıldığında %5 ve daha az risk taşıyan hastalar popülasyonun %17 sini oluşturmaktadır. İnme olasılığı %6-10 arasında olanlar %22, 11-20 arasında olanlar %33, olasılığı %21-30 arasında olanlar %13 sıklıkla yer almaktadır. Hipertansiyon hastalarının %83’ü, ilk 10 yıllık süreç için %5’ten fazla inme riski taşımaktadır. On yıllık inme olasılığı gruplarının dağılımı cinsiyete göre incelendiğinde, kadınların %50’sinin inme olasılığının %10’dan daha yüksek olduğu görülmektedir; erkeklerde bu oran %76 dır (Tablo 32)

Tablo 32: Hasta popülasyonunda cinsiyete göre inme olasılığı dağılımı (%)

İnme Olasılığı	Toplam n=6790	Kadın n=4024	Erkek n=2766
%1-5	17	25*	6
%6-10	22	25*	18
% 11-20	33	28	39*
% 21-30	13	10	17*
% 31-50	11	9	14*
% >50	4	3	6
$\chi^2=582,9$: p=0,0005			

Kaynak: THINK Çalışması 2006, Türk Kardiyoloji Derneği

Türkiye’de hipertansif hastalarda inme riski ve inme riski açısından bölgesel farklılıklar Şekil 19’da sunulmaktadır.

Şekil 19: Türkiye’de hipertansif hastalarda inme riski ve inme riski açısından bölgesel farklılıklar

Kaynak: THINK Çalışması 2006, Türk Kardiyoloji Derneği

3.11 Kalp ve Damar Hastalıklarında Rehabilitasyon, Palyatif Tedavi ve Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetleri ile ilgili olarak 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazetede “Evde Bakım Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik” ve 01 Şubat tarih ve 3895 sayılı makam onayı ile Sağlık Bakanlığınca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yayınlanmıştır.

Tablo 33’te Sağlık Bakanlığı’na bağlı fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri ve yatak sayıları verilmektedir.

Tablo 33: Sağlık Bakanlığı’na bağlı fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri ve yatak sayıları

	İli	Kurum Adı	Yatak Sayısı
1	Ankara	Ankara Fizik Ted. ve Reh. Eğit. Araş. Hastanesi	270
2	Bolu	Bolu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	250
3	Bursa	Bursa Dr. Ayten Bozkaya Spastik Çocuk Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi	54
4	Giresun	Giresun Fizik Tedavi ve Reh. Merkezi	35
5	İstanbul	İstanbul Fizik Tedavi Reh.Eğitim ve Araş Hastanesi	140
6	İstanbul	İstanbul Erenköy Fizik Tedavi Reh. Hastanesi	86
7	Kastamonu	Kastamonu Fizik Tedavi ve Reh. Merkezi	205
8	Kütahya	Kütahya Yoncalı Hidroterapi ve Fizik Ted. Hastanesi	202
9	K.Maraş	Kahramanmaraş Türkoğlu Dr. K.Beyazıt Fizik Tedavi ve Reh. Merkezi	50
10	Samsun	Samsun Fiziksel Tıp ve Reh. Hastalıkları Hastanesi	99
		TOPLAM	1391

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010

3.12 Kalp ve Damar Hastalıklarında Geleceğe Yönelik Uygulamalar

Gelecekte sağlık teknolojisi ile ilgili ülkelerin üzerinde çalışma yaptığı konuların başlıklarına ve açıklamalarına baktığımızda;

3.12.1 Farmakogenomik

İnsan genetiği ile farmasötikler arasındaki ilişkileri inceleyen, araştıran bilim dalıdır. Kişiye özel tedavi yöntemi gelişimi sağlanacaktır. DNA yapılarına göre tedavi geliştirmeyi içermektedir. Kullanılan ilaçların vücudumuzdaki metabolizma hızlarına ve diğer faktörler göz önünde tutularak etkin tedavi yöntemlerini geliştirmek mümkün olacaktır.

3.12.2 Gen Tedavisi ile İlgili Araştırmalar

Gen ve ürünlerinin yapısı aydınlatılarak, işlevini tam olarak yerine getirmeyen genin yol açtığı hastalığı tespit edip organizmanın diğer normal genli hücrelerinden yararlanarak tedavi etme imkânlarını anlamaya ve buna dayanarak tedavi yöntemleri geliştirmeye yönelik araştırmaları içermektedir .

3.12.3 Genetik Tanı ile İlgili Araştırmalar

Bireylerin kalıtsal yapıları aydınlatılarak; konjenital ve kalıtsal hastalıkların varlığının belirlenmesi ve önceden kestirilebilmesi, ayrıca, bu tür hastalıklara çare bulunmasına yönelik tanı tekniklerinin bulunması ve geliştirilmesi için yapılan araştırmaları kapsamaktadır .

3.12.4 Kök Hücre Araştırmaları / Hücre Tedavisi İle İlgili Araştırmalar

Kök hücre araştırmaları her geçen gün hızla ilerleyen bilim dalı olmasına rağmen etik uygunluğu açısından şüpheler vardır. Embriyodan kök hücre izolasyonu konusunda etik açıdan duyulan şüpheler giderilebilirse, bu tedavi yöntemleri, tıp açısından çok büyük bir potansiyel imkân oluşturacaktır. Kök hücrelerden yararlanılarak laboratuvar ortamında organ yapılması gibi çalışmalar yapılmaktadır. Yetişkin hücrelerin de , aynı amaçla kullanılabileceğine ilişkin bulgular ortaya çıkmış olmasına karşın, görülen odur ki, ulusal düzeyde olsun, uluslar arası düzeyde olsun, dikkatler, embriyonik kök hücre araştırmaları üzerinde toplanmıştır.

Kalp ve damar hastalıklarında kök hücre tedavisi Türk Ceza Kanunu’nun 90.maddesinde yer alan “İnsan üzerinde deney”kapsamında değerlendirilmektedir. Bu konudaki ulusal ve uluslar arası gelişmeler “Kök Hücre Nakilleri Bilimsel Danışma Kurulu” üyeleri tarafından takip edilmektedir.

3.12.5 Minimal İnvaziv Cerrahi Araştırmaları

Özellikle cerrahi alanda kullanılan tekniklerin ve malzemelerin hastalar üzerinde daha az travma yaratacak yönde değiştirilebilmesini ve aynı amaca hizmet edecek yeni teknikler geliştirilmesini konu alır. Bunun içinde yeni malzemelerin üretimi söz konusudur. Özellikle de nanoteknolojideki gelişmeler bu alanın gelişmesini de etkilemektedir.

3.12.6 Biyoteknoloji ve Gen Teknolojileri

Moleküler biyoloji, hücre biyolojisi, genombilim alanlarındaki bilimsel ilerlemeler hızlı bir şekilde olmaktadır. Bunun sonucu, dünyada, özellikle, sağlık ve tarım alanlarındaki biyoteknolojik uygulamalarda bir patlama yaşanmaktadır. Sağlıklı ve kaliteli yaşam için çalışmalar devam etmektedir.

Gelişmiş ülkeler bu fırsatları hızla ekonomik faydaya dönüştürmeyi başarmış ve biyoteknoloji sektörü ekonomilerinin itici güçlerinden biri haline gelmiştir. Bugün benzer gelişmeler özellikle Asya ülkelerinde görülmektedir.

3.12.7 Mekatronik

Yapılan yeni teknolojilerin yazılımlarla desteklenmesi Mekatronik gelişmeler içerisinde yer almaktadır. Dünyadaki gelişmeler bugünün insan etkileşimli, bilgisayar gömülü mekatronik sistemlerinin de giderek ‘insanla bütünleşmiş’ biyorobotik ve biyootomasyon gibi ürün ve süreçlere doğru bir dönüşüm geçireceğini göstermektedir. İnsan yaşamını ve işlevlerini kolaylaştırmak, daha etkin ve ekonomik hale getirmek amacıyla, mekatronik sistemlerin biyoteknoloji ile bütünleşmesi sonucu gelişecek bu sistemler ‘biyomekatronik sistemler’dir .

3.12.8 Nanoteknolojinin Sağlıkta Kullanımı

Nanoteknoloji ile biyoteknolojinin birlikte gelişme göstermesi ile birlikte moleküler biyoloji alanında her geçen gün bilgi birikimi artmaktadır. Kanserlere, enfeksiyonlara ve alerjilere karşı tedavi yöntemleri geliştirilmek için yöntemler geliştirilmektedir. Hücrelerimizdeki bir DNA molekülünün çapının 2 nm, kanda dolaşan antikor proteinlerinin tiplerine göre 15 ile 50 nm boyutlarında olduğunu düşünürsek, nanobiyoteknolojinin, nanobilim ve tıp alanına yakın gelecekteki getireceği yenilik ve açılımlar da kolayca anlaşılabilir.

Nano implantlardan akıllı ilaç salım sistemlerine, nanobiyomakinalardan, biyoinformatik ve genomik uygulamalar için DNA çiplerinin nanofabrikasyonuna, mezenkimal kök hücre bazlı organ mühendisliği uygulamalarından, monoklonal antikorlar ve DNA kökenli ligantların nanogörüntüleme amaçlı kuantum noktacılarıyla birlikte kullanımlarını da kapsayan geniş bir yelpazede kullanılması ile ilgili çalışmalar devam etmektedir .

Türkiye’de Nanoteknoloji Araştırması Yapan Merkezlerden Bazıları:

1. Anadolu Üniversitesi İleri Teknolojiler Araştırma Birimi
2. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Nanoteknoloji ve Nanobiyoteknoloji Araştırma Merkezi
3. Bilkent Üniversitesi Bilkent Ulusal Nanoteknoloji Merkezi
4. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Nanoteknoloji Merkezi

3.12.9 E-Sağlık, Telebakım ve Tele-Tıp

e-Sağlık: Genel olarak, sağlık sektöründe telekomünikasyon (elektronik ortamda uzaktan iletişim) ve enformasyon teknolojilerinin birlikte kullanılmasını anlatır. e-Sağlık bileşeni içerisine Tele-bakım ve Tele-tıp girmektedir.

Türkiye’de e-Sağlık Çalışmaları

Türkiye’de e-Sağlık çalışmaları, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başladı ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi’nin 2004 yılı Ağustosunda devreye alınmasıyla ilk somut adım atılmış oldu.

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm fonksiyonlarının, vatandaşların, hastaların sağlığını iyileştirmesinde sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğini arttırmak ve sağlık sektöründe yer alan tüm paydaşlara kaliteli, verimli ve etkin hizmetlerin sunumu için kullanılmasıdır. Tele-bakım ve tele-tıp e-sağlığın bileşenleri (komponentleri) dir. e-Sağlık kliniksel, eğitsel ve yönetsel amaçlarla, elektronik ortamda iletilen, depolanan, işlenen ve yeniden üretilen dijital verilerden yararlanır.

Sektörler arası işbirliği ile sağlık bilgi sistemi alt yapısını oluşturmak üzere kamu kuruluşları, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve özel sektörden temsilcilerin katılımı ile 30 Ocak 2003 tarihinde bir çalışma başlatılmıştır. Çalışmaları yürütmek amacıyla ilgili kuruluşların koordinatörlüğünü üstlendiği 10 çalışma grubu oluşturulmuştur.

e-Sağlık eylemlerinin oluşturulmasında aşağıda yer alan Türkiye Bilgi Sistemi çalışma gruplarından yararlanılmıştır.

1. Eylem Planı Çalışma Grubu, Koordinatör Kuruluş: Sağlık Bakanlığı
2. Veri Sözlüğü ve Standartlar, Koordinatör Kuruluş: Tıp Bilişimi Derneği
3. Numaraya Dayanan Kişisel Sağlık Tanımlayıcısı, Koordinatör Kuruluş: Sağlık Bakanlığı
4. Sağlık Veri Modeli ve Minimum Sağlık Veri Setleri, Koordinatör Kuruluş: Hacettepe Üniversitesi
5. Kayıtların Gizliliği ve Güvenliğinin Sağlanması, Koordinatör Kuruluş: Türk Tabipleri Birliği
6. Erken Uyarı Sistemleri, Koordinatör Kuruluş: Sağlık Bakanlığı
7. Sağlık Özel Ağı, Koordinatör Kuruluş: Türk Telekom A.Ş.
8. Tele-tıp, Koordinatör Kuruluş: Tübitak
9. Eğitim, Koordinatör Kuruluş: Hacettepe Üniversitesi, ODTÜ
10. Genel İzleme ve Koordinasyon, Koordinatör Kuruluş: DPT

Oluşturulan bu çalışma gruplarının çalışmaları ile: Sağlık hizmeti sunan kurumlarda verilen sağlık hizmeti ile ilgili kayıtlar güvenlik ve mahremiyet ilkeleri gözetilerek elektronik kayıt altına alınacak, hasta sevk zinciri süreçleri ve sağlıkla ilgili olayları izlemede, verilecek yetkiler dahilinde vatandaşlar ve sağlık profesyonellerine sunulabilecektir.

Ulusal Sağlık Bilgi Sisteminin sektörler arası işbirliği ile oluşturulması sayesinde sağlıkla ilgili toplanan veriler hızlı bir biçimde bilgiye dönüştürülebilecek ve karar vericilere sağlık hizmet sunumu planlamalarında önemli bir kaynak sağlayacaktır.

Sağlık otomasyon projelerinin gerçekleşmesi oranında elde edilecek veriler (standartları belirlenmiş); sağlık hizmeti sunumu planlamaları, değerlendirme ve denetim faaliyetleri için Yönetim Karar Destek sürecinde büyük ölçüde yol gösterici olacaktır.

Toplunun sağlığı ile ilgili veriler güncel ve kolay erişilebilir olacağı için koruyucu sağlık hizmetleri sunumunda etkinlik artacaktır.

Vatandaşların sağlık hizmetlerinde etkin ve kesintisiz bir şekilde yararlanmaları desteklenecektir. Ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık tehditlerine karşı hızlı bir biçimde önlem alınabilecektir. Dünya Sağlık Örgütü, Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ve Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırılabilir düzeyde sağlık verileri elde edilebilecek ve uluslararası kuruluşlarla zamanında ve güncel sağlık veri değişimi mümkün olabilecektir. Sağlık hizmeti sunumu, finansmanı ve tedarikinde yer alan kurumların ulusal bilgi sistemine entegrasyonu sayesinde önemli ölçüde kaynak tasarrufu sağlanacaktır. e-Sağlık uygulamalarına yönelik proje konsorsiyumlarının oluşturulması ve gelişecek uluslararası işbirliği sayesinde ülke düzeyinde bilgi birikimi oluşturulabilecek ve gelecekte ülkemizin uluslararası programlarda lider konumunda yer alabilmesi mümkün olabilecektir.

Sağlık Bakanlığı Çalışmaları

Bakanlığımızın sağlıkta dönüşüm programı dahilinde gerçekleştirilmiş ve/veya üzerinde çalışmakta olduğu Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi/e-Sağlık, Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS), Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM), Hasta Takip Sistemi (HTS) ve Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS) projeleri mevcuttur. Sağlık bilgi teknolojilerini geliştirmeye yönelik araştırmalara destek sağlayan bu projeler, sağlık kurumları arasında birlikte çalışılabilirlik ve bilgi alışverişi, ortak elektronik hasta kayıtlarının oluşturulması ve mobil teknolojilerin sağlıkta kullanılmasıyla hizmete erişimin artırılması gibi konulardaki çalışmaları teşvik etmektedir. Yeni teknolojilere dayalı bilgi sistemlerinin etkin kullanımı daha güvenli ve kaliteli hizmetlerin daha düşük maliyetlerle verilmesini sağlayacaktır.

Sağlık Bakanlığı Teletıp Projesi

Acil Eylem Planı çerçevesinde Devlet Planlama Teşkilatı koordinasyonunda başlatılan e-Dönüşüm Türkiye Projesi” kapsamında e-Sağlık çalışma grubunun koordinasyonunu Sağlık Bakanlığı üstlenmiştir. 11/07/2006 tarihli ve 2006/38 sayılı Yüksek Planlama Kurulu Kararı’yla onaylanan Bilgi Toplumu Stratejisi ve Ek’i Eylem Planı 28/07/2006 tarihli ve 26242 sayılı Resmi

Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Eylem Planında e-Sağlıkla ilgili dört eylem yer almıştır. Bu eylemlerden birisi de “Teletıp sistemlerinin” hayata geçirilmesidir.

Teletıp projesinin amacı:

Teletıp, tıbbi görüntüleme alanındaki sağlık bakım hizmetinin, bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıyla uzaktan verilmesidir. Teletıp projesiyle iki amaç hedeflenmiştir;

- 1- Teletıp hizmetlerinin sağlanması,
- 2- Dijital Hastane kavramının oluşturulması.

Teletıp hizmetinin sağlanmasındaki amaç;

- Tıbbi görüntüleme alanında uzman sıkıntısının hafifletilmesi (1. Görüş raporlama),
- Kompleks vakalarda konsültasyon hizmetinin alınabilmesi, (2. Görüş raporlama)
- Hekimler arasında bilgi ve tecrübe paylaşımının sağlanmasıdır.

Örnek dijital hastane kavramının oluşturulmasındaki amaç;

- Hastanedeki işlemlerin dijital ortamda yapılmasının sağlanması, (filmsiz ve kâğıtsız hastane oluşturulması)
- Teşhiste hızlilik sağlanması,
- Değerlendirmede kalite ve kesinliğin sağlanması,
- Hastane maliyetlerinin azaltılması ve verimliliğin artırılması,
- Hasta memnuniyetin artırılmasıdır.

Proje kapsamı:

Teletıp projesi %98 yoğunlukla radyoloji, %2 yoğunlukla patoloji alanında hizmet vermektedir. Bahçesaray Devlet Hastanesine ise Tele-EKG ve Tele-Biyokimya alanında hizmet almak için kurulum yapılmıştır.

İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı Bilişim Teknolojileri yürütmekte olduğu pilot Teletıp Projesi ile 2007 yılında 11 Gönderici (hizmet alan) ve 7 Alıcı (hizmet veren) hastane arasında tele-radyoloji ve tele-patoloji hizmetleri verilmesi hedeflenmiştir (Tablo 34). 2008 yılında da 50 gönderici 3 alıcı kuruluş daha kapsama alınmıştır. 50 gönderici kuruluş arasında 3 aile hekimi de yer almaktadır.

Tablo 34: Türkiye’de 2007 yılında teletıp uygulaması kapsamındaki gönderici ve alıcı hastaneler

NO	HASTANE ADI
GÖNDERİCİ HASTANELER	
1	Amasya Sabuncuoğlu Şerefettin Devlet Hastanesi
2	Elazığ Devlet Hastanesi
3	Hatay Antakya Devlet Hastanesi
4	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi
5	Kırklareli Devlet Hastanesi
6	Konya Numune Hastanesi
7	Rize Devlet Hastanesi
8	Siirt Devlet Hastanesi
9	Tunceli Devlet Hastanesi
10	Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi
11	Bahçeşarayı Devlet Hastanesi
ALICI HASTANELER	
1	Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Sağ. Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2	Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3	Ankara Dişkapi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
4	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
5	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
6	Malatya Devlet Hast.
7	Van Devlet Hastanesi

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı Bilişim Teknolojileri Koordinatörlüğü

Teletıp projesinin arttırımı kapsamına 18 adet Afyon ilinin devlet hastaneleri ve Erzurum Bölge Eğitim araştırma Hastanesi ilave edilmiştir. Afyon ili hastaneleri için sadece PACS ve RBS yazılımlarının lisansları temin edilmiş olup Afyon İl Sağlık Müdürlüğü il dijital görüntüleme projesi kapsamında kurulumlarını yapmaktadır.

Proje ile görüntüleme alanında uzman sıkıntısının hafifletilmesi, hasta memnuniyetinin arttırılması, maliyetlerde azalma olması, zaman ve iş gücü kayıplarının en aza indirilmesi, doğru teşhis ve tedavi işlemlerinin uygulanması ve hekimler arasında bilgi paylaşımının sağlanması hedeflenmiş olup bu hedefler büyük oranda gerçekleştirilmiştir.

Bu proje ile aynı zamanda görüntüleme hizmetlerinin hem bulunduğu yerde hem de uzaktan verilebilmesi yolunda önemli bir adım atmamıza sebep olmuş olup gerektiğinde diğer ülkeler ile Teletıp uygulamaları gerçekleştirilebilecek düzeydedir.

Proje, bilgi ve iletişim teknolojilerinin hastanelerimizde etkili ve verimli kullanılmasına yol açmakta, dijital hastane konseptinin oluşturulmasına zemin hazırlamış olup sağlık hizmeti sunumunda büyük faydalar elde edilmesini sağlamıştır. Aynı zamanda Bakanlığımız ülkemizde dijital hastane oluşturulmasına önderlik etmiş ve söz konusu pilot hastaneler örnek olarak gösterilmektedir.

Kurulmuş olan Teletıp sistemi yoğunlukla birinci görüş olarak kullanılmaktadır. Gönderilen görüntü sayısı Aralık 2008 tarihi itibarıyla 1.635 dir. PACS ve RBS kurulan hastaneler ise büyük ölçüde filmsiz hastaneye geçmiş olup hem sağlık hizmet kalitesi artmış hem de maliyetlerde azalma olmuştur.

Raporlamayı yapan uzmanlar oluşturdukları rapor sayısının performans puanlarına etki yapmaktadır.

Teletıp projesi ülkemizde radyoloji alanında uzman sıkıntısını hafifletme konusunda büyük yarar sağlayacaktır. Birçok hastanemizde uzman sayısının PDC'ye oranı düşüktür. Buna rağmen radyoloji uzmanlarımızın çoğunluğu zamanlarını ultrason tetkiklerinde harcamaktadır. Bu durumda radyoloji görüntülerinin raporlanmasında gecikmeye yol açmakta ve hasta memnuniyetsizliğini ortaya çıkarmaktadır. Bu sorunların çözümünde teletıp projesinin daha fazla hastaneye yaygınlaştırılması önemli bir rol oynayacaktır.

3.13 Kalp ve Damar Hastalıklarında Kurumlar ve Sektörler Arası İşbirliği

Sağlıkla ilgili tüm alanlarda olduğu gibi, kalp ve damar hastalıklarıyla mücadelede de kurumlar ve sektörlerarası işbirliği, çoğulculuğun geliştirilmesi, Sivil Toplum Örgütlerinin (STK) kapasitesinin güçlendirilmesi ve toplum sağlığı sorunlarına toplum tarafından kabul edilebilir çözümlerin bulunmasında sosyo-kültürel, kurumsal ve ekonomik açıdan uygunluğa dayanan yenilikçi, toplum merkezli ve kanıta dayalı sağlık müdahalelerinin uygulanması büyük önem taşımaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, 21 Yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinde **“2020 yılına kadar, bütün sektörler sağlık için sorumluluklarını fark etmiş ve kabullenmiş olmalıdırlar”** hedefine yer vererek; Bütün sektörlerdeki politika yapıcılarının kendi alanları ve yükselen politika ve hareketlerinde sağlık için yatırım yapma ile kazanılacak yararları göz önüne almalarını, üye ülkelerin sağlık etkileri değerlendirme mekanizmaları oluşturmaları gerekliliğini ve bütün sektörlerin politika ve hareketlerinin sağlık üzerindeki etkisinden sorumlu tutulmasının sağlanması gerekliliğine değinmektedir.

Ülkemizde Devlet Planlama Teşkilatı tarafından her beş yılda bir hazırlanan Kalkınma Planları, sağlık alanında ilgili tüm sektörleri bir araya getiren ve ortak stratejiler geliştirilmesini sağlayan çalışmalarından biridir. Dokuzuncu Kalkınma Planı, Bakanlar Kurulu'nca benimsenen strateji esas alınarak tüm kamu kurum ve kuruluşlarının katkılarıyla hazırlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü sağlık için tarafların harekete geçirilmesi konusunda da; “2010 yılına kadar, herkes için sağlık politikalarının uygulamasında, kamu ve özel sektör boyunca ve sivil toplum, sağlık için birlik ve ortaklıkları, bireyleri, grupları ve organizasyonları için içine alınmalıdır.” hedefini benimsemiş ve bu hedefe ulaşmak için ise; Sağlığın geliştirilmesinin sağlanmasını, çoklu sektörel aktivitelere katılımını sağlanmasını, hedef ve kaynakların paylaşımını, tüm paydaşların ve sektörlerin uyumlu bir işbirliği için uluslararası, ülke, bölgesel ve yerel seviyelerde yapılar ve süreçlerin mevcut olması gerekliliğini belirtmektedir.

Türkiye'nin Avrupa Birliği (AB)' ne tam üyelik müzakere sürecinde de halen “Tüketicinin Korunması ve Sağlık” faslındaki müzakereler halen devam etmektedir.

4. UYGULAMA

Görev Organizasyonu

Bu Planın yürütülmesinden Bakan adına Sağlık Bakanlığı Müsteşarı sorumludur. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Personel Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü başta olmak üzere Sağlık Bakanlığının diğer ilgili birimleri yükümlüdür.

5. İZLEME VE DEĞERLENDİRME

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı; Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı ve İkincil Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2010-2014' ün İzleme ve Değerlendirmesi, söz konusu planda belirtilen izleme ve değerlendirme kriterlerine göre T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki ilgili birimler tarafından işbirliği içinde yürütülecektir.

6. KAYNAKLAR

(Alfabetik Sırayla)

1. 2008-2013 Action Plan for The Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, WHO 2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf (erişim tarihi 08.04.2010)
2. 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007 Ankara, <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200801212206080.hedef.pdf>
3. Aile Yapısı Araştırması, T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu ve T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2006.
4. Akdağ R., Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos 2008, Ankara <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/turkiyeSDP.pdf>
5. Arıcı M., Altun B. ve ark., Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf (Erişim tarihi: 08.04.2010)
6. Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi - European Heart Health Charter, <http://www.heartcharter.org/> (Erişim tarihi: 08.04.2010)
7. Cardiovascular Diseases, WHO Fact Sheet N°317, February 2007; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/print.html> (erişim tarihi 08.04.2010)
8. CINDI Highlights, WHO 2006, <http://www.euro.who.int/document/E89308.pdf> (erişim tarihi 08.04.2010)
9. Gaining Health, Analysis of Policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases, WHO 2009. <http://www.euro.who.int/Document/E92828.pdf> (Erişim tarihi: 08.04.2010)
10. Hatemi H. ve ark., Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA) Sonuçlarının Yorumu (II) Endokrinoloji Forumu , Cilt 1, Yıl 2004.
11. Helsinborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies, WHO Europe <http://www.euro.who.int/document/E89242.pdf> (Erişim tarihi: 08.04.2010)
12. Kabakçı G., Abacı A., Ertaş F S., Özerkan F., Erol Ç., Oto A., THINK Çalışması, Türk Kardiyol Dern Arş. - Arch Turk Soc Cardiol 2006;34(7):395-405, http://www.tkd-online.org/dergi/TKDA_34_7_395_405.pdf (Erişim tarihi: 08.04.2010)
13. Kardiyovasküler Risk Platformu Ortak Risk Bildirisi, 2009 www.kalbinizikoruyun.org (Erişim tarihi: 08.04.2010)
14. Küresel Gençlik Tütün Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2003. http://www.havanikoru.org.tr/Docs_Arastirmalar/Kuresel_Genclik_Tutun_Arastirmasi.pdf (erişim tarihi 08.04.2010).
15. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye istatistik Kurumu, 2008
16. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=1&KITAP_ID=215 (erişim tarihi 10.08.2010).

17. Mollahaliloğlu S., Yardım N.; “Obesite ile Mücadele Konulu Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bakanlar Konferansı”; Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi; Aralık-Ocak- Şubat, 2006–2007.
18. NCDnet First Global Forum, 24 February 2010, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 24 February 2010. http://www.who.int/ncdnet/events/global_forum/en/index.html (erişim tarihi 08.04.2010)
19. Onat A. ve ark., TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı Halkımıza İlişkin Temel Veri Üretiminden Evrensel Tıbbı Katkıya 2005.
20. Onat A. ve ark., TEKHARF: Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı Sırrına Işık, Tıbbı Önemli Katkıya, 2009.
21. Onat A., Keleş İ., Sansoy V. and et al.; Rising Obesity Indices in 10-year Follow-up of Turkish Men and Women: Body Mass Index Independent Predictor of Coronary Events Among Men; Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2001; 29 :430-
22. Position Statement - Diabetes and CVD, International Diabetes Federation, 2009, http://www.idf.org/Position_statementsdiabetes_cvd
23. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment, WHO, 2005. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf (erişim tarihi 08.04.2010)
24. Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Implementation of The Global Strategy, The Sixtieth World Health Assembly, WHO. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R23-en.pdf (erişim tarihi 08.04.2010)
25. Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2004. <http://www.saglik.gov.tr/extras/dokuman/sa%C4%9Elikli%20beslenel%C4%B0m.pdf> (erişim tarihi 08.04.2010)
26. Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Baştar İ, Tütüncü Y, Sargın M, Dinççağ N, Karşıdağ K, Kalaça S, Özcan C, King H, and the TURDEP Group: Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 25: 1551-1556, 2002).
27. T.C.Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık İşleri Daire Başkanlığı, 2010
28. T.C. Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Planı ve Eylem Planı, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, 2010, Ankara.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)
30. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008-2012, Ankara
31. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Ek 1-6, Ankara, 2003)
32. T.C. Sağlık Bakanlığı,Ulusal Hastalık Yüğü Maliyet Etkilik Raporu, 2003, Ankara http://www.tusak.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=33:ulusal-hastalve-maliyet-etkililik-projesi-raporlar&catid=14:arama-raporlar&Itemid=28

33. The challenge of obesity in the WHO European Region, Fact sheet EURO/13/05, WHO 2005. <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1305e.pdf> (erişim tarihi 08.04.2010)
34. The International Diabetes Federation Diabetes Atlas, Fourth edition, 2009, <http://www.diabetesatlas.org/> (Erişim tarihi: 08.04.2010)
35. The Top Ten Causes of Death, World Health Organization, Fact sheet No 310 / November 2008, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310_2008.pdf (erişim tarihi 08.04.2010)
36. The World Health Report 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy Life, World Health Organization, Geneva, 2002
37. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı 2004, Ankara.
38. Türkiye Kalp ve Damara Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı: Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008, Ankara.
39. Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması – METSAR, 21. Ulusal Kardioloji Kongresi; 2005 16-20 Kasım: Antalya, Türkiye.
40. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2008 Ankara. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/analiz.shtml> (Erişim tarihi: 08.04.2010)
41. Türkiye’de Sağlığa Bakış, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007 Ankara. <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200708281545440.TurkiyedeSagligaBakisKitabi2007web.pdf>
42. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hane Halkı Araştırması Ara Raporu, 2003, Ankara. http://www.tusak.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=33:ulusal-hastalve-maliyet-etkililik-projesi-raporlar&catid=14:arama-raporlar&Itemid=28
43. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası; Türk Kardioloji Derneği, <http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=276> (erişim tarihi:08.04.2010)
44. White Paper, Together For Health: A Strategic Approach for the European Union, Commission of the European Communities, Brussels, 22.10.2007 http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_working_document_en.pdf (erişim tarihi 08.04.2010)
45. WHO CINDI Programme - Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention programme, <http://www.healthpromotionagency.org.uk/AboutHPA/cindi.htm> (erişim tarihi 08.04.2010)

7. STRATEJİK PLAN VE EYLEM PLANLARI

7.1 RİSK FAKTÖRLERİNE (BİRİNCİL KORUMA) YÖNELİK GÜNCELLENMİŞ HEDEFLER VE STRATEJİLER

1. Ulusal Tütün Kontrol Programına Yönelik Hedef ve Stratejiler
2. Sağlıklı Beslenmeye Yönelik Hedef ve Stratejiler
3. Fiziksel Hareketliliğe Yönelik Hedef ve Stratejiler

7.1.1. TÜTÜN ÜRÜNLERİNE OLAN TALEBİN AZALTILMASINA YÖNELİK ÖNLEMLER

7.1.1.1. Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim

Hedef (ler):

2012 yılına kadar toplumun %90'ında sigara karşıtı bir tutum oluşturmak

Stratejiler :

1. Tütün ve tütün mamulleri ile mücadele konusunda eğitim politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması
2. Tütün mamulleri kullanımının itibar düşürücü olumsuz bir davranış olduğu mesajının topluma verilmesi, tütün mamulleri ile ilgili tüm alanlarda çarpıcı görsel temalar kullanılmasının yaygınlaştırılması
3. Tütün endüstrisinin geçmişten günümüze uygulamaları ile ilgili bilgilerin toplumun paylaşımına açılması
4. Başta toplumda rol model veya önemli etkisi olduğu bilinen meslek grupları olmak üzere tüm hedef gruplara yönelik geniş tabanlı eğitim materyalleri (web sitesi, kitap, film vs.) geliştirilerek bilgilendirme ve bilinç düzeylerinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması
5. Kurum yöneticileri ve yetkilileri ile işyeri sorumlularının, tütün mamullerinin zararları ve kapalı mekânlarda tütün mamullerinin içilmemesi konusunda bilinçlenmesinin sağlanması
6. Medyanın, bilinçlendirme çalışmalarına aktif olarak katılımının sağlanması, bu çalışmalara toplumu etkileyen rol modellerin katılımının sağlanması
7. Belediyeler ve sivil toplum örgütleri tarafından yetişkinlere yönelik yapılan her türlü eğitim faaliyetine ek olarak konu ile ilgili bilinçlendirmeyapılması
8. İlgili kamu kurumlarının ve STK'ların tamamının tütün mücadelesi konusundaki rolleri ile ilgili olarak bilinçlendirilmesi
9. Belirlenen eğitim politikalarını uygulamak üzere kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde ortak eğitim çalışmalarının yürütülmesi
10. Sürdürülen bilgilendirme/bilinçlendirme, eğitim kampanyalarının etkinliğinin düzenli olarak izlenmesi

7.1.1.2. SİGARAYI BIRAKMA

Hedef (ler):

- 2008 Küresel Erişkin Tütün Araştırmasıyla saptanmış olan ulusal bırakma oranını (%33) ve bunun yaşa ve cinsiyete göre değişimini en çok beş yıl aralarla düzenli olarak izlemek.
- Tespit edilecek yaşa ve cinsiyete göre standardize ulusal bırakma oranını, 2012 sonuna kadar %40'ın üzerine çıkarmak.
- Bırakma oranlarının özel gruplarda (Sağlık profesyonelleri, öğretmenler, din adamları, hamileler gibi) da saptanmasını ve izlenmesini sağlayacak araştırmaya dayalı bir izleme sisteminin 2012 sonuna kadar kurulması,
- 2012 sonuna kadar sağlık profesyonellerinde, yöneticilerde, öğretmenlerde, din adamlarında bırakma oranlarını %50'nin üzerine çıkarmak.
- 2012 sonuna kadar hamilerdeki bırakma oranlarını %90'nın üzerine çıkarmak.

Stratejiler :

1. Bırakma oranlarının mevcut durumunun saptanması ve düzenli aralıklarla izlenmesinin sağlanması
2. Sağlık profesyonellerinin (doktor, hemşire, ebe) mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminde "Tütün bağımlılığının nörobiyolojisi ve tedavisi konusunda bırakma desteği için gerekli bilgi, tutum ve hünelerleri kazandırıcı standart eğitimin yer almasının sağlanması (Bu eğitim, sağlık profesyonellerinin tütün kontrolü eğitiminin bir ögesi olmalı)
3. Birinci basamak dâhil tüm klinik karşılaşmalarda kısa klinisyen müdahalesinin yer almasının sağlanması
4. Tütün bağımlılığının tedavisi için yoğun klinik müdahale uygulayacak birimlerin her ilde ve her hastanede yeterli sayıda tesisi
5. Sigarayı bırakmak isteyenlerin telefonla veya internetle ulaşabileceği, bırakma desteği sağlayabilecek, "Telefonla Bırakma- Quitline" ve İnternetle Bırakma" hizmetlerinin tesisi
6. Nikotin bağımlılığı tedavisinde kullanılan etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış tedavilerin kolay ulaşılabilirliğinin ve ülkemizde bulunmayanların kullanıma sunulmasının sağlanması
7. Okul ve işyerlerinde sigara içenlerin saptanarak bırakmaları için motivasyon ve destekleme programlarının başlatılması
8. Düzenli aralarla, toplumun geneline ve özel gruplara (Sağlık personeli, öğretmenler, din adamları vb.) yönelik kitlesel bırakma kampanyalarının düzenlenmesi

9. Üreme sağlığı, kanser, verem savaş gibi ulusal sağlık programlarında sigara bırakma uygulamalarının yer alması ve ilgili programlar arasında eşgüdümün sağlanması.
10. Bilimsel kanıta dayalı olmayan sigara bırakma yöntemlerinin sunumunun engellenmesi
11. Sigara bırakma uygulamalarının etkinliğinin düzenli izlenmesi ve bu uygulamaların izlenmesine olanak sağlayacak birimlerin güçlendirilmesi

7.1.1.3. SİGARA DUMANINDAN PASİF ETKİLENİMİN ÖNLENMESİ

Hedef(ler);

- 2012 yılına kadar “pasif etkilenimin aktif içicilik kadar sağlığa zararlı” olduğu bilgisinin toplum geneline yayılması,
- 2010 yılına kadar kamuya açık alanlar ve işyerlerinde tütün mamulü tüketiminin tamamen engellenmesi,
- 2012 yılına kadar gebe ve çocukların-ergenlerin ve diğer risk gruplarının pasif etkilenimlerini anlamlı ölçüde azaltılması

Stratejiler:

1. Eğitim ve sağlık kurumları başta olmak üzere tüm kurumlarda kademeli olarak pasif içicilikle ilgili hizmet içi eğitimlerin yapılması
2. Pasif etkilenimin sağlık riskleri konusunda halkın eğitimler yolu ile düzenli bilgilendirilerek bilinçlendirilmesi
3. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına herhangi bir nedenle başvuran kişilere pasif etkilenimin de sorulması ve tüm başvuranlara pasif içiciliğin zararlarının anlatılması
4. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelere ve ebeveynlere; bebek ve çocukların pasif etkilenimin riskleri ile ilgili bilgi verilerek zararların anlatılması
5. İş yerlerinde, eğitim-öğretim kurumlarında, sağlık kuruluşlarında, toplu taşıma araçları ve bekleme salonlarında, kültür ve sanat hizmeti veren yerler, lokanta, bar, kuaför, alışveriş merkezleri, spor salonları ile okul ve sağlık kuruluşlarının bahçelerinde pasif etkilenimin tümüyle engellenmesi için yasal düzenlemelerin uygulanması
6. Pasif etkilenim konusunda verilerin saptanması ve düzenli olarak izlenmesi için ulusal ölçekli araştırmalar yapılması.

7.1.1.4. GENÇLERİN ULAŞABİLİRLİĞİ

Hedef(ler):

- 2012 yılına kadar 15 yaş altı gençler arasında sigara içme oranının sıfıra, 15-24 yaş grubunda mevcut durumun yarısına indirmek

Stratejiler:

1. 18 yaşından küçükler tütün ve tütün mamullerinin satış ve dağıtımını yasaklayan mevcut yasal düzenlemeye uyumun denetlenmesi ve uymayanlara caydırıcı nitelikte cezai müeyyideler uygulanması
2. Tütün mamulleri satıcılarının ürünü alacak gençlerden, 18 yaş üstünde olduklarını belgelenmelerini istemesinin sağlanması
3. Toplumda 18 yaş altındakilere tütün satışının yasak olduğu bilincinin oluşturulması
4. Tütün mamullerinin sigara satış makineleri, self servis satış, postayla sipariş ve elektronik satışlarının, market rafları ve kasaları gibi doğrudan ulaşılabilir yerlerde satılmasını yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması
5. Tütün mamullerinin logo, renk ve şekillerinin, şeker, çerez, oyuncak, tişört, çanta vb. nesnelerde bulunmasını, bunların dağıtımını ve satışını yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması
6. Gençlerin bir arada bulundukları kafe, internet kafe, kantin, yurt vb. yerlerde tütün ve tütün mamullerinin (sigara, nargile, vb) satılmasını ve içilmesini yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması
7. Yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri, kurum ve kuruluşlarca çocuk ve gençlerin spor yapacakları, kültürel etkinliklerde bulunabilecekleri sigara dumanına maruz kalmayacakları ortamların sağlanması

Tütün Ürünlerine Olan Talebin Azaltılmasına Yönelik Program Sürecinde Gerçekleştirilen Çalışmalar Aşağıda Verilmektedir

Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim

Strateji 1. Tütün ve tütün mamulleri ile mücadele konusunda eğitim politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması kapsamında;

- İl Milli Eğitim Müdür Yardımcıları ile Sağlık Meslek Liseleri meslek dersleri öğretmenlerinin katıldığı çeşitli seminerler yapılmaktadır .
- Değişik eğitim düzeylerine ve kurumlarına yönelik müfredat hazırlanmasında orta öğretim kurumlarında okutulmakta olan Sağlık Bilgisi Dersi öğretim programında yapılan revize çalışmalarında konuyla ilgili bilgilere yer verilerek taslak program Talim ve Terbiye Kurulu Başkanlığına sunulmuştur. Sağlık Bilgisi kitabı içine konulması için çalışmalar sürmektedir.
- 4207 sayılı Yasanın daha etkin uygulanması ve her düzeydeki okulda, sigarasız okul normunun güçlendirilmesi için MEB genelge yayınlamıştır.

- Okullarda tütünle mücadele Yeşilay eğitsel grup çalışmaları içerisinde yapılmaktadır.
- Okullarda sigaranın zararları ile ilgili (resim, afiş, kompozisyon gibi) yarışmalar yeterli sayıda yapılmaktadır. 2009 yılında Yeşilay'ın organize ettiği bir yarışmanın ödülleri TAPDK tarafından karşılanmıştır.
- Tıp fakültesi ve diğer sağlık bilimleri eğitimi veren fakültelerin müfredatlarına sigarayla mücadele konusunda bilgi, tutum ve davranış değişikliği oluşturacak müfredatın konulması, uygulamaların izlenebilirliğine ilişkin yöntemlerin belirlenmesi Sağlık Bakanlığı tarafından YÖK'e resmi yazı ile bildirilmiştir. Bazı üniversiteler tarafından müfredata alınmıştır.
- Konferanslar düzenlenmesi ile ilgili çok sayıda konferans yapılmıştır. Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi 12. maddesi kapsamında oluşturulan Uluslararası Çalışma Grubu toplantısı İstanbul'da yapılmıştır.
- Bilgilendirici afiş, broşür hazırlanıp dağıtılması kapsamında Dumansız Hava Sahası kampanyası kapsamında sporcu ve sanatçıların yer aldığı spot ve afişler hazırlanmıştır.
- Toplumda rol model olan ünlü kişilerin (sporcu, sanatçı vs.) sigaranın zararları ile ilgili etkinliklere katılımlarının sağlanması çok sayıda yapılmıştır. Örneğin, Türk Telekom basket takımı TAPDK ile yapılan protokol uyarınca "Sigara Dumanı Soluma-HAVANI KORU" ifadesini taşıyan forma ile sahaya çıkmaktadır.

Strateji 2. Tütün mamulleri kullanımının itibar düşürücü olumsuz bir davranış olduğu mesajının topluma verilmesi, tütün mamulleri ile ilgili tüm alanlarda çarpıcı görsel temalar kullanılmasının yaygınlaştırılması kapsamında;

- Sigara kullanımının sağlık ve sosyal açıdan olumsuzlukları konusunda eğitim yapılması ile ilgili çok sayıda eğitim yapılmıştır.
- Filmler başta olmak üzere diğer TV programlarının da içinde olduğu bütün medya programlarında sigara kullananlara yönelik olumsuz tutum ve davranışlar sergilenmesi ile ilgili buzlama (sigara içme görüntülerin karartılması) yapılmıştır. Sağlık Bakanı film ve dizi yapımcılarıyla görüşmüş ve dizi ve filmlerde sigarayı özendirme konusunda daha dikkatli olunmasını istemiştir.
- Konu ile ilgili olumlu görüntü ve mesajların tanıtılması ile ilgili olumlu örnekler tanıtılmakta ve desteklenmektedir.
- Tanınmış sanatçı, sporcu, siyasi kişiler vb. rol modellerin sigara karşıtı mesajlar vermelerinin sağlanması yapılmaktadır.
- Sigara içilebilen alanların azaltılması ve sigara bırakırma etkinliklerinin artırılması suretiyle toplumda sigara içiminin kabullenilebilir bir olgu olmadığı mesajının verilmesi yapılmaktadır. Öğretmenlerin bu yönde ciddi şekilde etkilendikleri tesbit edilmiştir.

Strateji 3. Tütün endüstrisinin geçmişten günümüze uygulamaları ile ilgili bilgilerin toplumun paylaşımına açılması kapsamında;

- Kanıta dayalı verilerle açıklanmış, ulaşılabilen bilgilerin kamuoyuna açıklanması ile ilgili çeşitli toplantılarda bilgilendirme yapılmaktadır.
- Medya kuruluşları ile işbirliğinin artırılması ile ilgili özellikle SSUK'un bu yönde etkinliği fazladır. TAPDK, reklam ve tanıtım mevzuatına ilişkin bilgilendirme yapmıştır. Örnek medya kuruluşlarının ödüllendirilmesi önerilmiştir.
- Medya mensuplarının bilgilendirilmesi yapılmaktadır.
- Konu ile ilgili TAPDK birikim ve uygulamalarının kamuoyuna açıklanması ile ilgili TAPDK'nın web sayfasında "tütün kontrolü" linki açılmıştır.

Strateji 4. Başta toplumda rol model veya önemli etkisi olduğu bilinen meslek grupları olmak üzere tüm hedef gruplara yönelik geniş tabanlı eğitim materyalleri (web sitesi, kitap, film vs.) geliştirilerek bilgilendirme ve bilinç düzeylerinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

Strateji 5. Medyanın, bilinçlendirme çalışmalarına aktif olarak katılımının sağlanması, bu çalışmalara toplumu etkileyen rol modellerin katılımının sağlanması kapsamında;

- Gazeteciler Cemiyeti ile görüşülmesi ile ilgili bazı medya mensupları ve örgütleri ile görüşülmüştür.
- İllerde yerel TV-radyo kuruluşları ve yerel medya ile toplantı yapılması ile ilgili tek tek gazetecilerle görüşmeler yapılmakta, ancak toplu bilgilendirme toplantılarının artırılması yönünde Sigara Sağlık Ulusal Komitesinin etkin çalışmaları mevcuttur.
- Konuya ilgili/duyarlı rol modeli kimliklerin bulunması, olumlu örneklerin topluma tanıtılacağı ortak etkinliklerin planlanması ve düzenli olarak uygulanması, medyanın kullanması için materyal hazırlanması ile ilgili Bloomberg projeleri kapsamında Sağlık Bakanlığı, SSUK'un çalışmaları sürmektedir.

Strateji 6. Belediyeler ve sivil toplum örgütleri tarafından yetişkinlere yönelik yapılan her türlü eğitim faaliyetine ek olarak konu ile ilgili bilinçlendirme yapılması kapsamında;

- Bölgesel olarak belediye başkanları ve belediye sağlık müdürleri ile toplantılar yapılmıştır. Belediyeler tarafından sağlıklı kent kavramı içinde sigarasız il ve ilçe örneklerinin oluşturulması için uygulamalar yapılmıştır. Belediyeler Birliği ve Sağlıklı Kentler Programı ile işbirliği içinde artırılabacaktır.
- Belediye zabıtalılarının konuya ilgilerinin artırılması amacı ile eğitim yapılması (özellikle okul çevrelerinde ve tek sigara satışının önlenmesi konusunda) ile ilgili denetim ekipleri

eğitimi kapsamında yapılmıştır. Belediyeler diğer görevlilerini eğitmektedir. Belediyeler Birliği ile ilişkiler geliştirilecektir. Çoğunlukla Belediye Encümen'in kararlarında gecikmeler ve yetersizlikler mevcuttur.

- Bölgesel olarak STK'larla toplantılar yapılmış ve devam edecektir.

Strateji 7. İlgili kamu kurumlarının ve STK'ların tamamının tütün mücadelesi konusundaki rolleri ile ilgili olarak bilinçlendirilmesi kapsamında;

- İlgili Bakanlıklar ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ile toplantılar yapılması il ilgili ilgili Bakanlıklarla görüşülmüş, yasanın uygulanması konusunda titizlik gösterilmesi istenmiş ve birçok Bakanlık tarafından genelgeler yayınlanmıştır.
- STK temsilcileri ile toplantılar yapılmaktadır. (SSUK, ikram sektörü başta olmak üzere STK'larla görüşmeler yapılmaktadır).

Strateji 8. Belirlenen eğitim politikalarını uygulamak üzere kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde ortak eğitim çalışmalarının yürütülmesi kapsamında kurum ve kuruluşlarla sürekli işbirliği yapılmaktadır.

Strateji 9. Sürdürülen bilgilendirme/bilinçlendirme, eğitim kampanyalarının etkinliğinin düzenli olarak izlenmesi yapılmaktadır.

Sigarayı Bırakma

Strateji 1. Bırakma oranlarının tespiti ve izlenmesi

- “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması-GATS”, “Küresel Gençlik Tütün Araştırması-GYTS” ve “Lot Kalite Araştırması” yöneticileri ile, yaşa ve cinsiyete özgü bırakma oranlarını sağlayıcı görüşme ve çalışmaları yapılmıştır.

Strateji 2. Sağlık profesyonellerinin (doktor, hemşire, ebe) mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminde “Tütün bağımlılığının nörobiyolojisi ve tedavisi konusunda bırakma desteği için gerekli bilgi, tutum ve hüneler kazandırıcı standart eğitimin yer almasının sağlanması kapsamında Yüksek Öğretim Kuruluna ve Üniversite Rektörlüklerine bildirilmiştir.

Strateji 3. Birinci basamak dahil tüm klinik karşılaşmalarda kısa klinisyen müdahalesinin uygulanması konusunda bir klinik rehber hazırlanmıştır

Strateji 4. Tütün bağımlılığının tedavisi için yoğun klinik müdahale uygulayacak birimlerin her ilde ve her hastanede yeterli sayıda tesisi kapsamında;

- Yoğun tedavinin hekimlerin performans sistemine alınması rehberi tamamlanmıştır.

Strateji 5. Sigarayı bırakmak isteyenlerin telefonla veya internetle ulaşabileceği, bırakma desteği sağlayabilecek, “Telefonla Bırakma- Quitline” ve İnternetle Bırakma” hizmetlerinin

tesisi stratejisinde Sağlık Bakanlığının Sistemi organize etme çalışmaları tamamlanmış olup hizmete başlamıştır.

Strateji 6. Tütün bağımlılığı tedavisinde kullanılan ilaçların ulaşılabilirliğinin artırılması ile ilgili Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çalışmalar sürmekte olup ayrıca Sağlık Bakanlığı da bazı risk gruplarında ilaçları ücretsiz dağıtmaktadır.

Strateji 7. Okul, hastane ve diğer işyerlerinde veya özel gruplara (sağlık personeli, öğretmenler, din adamları) farmakoterapi destekli bırakma kampanyaları düzenlenmesi projeleri hazırlanmaktadır.

7.1.2. SAĞLIKLI BESLENME

7.1.2.1.SAĞLIKLI BESLENMENİN SAĞLANMASI VE OBEZİTENİN ÖNLENMESİ

Hedef (ler):

Toplumsal sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirilmesi, besinlerin yeterli ve dengeli tüketiminin sağlanması ve beslenme bozukluklarına bağlı hastalıkların önlenmesi

Stratejiler:

1. Toplumda yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının kazandırılması
2. Kronik hastalıklar için risk oluşturan beslenme ile ilişkili temel risk faktörlerinin azaltılması
3. Toplumda besin güvencesinin sağlanması

7.1.2.2. TÜRKİYE SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT (TÜRKİYE OBEZİTE İLE MÜCADELE VE KONTROL) PROGRAMININ UYGULANMASI

Hedef (ler):

Toplumsal beslenme ve sağlık düzeyini geliştirecek programların hazırlanması ve uygulanması

Stratejiler:

1. Mevcut durumun saptanarak, ulusal programların geliştirilmesi ve uygulanması
2. Toplumun beslenme konusunda bilinçlendirilmesi
3. Sağlık personelinin sağlıklı beslenme ve obezite konusundaki bilgi düzeyinin artırılması

Hedef (ler):

Çocuk ve ergenlerde sağlıklı beslenmenin geliştirilmesi

Stratejiler:

1. Çocuk bakımından sorumlu kişilerin beslenme konusunda bilgilendirilmesi

2.Okul çağı çocukların sağlıklı beslenme konusunda duyarlılıklarının artırılması

3.Okul çağı çocuklarının sağlıklı besinleri tüketmeleri konusunda teşvik edilmesi

Hedef (ler):

Yetişkinlerde sağlıklı beslenme bilincinin geliştirilmesi ve iletişim araçlarının kullanımı

Stratejiler:

1.Toplumun beslenme konusunda bilinçlendirilmesinde yazılı ve görsel basından yararlanılması

2.İlgili kurum ve kuruluşlarla işbirliğinin yapılması

7.1.3. TOPLUMDA FİZİKSEL HAREKETLİLİĞİN SAĞLIĞA OLUMLU KATKILARI KONUSUNDA FARKINDALIK OLUŞTURMAK

Hedef (ler):

Çocuklar ve ergenlerde fiziksel hareketlilik bilincinin oluşturulması

Stratejiler:

1. Çocukların düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığı sağlayacak fiziki koşulların oluşturulması

2. Okul çağı çocuklarda düzenli fiziksel aktivite yapılmasının teşvik edilmesi

Hedef(ler):

Yetişkinlerde fiziksel hareketlilik bilincinin oluşturulması

Stratejiler:

1. Toplumda düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığı sağlayacak fiziki koşulların oluşturulması

2. Yetişkinlerde düzenli fiziksel aktivite yapılması konusunda farkındalığın oluşturulması

SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT PROGRAM SÜRECİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN ÇALIŞMALAR

- 81 ilde toplumun beslenme konusunda bilinçlendirilmesi amacıyla İl Eğitim Şube Müdürlükleri koordinesinde eğitim ekipleri oluşturulmuştur. 2004 yılından itibaren sağlık personeli ve halka yönelik çeşitli bilgilendirme ve eğitim çalışmaları devam etmektedir.
- Toplumun beslenme konusunda doğru bilgilere ulaşabilmesi amacı hazırlanan 85 kitapçıktan oluşan Beslenme, Obezite, Fiziksel Aktivite ve Tütün Bilgi Serisi ile 24 broşürden oluşan set çoğaltılmış ve bir bölümü İngilizceye çevrilmiştir. Ayrıca çeşitli iletişim materyalleri de (afiş,broşür magnet, ayıraç vb) hazırlanmıştır.

- Toplumun beslenme konusunda bilinçlendirilmesi konusunda bilişim teknolojilerinden de yararlanılmış ve bir web sayfası düzenlenmiştir. www.beslenme.saglik.gov.tr paylaşımına açılan sayfada beslenme, obezite ve fiziksel aktivite konularına yer verilmiştir.
- Ülkemize yönelik beslenme önerilerinin yer aldığı “Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi” güncellenerek çoğaltılmış ve ilgili kurum ve kuruluşlara gönderilmiştir.

Obezitenin Önlenmesi

- Ulusal boyutta politik kararlılığı artırmak ve yönetimi güçlendirmek için merkez teşkilatında “Obezite İle Mücadele Danışma ve Yürütme Kurulu”, illerde ise katılım ve koordinasyonu geliştirmek üzere “Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Hareketli Yaşam Kurulları” oluşturulmaya ve işlerlik kazandırılmaya başlanmıştır.
- Sağlık kuruluşlarına herhangi bir nedenle başvuran fazla kilolu ve obez olarak saptanan hastaların obezite merkezlerine yönlendirilmesi, bu hastaların izlenmesi için sürveyans sisteminin oluşturulmasına yönelik hazırlık çalışmalar devam etmektedir.
- Programın etkin bir şekilde uygulanması ve eylem planında yer alan görevlerin yerine getirilmesi konusunda tüm kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarınca gereken destek ve yardım sağlanması amacıyla Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Başbakanlık Genelgesi olarak imzalanmış ve 29.09.2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmî Gazete de, 2010/22 sayı ile yayımlanmıştır.

Okul Çağı Çocuklarının Beslenme ve Sağlık Durumlarının Geliştirilmesi

Okul çağı çocuklarının yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgilendirilmesi amacıyla 2004 yılında 81 ilimizde “İlköğretim Okullarında Beslenme Eğitimi” Programı başlatılmıştır. Ayrıca;

- Okul çağında bulunan ve 6-9 yaş grubundaki çocuklarda malnütrisyon (zayıflık), fazla kiloluluk ve obezite (şişmanlık) görülme sıklığının ortaya konulması amacıyla NUTS-2 istatistik bölgesinde seçilen 26 ilde 12861 öğrenci üzerinde bir araştırma yürütülmüş ve 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.
- Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde Beyaz Bayrak ve Beslenme Dostu Okul projeleri yürütülmekte okul kantinlerinde yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olabilecek gıda maddelerinin (kızartmalar, gazlı içecekler, kolalı içecekler vb.) satışının yasaklanması süt, ayran, yoğurt vb. içecekler ve taze sıkılmış meyve ve sebze suyu, tane ile meyve ve sebze satışının özendirilmesi çalışmaları devam etmektedir.

- Yarım gün eğitim veren okullar için haftalık beslenme programı düzenlenmiş ve bu program MEB’na gönderilerek tüm okullara ulaşması sağlanmıştır. Tam gün eğitim veren okullar ile okul öncesi çocukların enerji ve besin öğeleri ihtiyaçlarını karşılayacak örnek yemek listeleri de hazırlanmış olup ilgili kurum ve kuruluşlara dağıtımı yapılmıştır.
- Öğrencilere sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması amacıyla öğrenci, öğretmen ve velilere yönelik sağlıklı yaşam ve beslenme önerilerini içeren mektuplar ile “Nasrettin Hoca” temalı sağlıklı beslenme afişi hazırlanmış, Bakanlığımız internet sayfasında paylaşımına açılmıştır. İl Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla söz konusu mektupların tüm öğrenci, öğretmen ve velilere dağıtımının yapılması planlanmaktadır.
- Bakanlığımız tarafından hazırlanan web sitesinde çocuklara özel bir bölüm oluşturulmuş bu bölümde beslenme ve fiziksel aktivite konularında çocukların ilgisini çekebilecek ve katılımlarını sağlayacak etkinlik ve oyunlara yer verilmiştir. Bu bölümde öğretmenlere ve ailelere de yönelik bilgiler yer almaktadır. Ayrıca çeşitli eğitim materyalleri (kitap, afiş, velilere ve öğretmenlere yönelik mektuplar, kitap ayrıçları) hazırlanarak dağıtımı sağlanmış, çocuklara yönelik eğitici filmler ile bir animasyon çizgi film hazırlanmıştır.

Fiziksel Aktivitenin Özendirilmesi

Okul çağı çocuklarının fiziksel aktivite ve spor yapmaya yönelik fiziksel imkânların geliştirilmesi amacı ile MEB ile işbirliği çalışmaları sürmekte olup, şehir merkezlerinde yeşil alanların artırılması, yayalara göre tasarlanmış şehir içi alanların oluşturulması ve toplumun fiziksel aktivite konusunda bilinçlendirilmesi çalışmaları kapsamında yerel yönetimlerle işbirliği çalışmaları sürmektedir. Bu kapsamda Bakanlığımızca çeşitli iletişim ve eğitim materyalleri hazırlanmış ve dağıtımı yapılmıştır.

7.2 RİSK FAKTÖRLERİNE (BİRİNCİL KORUMA) YÖNELİK GÜNCELLENMİŞ EYLEM PLANI

A-Tütün Ürünlerine Olan Talebin Azaltılmasına Yönelik Önlemler Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim

Amaç: Ulusal Tütün Kontrol Programının kabulünü ve uygulanmasını her düzeyde kolaylaştırmak için tütün ve tütün ürünlerinin sağlık, ekonomik ve sosyal açıdan zararları konusunda halkın bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi						
Hedef : 2012 yılına kadar toplumun %90'ında sigara karşıtı bir tutum oluşturmak						
Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tanımlama Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri
Strateji 1 Tütün ve tütün mamulleri ile mücadele konusunda eğitim politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması	1.1. Konuyla ilgili tüm tarafların (üst düzey yöneticiler) katılacağı bir çalıştay düzenlenmesi (4207 sayılı yasada değişiklik yapan Kanunun ve eylem planının uygulamalarının değerlendirilmesi amacı ile)	Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı, YÖK, Aile ve Spor Sorumlu Devlet Bakanlıkları, DSÖ, Medya, STK, TAPDK	2010-2011	1.Yöneticilerin konuya ilgisinin yetersizliği 2. Tütün endüstrisi	Çalıştayın düzenlenmesi 2009 yılı
	1.2. Değişik eğitim düzeylerine ve kurumlarına yönelik müfredat hazırlanması 1.2.a. 4207 sayılı Yasanın daha etkin uygulanması ve her düzeydeki okulda, sigarasız okul normunun güçlendirilmesi için genelge yayınlanması ve izlenmesi, 1.2.b. Okullarda tütünle mücadele kollarının kurulması, 1.2.c. Okullarda sigaranın zararları ile ilgili (resim, afiş, kompozisyon gibi) yarışmaların sayılarının artırılması 1.2.d. MEB'nin web sayfasında duyuru yapılması 1.2.e. Bilgisayar donanımı olan okullarda bilgisayar tabanlı eğitimlerin başlatılması ve sürdürülmesi	Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı, YÖK, Aile ve Spor Sorumlu Devlet Bakanlıkları, DSÖ, Okul Aile Birlikleri, Okul Öğrenci Meclisi Başkanları, Medya, STK	2010-2011	1.Yöneticilerin konuya ilgisinin yetersizliği 2. Sigara için öğretmen ve idareciler 3. Tütün endüstrisi 4. Yeterli uzmanlık ve bilgi düzeyine sahip olmayanlar tarafından müfredat geliştirilmesi	Çeşitli gruplarda ve durumlarda sigara içme davranışlarında azalma olması a.Öğretmenler arasında sigara içme oranları, b. Öğrenci örneğinde sigara içen öğretmen oranları, c. Öğrenciler arasında sigara içme oranları
						1. Mevcut durum analizi anketi 2. İlerleme analizi anketi
						1. Mevcut durum analizi anketi 2. İlerleme analizi anketi

	1.3. Tıp fakültesi ve diğer sağlık bilimleri eğitimi veren fakültelerin müfredatlarına sigarayla mücadele konusunda bilgi, tutum ve davranış değişikliği oluşturacak müfredatın konulması, uygulamaların izlenebilirliğine ilişkin yöntemlerin belirlenmesi	Sağlık Bakanlığı YÖK	DSÖ STK	2010- 2011	1.Yöneticilerin konuya ilgisinin yetersizliği 2. Sigara içen öğrenciler ve görevlileri ve idareciler 3.Tütün endüstrisi 4. Yeterli uzmanlık ve bilgi düzeyine sahip olmayanlar tarafından müfredat geliştirilmesi	1. Müfredatın oluşturulması 2. Sağlıkla ilgili okullarda öğrenciler arasında sigara içme sıklığında azalma	1. Mevcut durum analizi anketi 2. İlerleme analizi anketi.
	1.4.a.Konferanslar düzenlenmesi, 1.4.b. Bilgilendirici afiş, broşür hazırlanıp dağıtılması, 1.4.c. Toplumda rol model olan ünlü kişilerin (sporcu, sanatçı vs.) sigaranın zararları ile ilgili etkinliklere katılımlarının sağlanması	Sağlık Bakanlığı TAPDK	İçişleri Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sorumlu Devlet Bakanlıkları DSÖ Medya STK YÖK	sürekli	1.Yöneticilerin konuya ilgisinin yetersizliği 2.Tütün endüstrisi	Toplumda ve rol modeli gruplarda sigara içme ile ilgili bilgi, tutum ve davranış değişikliği oluşturulması	1. Mevcut durum analizi anketi 2. İlerleme durumu anketi.

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 2 Tütün mamulleri kullanımının itibar düşürücü olumsuz bir davranış olduğu mesajının topluma verilmesi, tütün mamulleri ile ilgili tüm alanlarda çarpıcı görsel temalar kullanılmasının yaygınlaştırılması	2.1. Sigara kullanımının sağlık ve sosyal açıdan olumsuzlukları konusunda eğitim yapılması 2.2. Filmler başta olmak üzere diğer TV programlarının da içinde olduğu bütün medya programlarında sigara kullananlara yönelik olumsuz tutum ve davranışlar sergilenmesi 2.3. Konu ile ilgili olumlu görüntü ve mesajların tanıtılması 2.4. Tanınmış sanatçı, sporcu, siyasi kişiler vb. rol modellerin sigara karşıtı mesajlar vermelerinin sağlanması 2.5. Sigara içilebilen alanların azaltılması ve sigara bırakırma etkinliklerinin artırılması suretiyle toplumda sigara içiminin kullanılabilecek bir olgu olmadığı mesajının verilmesi	Sağlık Bakanlığı RTÜK	MEB Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı DSÖ CDC TAPDK Film yapımcıları Diğer medya mensupları STK	Sürekli	1. Tiryakiler, 2. Özellikle medya mensupları arasında sigara kullanımının yaygın olması 3. Tütün endüstrisi	1. Toplumda sigara kullanımını ile ilgili algılamının değişimi 2. Sigara kullanımına karşı tutumda değişme	Tekrarlanan araştırmalar

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 3 Tütün endüstrisinin geçmişten günümüze uygulamaları ile ilgili bilgilerin toplumun paylaşımına açılması	3.1. Kanıta dayalı verilerle açıklanmış, ulaşılabilen bilgilerin kamuoyuna açıklanması 3.2. Medya kuruluşları ile işbirliğinin artırılması 3.3. Medya mensuplarının bilgilendirilmesi 3.4. Konu ile ilgili TAPDK birikim ve uygulamalarının kamuoyuna açıklanması	Sağlık Bakanlığı TAPDK	Milli Eğitim Bakanlığı TAPDK TEKEL Maliye Bakanlığı İçişleri Bakanlığı Gümrük Müsteşarlığı Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Medya RTÜK DSÖ İlgili uluslararası organizasyonlar STK	Süreklili	1. Tütün endüstrisi 2. Medyanın ilgisizliği 3. Toplumun konuya ilgi göstermemesi	Toplumun konu ile ilgili bilgi düzeyinde artış sağlanması	Toplumun bilgi düzeyini ölçen araştırmalar
Strateji 4 Başta toplumda rol model veya önemli etkisi olduğu bilinen meslek grupları olmak üzere tüm hedef gruplara yönelik geniş tabanlı eğitim materyalleri (websitesi, kitap, film vs.) geliştirilerek bilgilendirme ve bilinç düzeylerinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması	4.1. Konuyla ilgili tüm tarafların katılacağı bir çalıştay düzenlenmesi 4.2. Hedef gruplara yönelik eğitim materyali geliştirilmesi ve geliştirilen materyalin ilgili gruplara dağıtımının sağlanması	Sağlık Bakanlığı TAPDK	Milli Eğitim Bakanlığı STK	2010-2011	1. Tütün Endüstrisi 2. Sigara için sanatçı ve sporcular, siyasiler, doktorlar vb.	1. Çalıştayın yapılması 2. Materyalin hazırlanması ve ilgili kişi ve kurumlara dağıtılmasına ilişkin kayıtlar 3. Toplumun rol modellerinin bilgi düzeylerinde artış	Toplumun değişik kesimlerinin bilgi düzeyini ölçen araştırmalar

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 5 Kurum yöneticileri ve yetkilileri ile işyeri sorumlularının, tütün mamullerinin zararları ve kapalı mekânlarda tütün mamullerinin içilmesi konusunda bilinçlenmesinin sağlanması	5.1. İl ve ilçe yöneticilerinin 4207 sayılı Kanun, Kabahatler Kanunu ve diğer ilgili mevzuat konusunda bilgilendirilmesi amacı ile toplantılar düzenlenmesi 5.2. “Sigarasız işyerleri” kampanyası başlatılması amacı ile işçi, işveren ve memur sendikaları ile toplantılar yapılması 5.3. Olumlu örneklerin topluma tanıtılması	Sağlık Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı İşçi ve işveren sendikaları Memur sendikaları Medya	2011	1. Vali ve kaymakamların konuya ilgisizliği 2. Sendikaların konuya ilgisizliği 3. Medyanın ilgisizliği	1. “Sigarasız işyeri” sayıları 2. Kabahatler Kanunu’nun ilgili maddesinin uygulanma sayısı 3. Olumlu örneklerle ilgili yayın süresi	1. Kabahatler Kanununun ilgili maddesinin uygulanma sayısı 2. Sigarasız işyeri sayılarını ortaya koyan değerlendirmeler

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol için Sağlanacak Veri
Strateji 6 Medyanın, bilinçlendirme çalışmalarına aktif olarak katılımının sağlanması, bu çalışmalara toplumu etkileyen rol modellerin katılımının sağlanması	6.1. RTÜK ile toplantı yapılması 6.2. Gazeteciler Cemiyeti ile görüşülmesi 6.3. İllerde yerel TV- radyo kuruluşları ve yerel medya ile toplantı yapılması 6.4. Konuya ilgili/duyarlı rol modeli kimliklerin bulunması 6.5. Olumlu örneklerin topluma tanıtılacağı ortak etkinliklerin planlanması ve düzenli olarak uygulanması 6.6. Medyanın kullanması için materyal hazırlanması	Sağlık Bakanlığı RTÜK	Devlet Bakanlığı İçişleri Bakanlığı TAPDK Yayın kuruluşları Duyarlı sanatçı ve sporcular	Sürekli	1. Medyanın ilgisizliği 2. Tütün endüstrisi 3. Sigara için rol modeller 4. Kabahatler Kanunu'nun ilgili maddelerinin yeterince uygulanmaması	1. Medyada konu ile ilgili haber sayısı 2. TV film ve dizilerinde olumlu görüntülerin sayısı	Konu ile ilgili tekrarlanan araştırmalar

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 7 Belediyeler ve sivil toplum örgütleri tarafından yetişkinlere yönelik yapılan her türlü eğitim faaliyetine ek olarak konu ile ilgili bilinçlendirme yapılması	7.1. Bölgesel olarak belediye başkanları ve belediye sağlık müdürleri ile toplantılar yapılması 7.2. Belediyeler tarafından sağlıklı kent kavramı içinde sigarasız il ve ilçe örneklerinin oluşturulması için uygulamaların yapılması 7.3. Belediye zabıtalарının konuya ilgilerinin artırılması amacıyla eğitim yapılması (özellikle okul çevrelerinde ve tek sigara satışının önlenmesi konusunda) 7.4. Bölgesel olarak STK'larla toplantılar yapılması	İçişleri Bakanlığı	Belediyeler STK Halk eğitim müdürlükleri DSÖ	2010 2010-2011	1. Belediye başkanlarının konuya ilgisizliği 2. STK temsilcilerinin konuya ilgisizliği 3. Zabıtalарın konuya ilgisizliği	1. Sigarasız kent politikasını benimseyen il-ilçe ve belde sayısı 2. Konu ile ilgili halk eğitimi sayısı	1. Sigarasız il ve ilçe sayılarını değerlendiren çalışmalar 2. Belediye başkanlıklarından konu ile ilgili düzenli alınan briefing 3. Tekrarlanan araştırmalar
Strateji 8 İlgili kamu kurumlarının ve STK'ların tamamının tütün mücadelesi konusundaki rolleri ile ilgili olarak bilinçlendirilmesi	8.1. İlgili Bakanlıklar ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ile toplantılar yapılması 8.2. STK temsilcileri ile toplantı yapılması	Sağlık Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı Maliye Bakanlığı Sanayi ve Ticaret Bakanlığı MEB Hazine Müsteşarlığı Dış Ticaret Müsteşarlığı Gümrük Müsteşarlığı STK DSÖ TAPDK	Sürekli	1. Tarafların konuya ilgisizliği 2. Tütün endüstrisi	1. Sigara içilmeyen kapalı ortam sayısı 2. Cezai uygulama sayısı	İlgili tarafların katılımı ile yapılan değerlendirmeye toplantıları tutanakları

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 9 Belirlenen eğitim politikalarını uygulamak üzere kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde ortak eğitim çalışmalarının yürütülmesi	9.1. İlgili Bakanlıklar ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ile toplantılar yapılması 9.2. STK temsilcileri ile toplantı yapılması 9.3. Çalışmaların sürekliliğinin sağlanması için bir koordinasyon kurulunun oluşturulması, faaliyetlerin yıllık olarak planlanması ve değerlendirilmesi	Sağlık Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı Maliye Bakanlığı Sanayi ve Ticaret Bakanlığı MEB Hazine Müsteşarlığı Dış Ticaret Müsteşarlığı Gümrük müsteşarlığı STK DSÖ Medya TAPDK	2012	1. Tarafların konuya ilgisizliği 2. Tütün endüstrisi	1. Yapılan toplantı sayısı 2. Alınan kararların uygulamaya girme durumu 3. Koordinasyon kurulunun oluşması	Faaliyet planları ve raporlar
Strateji 10 Sürdürülen bilgilendirme/bilinçlendirme, eğitim kampanyalarının etkinliğinin düzenli olarak izlenmesi	10.1. İlgili Bakanlıklar, diğer kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ile toplantılar yapılması 10.2. STK temsilcileri ile toplantılar yapılması	Sağlık Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı Maliye Bakanlığı Sanayi ve Ticaret Bakanlığı MEB TAPDK Hazine Müsteşarlığı Dış Ticaret Müsteşarlığı Gümrük müsteşarlığı STK TÜİK	Sürekli	1. Tarafların konuya ilgisizliği 2. Tütün endüstrisi	1. Çeşitli gruplara yönelik yapılan kampanya sayısı 2. Toplumun bilgi düzeyinin artması 3. Toplumda sigara kullanımına karşı tutum değişikliği	1. Sigara kullanım oranlarının izlenmesi için yapılan araştırmalar 2. Pasif etkilenen oranlarının izlenmesi için yapılan araştırmalar

Sigarayı Bırakma

Amaç: Sigarayı bırakmanın yaygınlaştırılması, tütün bağımlılığının tedavisinde ve tekrar başlamanın önlenmesinde başarı oranının yükseltilmesi						
Hedefler: 2008 Küresel Erişkin Tütün Araştırmasıyla saptanmış olan ulusal bırakma oranını (%33) ve bunun yaşa ve cinsiyete göre değişimini en çok beş yıl aralarla düzenli olarak izlemek. -Tespit edilecek yaşa ve cinsiyete göre standardize ulusal bırakma oranını, 2012 sonuna kadar % 40'ın üzerine çıkarmak. -Bırakma oranlarının özel gruplarda (Sağlık profesyonelleri, öğretmenler, din adamları, hamileler gibi) da saptanmasını ve izlenmesini sağlayacak araştırmaya dayalı bir izleme sisteminin 2012 sonuna kadar kurulması, -2012 sonuna kadar sağlık profesyonellerinde, yöneticilerde, öğretmenlerde, din adamlarında bırakma oranlarını %50'nin üzerine çıkarmak, -2012 sonuna kadar hamilerdeki bırakma oranlarını %90'nın üzerine çıkarmak.						
Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri
Strateji 1 Bırakma oranlarının mevcut durumunun saptanması ve düzenli aralıklarla izlenmesinin sağlanması	1.1. -"Küresel Tütün Kullanımı Araştırması-GATS" ve "Lot Kalite Araştırması" yöneticileri ile, yaşa ve cinsiyete özgü bırakma oranlarını sağlayıcı görüşme ve çalışmaların yapılması. 1.2. Yaşa ve cinsiyete özgü ulusal bırakma oranlarını sağlayacak araştırmaların periyodik olarak yapılmasının güvenceye alınmasını sağlayacak kurumlar arası bir protokolün imzalanması	Sağlık Bakanlığı	TUİK Hıfzıssıhha Mektebi TÜBİTAK DPT Üniversiteler Nüfus Etütleri Enstitüsü DSÖ CDC	2010-2011	---	Araştırmaların yapılması Araştırma sonuçlarının izlenmesi

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 2 Sağlık profesyonellerinin (doktor, hemşire, ebe) mezuniyet öncesi ve sonrası eğitiminde “Tütün bağımlılığının nörobiyolojisi ve tedavisi konusunda bırakma desteği için gerekli bilgi, tutum ve hünarları kazandırıcı standart eğitimin yer almasının sağlanması (Bu eğitim, sağlık profesyonellerinin bütün kontrolü eğitiminin bir ögesi olmalı)	2.1. Sağlık Bakanlığının bu konudaki beklentisinin ve talebinin a-Üniversiteler arası kurula, b-Yüksek öğretim Kuruluna c-İlgili Eğitim Konseylerine d-Üniversite Rektörlüklerine bildirilmesi	Sağlık Bakanlığı	MEB Üniversiteler Arası Kurul, Yüksek Öğretim Kurumu, İlgili eğitim Konseyleri, Üniversite Rektörlükleri, SB Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü,	2012	----	Müfredatta bu konuların yer alması	Müfredat değişikliğinin izlenmesi
Strateji 3 Birinci basamak dâhil tüm klinik karşılaşmalarda kısa klinisyen müdahalesinin yer almasının sağlanması	3.1. Kısa klinik müdahale konusunda bir klinik rehber hazırlanması 3.2. SB’nın, tüm klinik hizmet sağlayıcılarından rehberle uyumlu kısa klinik müdahalenin uygulanmasını yazı ile istemesi 3.3 Kısa klinik muayenenin yapıp yapılmadığının kalite kontrol göstergeleri arasında yer almasının sağlanması konusunu incelemek	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler TTB Uzman Hekimlik Demekleri İlaç endüstrisi	2011	----	1.Tam ve tedavi kılavuzu 2.Verilen mezuniyet sonrası eğitim programları 3.Etiket uygulaması sonuçları	Hekim ve sağlık kuruluşlarının kısa müdahale yönünden izlenmesinin sonuçlarının değerlendirilmesi

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 4 Tütün bağımlılığının tedavisi için yoğun klinik müdahale uygulayacak birimlerin her ilde ve her hastanede yeterli sayıda tesisi	4.1. Her hastanede bir sigara bırakma tedavi birimi kurulması, 4.2. Hastanelere ulaşımın zor olduğu yerlerde birinci basamak sağlık kuruluşlarında da bu birimlerin tesisi 4.3. Yoğun tedavinin hekimlerin performans sistemine alınması 4.4. Sigara bıraktırma tedavisi birimleri yönetmeliğinin çıkarılması.	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler TTTB Uzman Hekimlik Demekleri SGK İlaç endüstrisi	2011	----	1.Yönetmeliğin yayınlanması 2.Sigara Bırakma Polikliniği sayısı	Sağlık kuruluşlarının yoğun müdahale yönünden izlenmesinin sonuçlarının değerlendirilmesi
Strateji 5 Sigarayı bırakmak isteyenlerin telefonla veya internetle ulaşabileceği, bırakma desteği sağlayabilecek, "Telefonla Bırakma-Quitline" ve İnternetle Bırakma" hizmetlerinin tesisi	5.1. Bırakma hattı (quit line) kurulması için öncelikle bir inceleme ve araştırma ekibinin kurulması 5.2. Bırakma hattı kurulması	Sağlık Bakanlığı	STK Telekom ve GSM Operatörleri Uzmanlık Demekleri	2010-2011		Bırakma hattı pilot uygulamasının başlaması ve değerlendirme raporları	Bırakma hattı kullanım bilgileri

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 6 Nikotin bağımlılığı tedavisinde kullanılan etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış tedavilerin kolay ulaştırılabilirliğinin ve ülkemizde bulunmayanların kullanıma sunulmasının sağlanması	6.1. Bu alanda dünyada var olan ilaçların ruhsatlandırılması 6.2. Nikotin bağımlılığı tedavi ilaçlarının sigorta kapsamına alınması konusunda ilgili taraflarla görüşme yapılması	Sağlık Bakanlığı	Maliye Bakanlığı Ödemiş kurumu Türk Eczacılar Birliği İlaç Endüstrisi TTTB Uzmanlık demekleri	2010 - 2011	--	1.Ruhsatlandırılmış ilaçların listesi 2.Tedavi ilaçlarının sigorta kapsamına alınması için alınan karar	1.Ruhsatlandırma aşamasının izlemi 2.Sigorta kapsamına alınması için yapılan işlemler
Strateji 7 Okul ve işyerlerinde sigara içenlerin saptanarak bırakmaları için motivasyon ve destekleme programlarının başlatılması	7.1. Kurumlarda bırakma programları konusunda bilgilendirme yapılması, ulaştırılabilirliğin sağlanması	Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	Üniversiteler İçişleri Bakanlığı	2010 - 2011		Kurumlarda bırakma programları başlatılması	1.Bırakma programına dâhil olan kurum sayısının izlenmesi 2. Programlara dâhil olan kişi sayısının izlenmesi

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 8 Düzenli aralarla, toplumun geneline ve özel gruplara (Sağlık personeli, öğretmenler, din adamları vb.) yönelik kitlesel bırakma kampanyalarının düzenlenmesi	8.1. İki yılda bir ulusal Bırak Kazan Kampanyasına devam edilmesi ve ara yıllarda özel gruplara yönelik bırak kazan kampanyaları düzenlenmesi	Sağlık Bakanlığı	DSÖ MEB Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Türk Toraks Derneği İşçi, İşveren ve Memur Kuruluşları Diyanet İşleri Başkanlığı Medya	Sürekli		1.Yapılan kampanya sayısı 2.Kampanyalara katılım sayısı	Kampanya etkinliklerinin izlenmesi
Strateji 9 Üreme sağlığı, kanser, verem savaş gibi ulusal sağlık programlarında sigara bırakma uygulamalarının yer alması ve ilgili programlar arasında eşgüdümün sağlanması.	9.1. İlgili kuruluşlar ile görüşmeler yapılması 9.2. Programların uygulamaya girmesi	Sağlık Bakanlığı	İlgili Program Yöneticileri Uzmanlık Dernekleri	Sürekli	---	Diğer programlarda sigara bırakma ile ilgili bilgilerin yer alması	Sigara bırakma ile ilgili bilgilerin programlarda yer almasının izlenmesi
Strateji 10 Bilimsel kanıta dayalı olmayan sigara bırakma yöntemlerinin sunumunun engellenmesi	10.1. Mevcut durum ve alınacak önlemlerle ilgili bir rapor hazırlanması 10.2. Yasal dayanağın sağlanması için mevzuat hazırlanması	Sağlık Bakanlığı	Uzmanlık Dernekleri Üniversiteler TEB Adalet Bakanlığı Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Gümrük Müsteşarlığı TAPDK	Sürekli	--	1.Engellenen bilimsel kanıta dayalı olmayan sigara bırakma yöntem sayısı 2.Mevzuat hazırlanması	Engellenen yöntem sayısının izlenmesi
Strateji 11 Sigara bırakma uygulamalarının etkinliğinin düzenli izlenmesi ve bu uygulamaların izlenmesine olanak sağlayacak birimlerin güçlendirilmesi	11.1. İzleme komitesinin oluşturulması	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler DSÖ	Sürekli	--	İzleme komitesi raporları	Raporların izlenmesi

Sigara Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi

Amaç: Sigara dumanından pasif etkilenimin kanser etkeni olarak kabul edilerek tütün ve tütün mamulleri kullanmadığı halde pasif etkilenim nedeniyle risk altında olan kişi ve toplumun sağlığının koruma altına alınması							
Hedefler : 1. 2012 yılına kadar “pasif etkilenimin aktif içicilik kadar sağlığa zararlı” olduğu bilgisinin toplum geneline yayılması, 2. 2010 yılına kadar kamuya açık alanlar ve işyerlerinde tütün mamulü tüketiminin tamamen engellenmesi, 3. 2012 yılına kadar gebe ve çocukların-ergenlerin ve diğer risk gruplarının pasif etkilenimlerini anlamlı ölçüde azaltılması							
Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Starteji 1 Eğitim ve sağlık kurumları başta olmak üzere tüm kurumlarda kademeli olarak pasif içicilik ile ilgili hizmet içi eğitimlerin yapılması	1.1. Hizmet içi eğitim içeriklerinin oluşturulması 1.2. Eğitimlerin, sağlık ve eğitim kurumları başta olmak üzere bütün kurum ve kuruluşlarda başlatılmasına yönelik planlama yapılması ve uygulamaların başlatılması	Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı	İşçileri Bakanlığı DSÖ İlgili bütün diğer kurum ve kuruluşlar	2012	1. Hedef grubun büyük ve yaygın olması 2. Kurum yöneticilerinin tutumları	1. Hizmet içi eğitim materyali 2. Hizmet içi eğitim sayısı	Eğitim yapılan kurum sayıları ile ilgili değerlendirmeler

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tanımlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 2 Pasif etkilenimin sağlık riskleri konusunda halkın eğitimler yolu ile düzenli bilgilendirilerek bilinçlendirilmesi	2.1. Özel günlerde (Yeşilay haftası, 8 Mart Kadınlar Günü, 23 Nisan, 31 Mayıs, 20 Kasım vb.) pasif etkilenim ve sağlık etkileri üzerinde özel programların planlanması 2.2. Pasif etkilenim konusunda ulusal ve yerel medya organlarına yönelik programların ve kampanyaların hazırlanması ve bu hazırlıklarda Dumansız Hava Sahası yaklaşımı ile paralel temaların kullanılması 2.3. Halkın farkındalığının artırılmasına yönelik olarak televizyon ve diğer yayın organlarında konuyla ilgili yasal düzenlemenin aralıklı duyuruların yapılması. 2.4. Görsel medyada kısa metrajlı çarpıcı bilinçlendirme mesajlarının aralıklı olarak yayınlanması 2.5. Diyanet İşleri Başkanlığı ile işbirliği içerisinde Cuma hutbelerinde bilimsel verilere dayanarak hazırlanan kısa sunumlar yapılması 2.6. Kurumsal telefon hatlarından kurum mensuplarına pasif içicilik ve etkileri konusunda mesaj yollama uygulamaların başlatılması 2.7. Konuyla ilgili telefon hattı kurulması çalışmalarının yapılması 2.8. Pasif etkilenimin açık alanlardaki zararları konusunda da duyarlılık çalışmalarının yapılması	Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı	TRT RTÜK TAPDK Diyanet İşleri Başkanlığı Türk Telekom Üniversiteler Medya DSÖ STK	2012	1. Kurum yöneticilerinin tutumu 2. Yasanın uygulanması ndaki aksaklıklar	Etkinliklerin sayısı	Önerilen etkinliklerin uygulanması

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 3 Birinci basamak sağlık kuruluşlarına herhangi bir nedenle başvuran kişilere pasif etkilenimin de sorulması ve tüm başvuranlara pasif içiciliğin zararlarının anlatılması	3.1. Sigara dumanından pasif etkilenim konusunda hekim tutum ve davranışlarına yönelik eğitim programlarının ve dokumanlarının hazırlanması 3.2. Tıp fakültesi müfredatına bütün kontrolünde hekim tutumuna yönelik ekleme ve değişikliklerin yapılması 3.3. Pasif etkilenim ve ilgili kavramların tanımlandığı dokuman oluşturulması	Sağlık Bakanlığı	YÖK Üniversiteler Uzmanlık dernekleri	2010 - 2011	1. Sigara içen sağlık çalışanları ve diğer çalışanların duyarlılık ve/veya tutumlarında yetersizlik 2. Yöneticilerin ilgisiz tutumu	1. Hekimlerin sigara dumanından pasif etkilenimle ilgili başvuranlara yönelik tutumları 2. Dokumanın tamamlanması	Mevcut durum ve aktiviteler sonrası durum kıyaslama çalışmaları
Strateji 4 Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelere ve ebeveynlere; bebek ve çocukların pasif etkilenimin riskleri ile ilgili bilgi verilerek zararların anlatılması	4.1. Gebelerin ve çocukların pasif etkilenim riskleri konusunda farkındalığının artırılmasına yönelik var olan yazılı ve görsel materyallerin geliştirilmesi	Sağlık Bakanlığı	RTÜK STK DSÖ	2011	Sağlık çalışanlarının işyükünün çeşitliliği	Materyallerin hazırlanması ve dağıtımının yapılması	Mevcut durumu ve ilerlemeyi ortaya koyacak çalışmalar

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş (lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 5 İş yerlerinde, eğitim-öğretim kurumlarında, sağlık kuruluşlarında, toplu taşıma araçları ve bekleme salonlarında, kültür ve sanat hizmeti veren yerler, lokanta, bar, kuaför, alışveriş merkezleri, spor salonları ile okul ve sağlık kuruluşlarının bahçelerinde pasif etkiliminin tümüyle engellenmesi için yasal düzenlemelerin uygulanması	5.1. Kapalı alan tanımındaki karışıklığın giderilmesi ve bu konuda mevzuat ile ilgili gerekli düzenlemelerin yapılması 5.2. Yasanın uygulanmasında birincil sorumluluğu bulunan İl Tütün Kontrol Kurulu Denetim Ekiplerinin rutin denetlemelerinin sürekliliğinin sağlanması için kaynak (insan, mali, vb) oluşturulması 5.3. Denetim sonucu kesilen cezai müeyyidelerinin uygulanmasının sağlanması 5.4. Yasa ihlallerine ilişkin şikayetlerin takip edilmesi için mekanizma kurulması (telefon hattı, internet sitesi, vb) ve toplumun bu mekanizmaları kullanmasının sağlanması 5.5. Yasa düzenlemelerin ve uygulamaların (kabahatler kanunu, 4207 sayılı ysa, vb) toplum tarafından bilinmesi için tanıtım çalışmalarının yapılması	Sağlık Bakanlığı İçişleri Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı Yerel Yönetimler	TAPDK Kültür ve Turizm Bakanlığı İlgili Meslek Örgütleri	2012	1. Kurumların konuya ilgisizliği 2. Tütün endüstrisi	1. Mevzuat düzenlemelerinin yapılması 2. Cezai yaptırımların sayıları 3. Yasaya uyum düzeyinde artış 4. Denetim sayısında artma 5. İhlal sayısında azalma 6. Şikayet sayısında değişim 7. Web sitesinin kurulması 8. Şikayet hattının kurulması	Mevcut durumu ve ilerlemeyi ortaya koyacak çalışmalar

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği Yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve Kontrol İçin Sağlanacak Veri
Strateji 6 Pasif etkilendirme konusunda verilerin saptanması ve düzenli olarak izlenmesi için ulusal ölçekli araştırmalar yapılması.	6.1. Araştırma Yapılması a. Türkiye’de pasif içiciliğin değerlendirilmesine yönelik, standart ve uygulanması kolay bir form geliştirilmesi b. Bu formun geçerlik ve güvenilirlik analizinin yapılması c. Bu formun kullanılması ile Türkiye’de pasif etkilendirme prevalansı ve risk faktörlerine yönelik saha araştırması planlanması ve uygulanması 6.2. Pasif etkilendirme ölçmeye yönelik ulusal, akredite bir referans ölçüm laboratuvarı konusunda araştırma yapılması, varsa faaliyetlerin desteklenmesi, yoksa kurulma çalışmalarının yapılması	Sağlık Bakanlığı (Refik Saydam Hıfzı sıhha Mektebi)	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı- İSGÜM DPT DSÖ CDC Üniversiteler STK TÜİK	2012	Kaynak sorunları (para, işgücü, vb)	Araştırma sonuçları	Yapılan araştırma sonuçlarının izlemi ve yeni araştırma konularının belirlenmesi

B- Tütün Ürünlerine Olan Arzın Azaltılmasına Yönelik Önlemler

B-2 Gençlerin Ulaşılabilirliği

Amaç: 18 yaş altındaki bireylerin satış ve dağıtım yoluyla tütün mamullerine ulaşmasının engellenmesi							
Hedef: 2012 yılına kadar 15 yaş altı gençler arasında sigara içme oranını sıfıra, 15-24 yaş grubunda mevcut durumun yarısına indirmek							
Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği yapılacak kurum/kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve kontrol için sağlanacak veri
Strateji 1 18 yaşından küçükler tütün ve tütün mamullerinin satış ve dağıtımını yasaklayan mevcut yasal düzenlemeye uyumun denetlenmesi ve uymayanlara caydırıcı nitelikte cezai müeyyideler uygulanması	1.1. 4207 sayılı Yasanın, tüm sektörler tarafından uygulanmasının sağlanması 1.2. Yasa ile ilgili Sigara Sağlık Ulusal Komitesi tarafından savunuculuk yapılması 1.3. İl Tütün Kontrol Kurulları tarafından 4207 sayılı Kanun gereği 18 yaşından küçükler sigara satışını önlemek amacıyla okul önleri ve çevresinde Emniyet Müdürlüğü'nden de aktif katılım sağlanacak şekilde periyodik denetim programı hazırlanarak uygulanması,	İçişleri Bakanlığı TAPDK İl Tütün Kontrol Kurulları	İl Tütün Kontrol Kurulları İl Özel İdareleri Belediyeler Medya SSUK	Sürekli	1. İl yöneticilerinin tutumları 2. Medyanın ilgisizliği 3. İnsan gücü, araç ve yakıt harcamalarının karşılanmasındaki güçlükler.	1. Belirlenen sürede mevcut satış yerlerinde denetim yüzdesi 2. Belirlenen sürede mevcut satış yerlerinde uygulanan adli ceza yüzdesi	1. TAPDK Online Satış Belgesi Sistemi 2. Yapılan denetim sayısı 3. Uygulanan ceza sayısı.

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği yapılacak kurum/kuruluş (lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve kontrol için sağlanacak veri
Strateji 2 Tütün mamulleri satıcılarının ürünün alacak gençlerden, 18 yaş üstünde olduklarını belgelemelerini istemesinin sağlanması	2.1.Tütün mamulleri satıcılarının sigara satışı sırasında gereken durumda yaş ile ilgili belge istemesi 2.2.Yukarıdaki belgenin istenilme durumunun izlenmesi için gönüllü genç grubu oluşturulması 2.3.Medya tarafından bu yasağın tanıtılması 2.4.Olumlu örneklerin topluma tanıtılması	İçişleri Bakanlığı TAPDK İl Tütün Kurulu	Belediyeler STK SSUK Medya Gönüllü gençler grubu	Sürekli	Tarafların konuya ilgisizliği	1. Konu ile ilgili araştırma sonuçları 2. Olumlu örneklerin sayısı 3. Gönüllü gençler tarafından tespit edilen ihlal sayısı 4.Gönüllüler tarafından tespit edilen ihlal yüzdesi	1.Araştırma verilerinin izlemi 2. Gönüllü gençlerin sayısı ve tespitlerinin izlenmesi
Strateji 3 Toplumda 18 yaş altındakilerde tütün satışının yasak olduğu bilincinin oluşturulması	3.1.Medya tarafından 18 yaşından küçükler sigara satılmaması konusundaki mesajların verilmesi 3.2.Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu tarafından belirlenen yasal uyarıların uygulanmasının sağlanması 3.3.Milli Eğitim Bakanlığı yaygın ve örgün eğitim programlarına entegre edilmesi	Sağlık Bakanlığı TAPDK SSUK İl Tütün Kontrol Kurulu TAPDK Milli Eğitim Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı RTÜK Medya MEB Üniversiteler STK Yayıncılar Derneği vs) SSUK	Sürekli	Medyanın ilgisizliği (Tarafların ilgisizliği)	1.Konu ile ilgili araştırma sonuçlarından elde edilen yüzde 2.Denetimlerde saptanan ihlal yüzdesi 3.MEB müfredatı ve ihlal sayısı 4.Medya mesajlarının içeriği	1.Araştırma verilerinin izlenmesi 2.Denetleme sayısı ve ihlal sayısı 3.MEB müfredatı ve ihlal sayısı 4.Medya mesajlarının içeriği

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği yapılacak kurum/kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve kontrol için sağlanacak veri
Strateji 4 Tütün mamullerinin sigara satış makinelere, self servis satış, postayla sipariş ve elektronik satışlarının, market rafları ve kasaları gibi doğrudan ulaşılabilir yerlerde satılmasını yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması	4.1. Satış noktalarında gerekli düzenlemelerin yapılmasının sağlanması 4.2. İl tütün kontrol kurulu tarafından belirli bir program ile denetimlerin yapılmasının sağlanması	TAPDK İl Tütün Kontrol Kurulu	İçişleri Bakanlığı Sanayi ve Ticaret Bakanlığı STK	Sürekli	Tütün endüstrisi	1. Belirlenen program dâhilinde mevcut satış yerlerinde denetim yüzdesi 2. Belirlenen program dâhilinde mevcut satış yerlerinde uygulana para cezası yüzdesi	1. Denetim sayısı ve ihlal sayısı 2. İdari para ceza sayısı

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği yapılacak Kurum/Kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve kontrol için sağlanacak veri
Strateji 5 Tütün mamullerinin logo, renk ve şekillerinin, şeker, çerez, oyuncak, tişört, çanta vb. nesnelerde bulunmasını, bunların dağıtımını ve satışını yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması	5.1. Konu ile ilgili denetimlerin yapılması, 5.2. Konuyla ilgili toplum duyarlılığının oluşturularak ihbar edilmesinin cesaretlendirilmesi 5.3. Alo ihbar hattı oluşturulması	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı İçişleri Bakanlığı	TAPDK Sanayi ve Ticaret Odaları STK İçişleri Bakanlığı Medya Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Sağlık Bakanlığı Sanayi ve Ticaret Odaları STK	Sürekli	Tütün endüstrisi	1.Denetim yüzdesi 2.Toplum tarafından yapılan ihbarların içinde yüzdesi 3.Alo ihbar hattına gelen ihbarların içinde yüzdesi	1.Denetim sayısı 2.Toplum tarafından yapılan ihbar toplam ihbar sayısı ve bu konu ile ilgili ihbar sayısı 3.Alo ihbar hattına gelen ihbar sayıları

Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Kurum/ Kuruluş(lar)	İşbirliği yapılacak kurum/kuruluş(lar)	Tamamlanma Tarihi	Olası Engeller	İlerleme Göstergeleri	İzleme ve kontrol için sağlanacak veri
Strateji 6 Gençlerin bir arada bulundukları kafe, internet kafe, kantin, yurt vb. yerlerde tütün ve tütün mamullerinin (sigara, nargile, vb) satılmasını ve içilmesini yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması	6.1.Ortak alanlarda sigara içiminin engellenmesi ve yasanın uygulanması 6.2.Toplum tarafından bu konunun ihbar edilmesinin cesaretlendirilmesi 6.3.İl Tütün Kontrol Kurulu tarafından denetimlerin yapılmasının sağlanması	İçişleri Bakanlığı Belediyeler TAPDK	TOBB STK Yerel Medya Belediye Meslek odaları Medya	Sürekli	Tütün endüstrisi	1. Denetim yüzdesi 2. Toplum tarafından yapılan toplam ihbar içinde yüzdesi	1.Denetim sayısı ve ihlal sayısı 2.Toplumda ihbar sayısı ve ihlal sayısı
Strateji 7 Yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri, kurum ve kuruluşlarca çocuk ve gençlerin spor yapacakları, kültürel etkinliklerde bulunabilecekleri sigara dumanına maruz kalmayacakları ortamların sağlanması	7.1. Sigarasız kulüplerin teşvik edilmesi (sigarasız kulüp kampanyası) 7.2. Antrenörlerin eğitilmesi 7.3. Spor ya da eğitim çalışanlarına konu ile ilgili bilginin yerleştirilmesi	Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü	Spor kulüpleri, Federasyonlar Belediyeler YÖK Medya İçişleri Bakanlığı Özel sektör Kulüpler STK	2012	Tarafların ilgisizliği	1.Antrenörlerin bilgi düzeyi ve tutumları 2. Sporcuların bilgi düzeyi ve tutumları 3.Sigarasız kulüp sayısı 4. Müfredat değişikliği 5. Kulüp kampanyaları sayısı	1. Konu ile ilgili araştırmalar 2. Spor kulüplerinden düzenli bilgi akışı 3. Kampanyalara katılan kulüp sayısı

SAĞLIKLI BESLENME

Sağlıklı Beslenmenin Sağlanması ve Obezitenin Önlenmesi

Hedef: Toplumun sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirilmesi, besinlerin yeterli ve dengeli tüketiminin sağlanması ve beslenme bozukluklarına bağlı hastalıkların önlenmesi						
Stratejiler	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri
			Planlama	Uygulama	Yürütme	
Strateji 1 Toplumda yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının kazandırılması	1.1 Toplumun Türkiye'ye Özgü Beslenme rehberinde belirtilen yeterli ve dengeli beslenme için dört temel besin grubunda yer alan besinlerin önerilen miktarlarda tüketilmesi konusunda bilgilendirilmesi	Sağlık Bakanlığı	TSHGM, Üniversiteler	İl Millî Eğitim Müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlükleri, Belediye, Müftülükler STK, Gıda Demekleri Federasyonu, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Medya, Üniversiteler, TÜİK	Sağlık Bakanlığı Millî Eğitim Bakanlığı, RTÜK, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Diyanet İşleri Başkanlığı	Bu alanda yapılan araştırmalar, Bu alanda yapılan faaliyet sayısı
	1.2 Günlük sebze ve meyve tüketiminin en az 5 porsiyon olmasının teşvik edilmesi	Sağlık Bakanlığı	TSHGM, Üniversiteler	İl Millî Eğitim Müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlükleri, Belediye, Müftülükler, STK, Gıda Demekleri Federasyonu, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Medya, TÜİK, Üniversiteler	Sağlık Bakanlığı Millî Eğitim Bakanlığı, RTÜK, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Maliye Bakanlığı Diyanet İşleri Başkanlığı, TÜİK Üniversiteler	Bu alanda yapılan faaliyet sayısı, Saha araştırmalarının yapılması, Kişi başına düşen günlük ve yıllık sebze-meyve miktarları
	1.3 Yağlı etler yerine yağsız kırmızı et, derisiz beyaz et (tavuk, hindi) ve balık tüketiminin artırılması, kurubaklagiller ile tam tahıl ürünlerinin (ekmek yapımında dahil) kullanımının yaygınlaştırılması	Sağlık Bakanlığı	TSHGM, Üniversiteler	Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, İl Millî Eğitim Müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlükleri, Belediye, Müftülükler, STK, Gıda Demekleri Federasyonu, Sanayi Bakanlığı, Medya	Sağlık Bakanlığı Millî Eğitim Bakanlığı, RTÜK, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Diyanet İşleri Başkanlığı	Saha araştırmaları, Kişi başına tüketilen kırmızı et, beyaz et ve baklagıl miktarı
						Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor
						2010-2014
						Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor
						2010-2014
						Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor
						2010-2014

Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
	1.4 Günde en az 2 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketiminin yaygınlaştırılması (yağsız veya yağı azaltılmış süt, yoğurt, az tuzlu peynir vb)	Sağlık Bakanlığı	TSHGM, Üniversiteler	Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, İl Millî Eğitim Müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlükleri, Belediyeler, Müftülükler, STK, Gıda Dernekleri Federasyonu, Sanayi Bakanlığı, Medya	Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, RTÜK, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı	Saha araştırmaları, Kişi başına tüketilen süt ve süt ürünleri miktarı, Süt ve süt ürünlerinin satış miktarları	Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor	2010-2014
	1.5 Gıdaların hijyenik ortamda hazırlanması ile buharda pişirme, haşlama, fırında pişirme gibi sağlıklı yöntemlerin tercih edilmesinin sağlanması	Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı	TSHGM, Üniversiteler, TAPDK	Medya, Hazır Gıda Üreticileri, Belediyeler, STK	Medya, Hazır Gıda Üreticileri, STK, Belediyeler	Hijyenik ortamda hazırlanan gıda miktarı, Denetimler yapılması	Yıllık rapor	2010-2014
Strateji 2 Kronik hastalıklar için risk oluşturan beslenme ile ilişkili temel risk faktörlerinin azaltılması	2.1 Günlük beslenmede yağların enerjinin %30'unu geçmeyecek şekilde tüketilmesi ve doymuş yağ asidi içeren katı ve hayvansal kaynaklı yağlar yerine doymamış yağ asitleri içeren bitkisel kaynaklı yağların tercih edilmesinin sağlanması	Sağlık Bakanlığı	TSHGM, Üniversiteler	Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, İl Millî Eğitim Müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlükleri, Belediyeler, Müftülükler, STK, Gıda Dernekleri Federasyonu, Sanayi Bakanlığı, Medya	Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, RTÜK, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı	Bu alanda yapılan faaliyet sayısı, Yapılan saha araştırmaları, Yağ satış miktarları, Günlük kişi başına tüketilen doymuş/doymamış yağ miktarları	Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor	2010-2014

Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
	2.2 Günlük beslenmede şeker tüketiminin azaltılması	Sağlık Bakanlığı	TSHGM, Üniversite	Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, İl Millî Eğitim Müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlükleri, Belediyeler, Müftülükler STK, Gıda Demekleri, Federasyonu, Sanayi Bakanlığı, Medya	Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, RTÜK, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Diyanet İşleri, Başkanlığı	Saha araştırmaları , Günde kişi başına tüketilen şeker miktarı, Meşrubat ve tatlı satışları	Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor	2010-2014
	2.3 Tuz tüketiminin azaltılması, günlük ortalama tuz tüketiminin <100 mmol/L'yi (günde <6 g NaCl veya <2.4 g Na)Na'ya düşürülmesinin sağlanması	Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	STK, Gıda Demekleri Federasyonu, Sanayi Bakanlığı, Gıda Üreticileri, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Medya	RTÜK, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, STK	Kişi başına tüketilen günlük tuz miktarı, Saha araştırmaları	Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor	2010-2014
	2.4. Hazır gıdalardaki tuz oranlarının azaltılmasına yönelik düzenlenmelerin yapılması	Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	STK, Gıda Demekleri Federasyonu, Gıda Üreticileri / Firmalar Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Medya	Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, STK, Üretici Firmalar	İlgili yasal düzenlemelerin yapılması	Gerekli düzenlemelerin takip edilmesi	2010-2014

Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
Strateji 3 Toplumda besin güvencesinin sağlanması	3.1 Sağlığı olumsuz etkileyen besinlere ek vergi konulması, toplumun sağlıklı beslenmesi için gerekli olan temel besinlerin katma değer vergisinin azaltılması	Maliye Bakanlığı, Başbakanlık	Maliye Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı TSHGM, Üniversiteler, Gıda Demekleri, Fedarasyonu, STK	Maliye Bakanlığı	Maliye Bakanlığı	Ek vergi konulan ve katma değer vergisi düşürülen ürün listesi	Yıllık Rapor	2011
	3.2 Yoksul ve dezavantajlı gruplar başta olmak üzere sağlıklı gıda temini ve ulaşılabilirliğinin sağlanması için gerekli tedbirlerin alınması	Belediyeler, Maliye Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Maliye Bakanlığı, Belediyeler	Başbakanlık, DPT, Aile ve Sosyal Servisler, Devlet Bakanlığı, İl Millî Eğitim Müdürlükleri, Okullar, Belediyeler, STK	Maliye Bakanlığı, Belediyeler, STK	Bu konuyla ilgili yapılan düzenlemeler, Yapılan aktiviteler	Yıllık Rapor	2010- 2014

B- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol) Programının Uygulanması

Hedef: Toplumun beslenme ve sağlık düzeyini geliştirecek programların hazırlanması ve uygulanması						
Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri
			Planlama	Uygulama	Yürütme	
Strateji 1 Mevcut durumun saptanarak, ulusal programların geliştirilmesi ve uygulanması	1.1 Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nın sonuçlarının değerlendirilmesi ve izlenmesi	Sağlık Bakanlığı	TSHGM	Üniversiteler, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, TÜİK, STK	TSHGM, Üniversiteler, STK	Araştırmanın 5 ve/veya 10 yılda bir yapılması
	1.2 Ülkemizde, çocuklar ve ergenler öncelikle olmak üzere, tüm yaş gruplarında beslenme davranışlarının saptanmasına yönelik belirli aralıklarla tekrarlanan ulusal araştırmaların yapılması	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, TÜİK, STK	Sağlık Bakanlığı, TÜİK, Üniversiteler, STK	5-10 yılda bir yapılan araştırma raporları

Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
	1.3 Türkiye Sağlıkla Beslenme ve Hareketli Hayat Programının uygulanması	Sağlık Bakanlığı	TSHGM DPT, Başbakanlık GSGM, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK, Meslek Örgütleri, STK	DPT, Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, TÜİK, Meslek Örgütleri, STK	Sağlık Bakanlığı Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı , STK Milli Eğitim Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı	Planın uygulanması	Uygulama sürecinin takibi	2010- 2014
	1.4 Diğer ulusal sağlık stratejileri ve politikaları arasında beslenme ve obezite ile mücadele konularının yer almasının sağlanması	Sağlık Bakanlığı	TSHGM DPT, Başbakanlık GSGM, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK, Meslek Örgütleri, STK	DPT, Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, TÜİK, Meslek Örgütleri, STK	Sağlık Bakanlığı Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı , STK Milli Eğitim Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı	Beslenme konularının yer aldığı ulusal strateji ve politikalar	Hazırlanan strateji dökümanları	2010-2014

Strateji	Aktivite (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzlene ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
Strateji 2 Toplumsal beslenme konusunda bilinçlendirilmesi	2.1 "Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi"nin riskli gruplar ve yaş grupları da dikkate alınarak güncellenmesi ve yaygın kullanımının sağlanması	Sağlık Bakanlığı	TSHGM	Üniversiteler, İl Sağlık Müdürlükleri, Milli Eğitim Bakanlığı, Belediyeler, STK	TSHGM, Milli Eğitim Bakanlığı, Belediyeler, STK	Eğitim sayısı/ eğitilen kişi sayısı	Merkez ve il eğitim raporları	2010-2014
	2.2 Sağlıklı beslenme için güvenli besin seçimi, hazırlama, saklama, pişirme yöntemleri ile obezitenin önlenmesi ve fiziksel aktivite konularında tüketici eğitim programlarının geliştirilmesi	Sağlık Bakanlığı	TSHGM	Üniversiteler Medya STK Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı	Tüketici eğitim programı sayısı	Yıllık rapor	2010-2014
	2.3 Gıda ürünlerinin sağlıklı tüketimini desteklemek için ürün etiketlerinde tüketiciyi bilgilendirecek anlaşılır, besin öğeleri tablosunun yer alması, beslenme beyanları ile ilgili ilave düzenlemelerin yapılması	Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı Üniversiteler Ticaret Odaları STK	Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Yasal düzenlemenin yapılması ve uygulanması	Yıllık rapor	2010-2014
Strateji 3 Sağlık personelinin sağlıklı beslenme ve obezite konusundaki bilgi düzeyinin artırılması	3.1 Tıp ve sağlık meslek yüksek okulları müfredatında yer alan obezite ve sağlıklı beslenme konularının vurgulanması, yoksa yer almasının sağlanması	YÖK	Üniversiteler YÖK, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı	Üniversiteler	Üniversiteler, YÖK	Müfredatta yer alan sağlıklı beslenme konuları	Yıllık rapor	2010-2014
	3.2 Toplu beslenme hizmetlerinin (sağlık kuruluşları, huzurevleri, okullar, kreşler, lokantalar, kamu kurum ve kuruluşları vb.) sağlıklı beslenme kurallarına uygun yürütülmesi için çalışmalar yapılması, sektörde çalışanlara yönelik sertifikasyon programlarının geliştirilmesi	Sağlık Bakanlığı	TSHGM	TSHGM, MEB Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Üniversiteler, Belediyeler, TSE, STK	Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı	Çalışma tutanakları, Sertifikasyon programlarının sayısı	Yıllık rapor	2010-2014
	3.3 Konuyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde toplum sağlığı merkezlerinde beslenme konularında, özellikle risk gruplarına yönelik, diyetisyenlik hizmetlerinin geliştirilmesi	Sağlık Bakanlığı	TSHGM	Üniversiteler	TSHGM	Ön çalışma tutanakları	Yıllık rapor	2011

Hedef: Çocuk ve ergenlerde sağlıklı beslenmenin geliştirilmesi							
Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme
			Planlama	Uygulama	Yürütme		
Strateji 1 Çocuk bakımından sorumlu kişilerin beslenme konusunda bilgilendirilmesi	1.1 Başta anneler olmak üzere ebeveynlere bebeklerin doğumdan itibaren ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesi, 6 aydan itibaren anne sütü ile birlikte uygun ek besinlere başlanması ve iki yaşına kadar anne sütü ile beslenmesinin teşvik edilmesi ve özendirilmesi için bilgilendirme çalışmalarının yapılması bunun için yazılı ve görsel medyadan yararlanılması	Sağlık Bakanlığı	AÇSAP Gn.Md.lüğü	81 il Sağlık Müdürlüğü, Belediyeler, Medya, STK, RTÜK, DSÖ, UNICEF	Sağlık Bakanlığı, STK, RTÜK	Bu konuda medyada yer alan yayın sayısı	Yıllık rapor
Strateji 2 Okul çağı çocukların sağlıklı beslenme konusunda duyarlılıklarının artırılması	2.1 Okullarda beslenme ile ilgili müfredatın güncellenmesi ilk ve orta öğretimde sağlıklı beslenme temel ilkelerinin öğretilmesine en az iki saat artış yapılması 2.2 Okullarda sağlıklı beslenme ile ilgili etkinliklerin yaygınlaştırılması	Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Bakanlığı	Milli Eğitim Bakanlığı TSHGM	Milli Eğitim Müdürlükleri/Okullar, Üniversiteler, STK	Milli Eğitim Bakanlığı	Beslenme derslerinin içeriği ve saati	Yıllık rapor
		Milli Eğitim Bakanlığı	Milli Eğitim Bakanlığı	Milli Eğitim Bakanlığı, Belediyeler, STK, DSÖ, UNICEF	Milli Eğitim Bakanlığı	Yapılan etkinlik sayısı	Yıllık rapor
							2010-2014

Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
Strateji 3 Okul çağı çocuklarının sağlıklı besinleri tüketmeleri konusunda teşvik edilmesi	3.1 Çocukluk ve ergenlik döneminde sıkça tüketilen ve şişmanlık açısından risk taşıyan yiyecek ve içeceklerin tüketiminin sınırlandırılması	Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı	İl Milli Eğitim Müdürlükleri/ok ul aile birlikleri, Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Medya, STK, Gıda Üreticileri	Milli Eğitim Bakanlığı, TSHGM, AÇSAP, RTÜK, STK	Hazırlanan plân, uygulamaya geçirilen program sayısı	Yıllık rapor	2011-2014
	3.2 Çocuk ve ergenlerin toplu bulunduğu okul, dersane ve sinema gibi mekânlarda sağlıklı gıdaların satışının özendirilmesi, özellikle sosyo- ekonomik düzeyi düşük bölgelerde ücretsiz taze sebze, meyve ve süt dağıtımının yapılması	Milli Eğitim Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı	Milli Eğitim Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Belediyeler, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, STK, Medya, Gıda Üreticileri	Milli Eğitim Bakanlığı, Belediyeler, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Sağlıklı ürünlerin satıldığı yer sayısı	Yıllık rapor	2011-2014
	3.3 Ayaküstü (fast food) restoranlarda çocukluk çağında ilgi çeken ürünlerin reklam ve özendirme amacıyla kullanılmasının engellenmesi	Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Üniversiteler, STK, Üretici Firmalar	Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı	Promosyon ürünü vermeyen ayaküstü restoran sayısı	Yıllık rapor	2011-2014

Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
	3.4 Okul kantinleri ve kafeteryalarda obeziteye yol açabilecek enerjisi yüksek, besleyici değeri düşük gıdaların satışının sınırlandırılması, hedef kitleyi bu tür besinleri tüketmekten caydırmak için tedbirler alınması, çocuklara yönelik gıda ürünlerinin tanıtımına düzenleme getirilmesi	Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı	Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı	Milli Eğitim Bakanlığı, RTÜK, Sivil Toplum Kuruluşları, Gıda Üreticileri, Belediyeler, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Milli Eğitim Bakanlığı, RTÜK, Sivil Toplum Kuruluşları, Gıda Üreticileri	Sağlıklı beslenme kriterlerine uygun satış yapan kantin ve kafeterya sayısı	Denetim raporları	2010-2014
	3.5 Okul öncesi kurumlar, ilköğretim ve ortaöğretim kurumları ve üniversitelerde sunulan menülerin yeterli ve dengeli beslenme ilkelerine uygunluğunun konusunda uzman kişilerce denetlenmesi ve Sağlık Bakanlığı önerileri doğrultusunda geliştirilen menülerin uygulanması	Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Milli Eğitim Bakanlığı, Üniversiteler, YÖK, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Milli Eğitim Bakanlığı, Üniversiteler, YÖK, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı	Önerilen menülerin uygulandığı okul sayısı	Denetim raporları	2010-2014

Hedef: Yetişkinlerde sağlıklı beslenme bilincinin geliştirilmesi ve iletişim araçlarının kullanımı								
Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
Strateji 1 Toplumun beslenme konusunda bilinçlendirilmesi nde yazılı ve görsel basından yararlanılması	1.1 Görsel ve yazılı basında yer alan beslenme ile ilgili program ve beyanların toplum sağlığını koruyucu ve geliştirici, ulusal beslenme politikalarına uygun ve bilimsel nitelikte olmasının sağlanması	Sağlık Bakanlığı, RTÜK, Basın Yayın Kuruluşları	TSHGM, RTÜK, Üniversiteler	TSHGM, RTÜK, Basın Yayın Kuruluşları, STK, Gıda Üreticileri	TSHGM RTÜK Basın Yayın Kuruluşları STK	Ulusal beslenme politikalarına uygun program sayısı	Yıllık rapor	2010-2014
	1.2 Kitle iletişim araçlarında yağ, un, tuz ve şeker vb. nin aşırı tüketimi ile yetersiz ve dengesiz beslenmenin kronik hastalıkların oluşmasında risk faktörü olduğunun vurgulanması.	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, RTÜK	Medya Üniversiteler STK	Basın Yayın Kuruluşları RTÜK	Yayınlanan program sayısı	Yıllık rapor	2010-2014
	1.3 Özellikle kadın programlarda yer alan yemek hazırlama ve pişirmeye ilişkin bölümlerin diyetisyen eşliğinde yapılması, bilimsel ve yeterli ve dengeli beslenme ilkelere uygun, ekonomik seçeneklerden oluşturulması ve doğru mesajları içermesinin sağlanması	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, RTÜK	Sağlık Bakanlığı, Medya STK RTÜK	Basın Yayın Kuruluşları RTÜK	Bu konuda gerekli yasal düzenlemenin yapılması,	Yıllık izleme ve denetim raporları	2010-2014
	1.4 Sağlığa olumsuz etkisi olan beslenme ürünlerinin reklamlarına kısıtlama getirilmesi	Sağlık Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Tarım ve Köylüleri Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, RTÜK	Sağlık Bakanlığı, Medya, STK	Basın Yayın kuruluşları, RTÜK	Reklamına kısıtlama getirilen ürün sayısı	Yıllık rapor	2010-2014

Strateji	Aktivitelere (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
Strateji 2 İlgili kurum ve kuruluşların işbirliğinin yapılması	2.1 TSK bünyesindeki erlere yönelik sağlıklı beslenmenin yararları ve işbirlik konulu bilgilendirici toplantılar düzenlenmesi	Milli Savunma Bakanlığı, TSK	Milli Savunma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Genel Kurmay Başkanlığı, GATA	Milli Savunma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Genel Kurmay Başkanlığı, GATA	Milli Savunma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Genel Kurmay Başkanlığı, GATA	Sağlıklı beslenme eğitimi alan asker sayısı	Yıllık rapor	2010-2014
	2.2 Sağlıklı beslenme konusunun hutbe ve vaazlarda işlenmesi	Diyanet İşleri Başkanlığı	Sağlık Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı	Müftülükler STK	Diyanet İşleri Başkanlığı	Sağlıklı beslenme konusunda verilen hutbe ve vaaz sayısı	Yıllık rapor	2010-2014
	2.3 Yerel yönetimlerin, ilgili uzmanların katılımı ile sağlıklı beslenme konulu etkinlikler düzenlenmesi	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, İçişleri Bakanlığı	Yerel Yönetimler STK	İçişleri Bakanlığı, Belediyeler	Düzenlenen etkinlik sayısı	Yıllık rapor	2010-2014
	2.4 İlgili tüm kamu kurum ve kuruluşları, özel sektör, sivil toplum örgütleri, üniversiteler ve uluslararası kuruluşlar ile etkin işbirliğini sağlayacak faaliyetlerin düzenlenmesi	Sağlık Bakanlığı	TSHGM	Başbakanlık, İlgili Ulusal ve Uluslararası Kurum ve Kuruluşlar, STK, Gıda Sektörü	TSHGM	Çok sayıda kuruluşun katılımıyla düzenlenen toplantı ve faaliyet sayısı	Yıllık rapor	2010-2014

FİZİKSEL HAREKETLİLİK
Toplumda Fiziksel Hareketliliğin Sağlığa Olumlu Katkıları Konusunda Farkındalık Oluşturmak

Hedef: Çocuklar ve ergenlerde fiziksel hareketlilik bilincinin oluşturulması.

Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
Strateji 1 Çocukların düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığı sağlayacak fiziki koşulların oluşturulması	1.1 Kolay ulaşılabilir mesafede yeterli ve güvenli oyun ve spor alanlarının oluşturulması	İçişleri Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü	İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü	İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü	Hizmete giren oyun ve spor alanları	Yıllık Rapor	2010-2014
	1.2 Kamu kurum/kuruluşları ve okulların spor tesislerinin tatil günlerinde toplumun kullanımına açılması	Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü	Bakanlıklar, Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü	Bakanlıklar, Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü	Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Valilikler	Tatil günlerinde kamuya açılan spor tesisleri sayısı	Yıllık Rapor	2010-2014
	1.3 Bisiklet ve yürüyüş yollarının mevcut yerleşim alanlarında yaygınlaştırılması, yeni açılacak yerleşim yerlerinde zorunlu hale getirilmesi	İçişleri Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı, Bayındırlık Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü	İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü	İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü	Hizmete açılan bisiklet ve yaya yolu /uzunluğu	Yıllık Rapor	2010-2014

Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
Strateji 2 Okul çağı çocuklarda düzenli fiziksel aktivite yapılmasının teşvik edilmesi	2.1 Okullardaki fiziksel hareketlilik ders ve etkinliklerinin, kulüp çalışmalarının süre ve sayıca artırılması	Milli Eğitim Bakanlığı	Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Bakanlığı	81 il Milli Eğitim Müd., Sağlık Bakanlığı, STK	Milli Eğitim Bakanlığı	Haftalık beden eğitimi dersi sayısı	Yıllık Rapor	2010-2014
	2.2 Çocukların sosyal ve fiziksel gelişimine katkı sağlayacak izcilik gibi etkinliklerin geliştirilmesi	Milli Eğitim Bakanlığı	Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Bakanlığı, Gençlik ve Spor GM	81 il Milli Eğitim Müd., Sağlık Bakanlığı, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü	Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor İl Müdürlükleri	İzcilik klübü ve etkinlik sayısı	Yıllık Rapor	2010-2014
	2.3 Yaz kampları sayısının her ilde en az bir adet olacak şekilde yapılması ve bu kamplardan yararlanılan öğrenci sayısının artırılması	Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Belediyeler	Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü	Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü Belediyeler, STK Özel Kulüpler	Gençlik ve Spor İl Müdürlükleri	Yaz kampından yararlanılan öğrenci sayısı	Yıllık Rapor	2010-2014

Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
	2.4 Çocuk ve ergenlerde fiziksel hareketsizliğe sebep olan televizyon seyretme, bilgisayar oyunları oynama gibi etkinliklerin en alt düzeye indirilmesinin sağlanması	Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sorumlu Devlet Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Devlet Bakanlığı, Üniversiteler	Milli Eğitim Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Medya, STK, Üniversiteler, RTÜK	İlgili Bakanlık ve ilgili Kurumların İl teşkilatları	Çocukların TV ve bilgisayar başında geçirdikleri sürelerin ilişkin araştırmalar	Araştırma sonuçları	2010-2014
	2.5 İlgili tüm sektörlerle (kamu, belediyeler, özel, STK) etkin işbirliğinin sağlanması	Sağlık Bakanlığı	TSHGM	Başbakanlık, İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar, STK	TSHGM	Çok sayıda kuruluşun katılımıyla düzenlenen toplantı ve faaliyet sayısı	Yıllık Rapor	2010-2014

Hedef: Yetişkinlerde fiziksel hareketlilik bilincinin oluşturulması							
Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme
			Planlama	Uygulama	Yürütme		
Strateji 1 Toplumda düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığı sağlayacak fiziki koşulların oluşturulması	1.1 Çalışanların öğle aralarında fiziksel hareketliliğe özendirilmesi ve bunun için uygun koşulların sağlanması	Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	Üniversiteler, İlgili Tüm Kamu ve Özel Kuruluşlar, STK, Belediyeler	Valilikler, Yerel Yönetimler	Spor salonu açan işyeri sayısı	2010-2014
	1.2 Yaşam alanlarında yaya yollarının tüm yaş grupları için güvenli ve rahat yürünebilir hale getirilmesi	İçişleri Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü	İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü	İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü	Güvenli ve rahat yürünebilir hale getirilen yol uzunluğu	2010-2014
	1.3 Çevresel yaşam alanlarının taşıtlara değil, öncelikle yayalara ait olması gerektiği hususunda yerel yönetimlerin bilinçlendirilmesi	İçişleri Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü	İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü	İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü, Basın Yayın Kuruluşları	Yapılan etkinlik sayısı	2010-2014
	1.4 Fiziksel aktivite faaliyetlerine ulaşılabilirliğinin fizik ve mali koşullar bakımından kolaylaştırılması	Özel sektör, Belediyeler	Belediyeler, STK	İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar, STK, Belediyeler, Özel sektör	İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar, STK, Belediyeler	Bu alanda yapılan düzenlemeler	2010-2014

Strateji	Aktiviteler (Faaliyetler)	Sorumlu Birim	Paydaşlar			Performans Kriterleri	İzleme ve Değerlendirme	Zamanlama
			Planlama	Uygulama	Yürütme			
Strateji 2 Yetişkinlerde düzenli fiziksel aktivite yapılması konusunda farkındalığın oluşturulması	2.1 İleri yaş grubundaki kişilere yaş ve sağlık koşullarına uygun egzersiz alışkanlığı kazandırmaya yönelik televizyon programlarının yapılması	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Belediyeler, RTÜK	Medya, Belediyeler, Üniversiteler, STK	Belediyeler STK'lar, Basın Yayın Kuruluşları	Yayınlanan program sayısı	Yıllık Rapor	2010-2014
	2.2 Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında yetişkinlere yönelik, Beden Kitle İndeksi (BKİ)'nin takip edilmesi, bel çevresi takibi, bu konuda sağlık personeline gerekli eğitimlerin verilmesi; obezite saptanan kişilerin ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi	Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, AÇSAP Genel Müdürlüğü	81 il Sağlık Müdürlüğü	Sağlık Bakanlığı Bakanlık Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, AÇSAP Genel Müdürlüğü	BKİ Kayıtları, Sağlık personeline verilen eğitim sayısı	Yıllık Rapor	2010-2014
	2.3 İlgili tüm sektörlerle (kamu, belediyeler, özel, STK) işbirliğinin sağlanması	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Başbakanlık, İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar, STK,	SHGM	Çok sayıda kuruluşun katılımıyla düzenlenen toplantı ve faaliyet sayısı	Yıllık Rapor	2010-2014

7.3 İKİNCİL VE ÜÇÜNCÜL KORUMAYA YÖNELİK HEDEFLER VE STRATEJİLER

1. Risk Faktörleri Koruma ve Önlemeye Yönelik Hedef ve Stratejiler
2. Örgütlenme ve İnsangücü Planlaması ve Eğitime Yönelik Hedef ve Stratejiler
3. Acil Tedavi ve Kardiyopulmoner Resusitasyon’a (CPR) Yönelik Hedef ve Stratejiler
4. Cihaz Yönetimine Yönelik Hedef ve Stratejiler
5. İlaç Yönetimine Yönelik Hedef ve Stratejiler
6. Çocuk Kalp ve Damar Hastalıklarına Yönelik Hedef ve Stratejiler
7. Kardiyovasküler Cerrahiye Yönelik Hedef ve Stratejiler
8. Serebrovasküler Hastalıklara (İnme) Yönelik Hedef ve Stratejiler
9. Rehabilitasyon, Palyatif Tedavi ve Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Hedef ve Stratejiler
10. Sürveyans, Araştırmalar ve Geleceğe Yönelik Uygulamalara Yönelik Hedef ve Stratejiler
11. Kurumlar ve Sektörler Arası İşbirliğine Yönelik Hedef ve Stratejiler

7.3.1.Risk Faktörleri Koruma ve Önlemeye Yönelik Hedefler

Hedef 1: Toplumda toplam kardiyovasküler riskin azatılması

Hedef 2: Toplumda herkesin haftada en az 4 gün 30-60 dakika fiziksel aktivite yapabilmesi için gerekli olanakların sağlanması, kardiyovasküler hastalık riski (şişman, hipertansif, diyabetik hastalar, sigara içenler, hareketsiz yaşam sürenler) ve hastalığı olan bireylerde ise bireye özgü rehabilitasyon hizmetlerini almasının sağlanması

Hedef 3: Topluma kronik hastalıklardan koruyucu ve kardiyovasküler hastalığı olan bireylere hastalık risklerini azaltıcı bir beslenme alışkanlığının kazandırılması

Hedef 4: Ruh sağlığı ve fiziksel hastalıklar arasındaki ilişkinin önemi konusunda eğitimlerin düzenlenmesi

7.3.2. Örgütlenme, İnsangücü Planlaması ve Eğitime Yönelik Hedef ve Stratejiler

7.3.2.1. Örgütlenme ve İnsangücü Planlamasına Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1: 2014 yılına kadar sağlık sisteminin tüm basamaklarındaki sağlık personelinin kalp damar hastalıklarını önleme ve kontrol açısından uygun ve yeterli hale getirilmesi

Hedef 2: Erişkin/pediyatrik kardioloji ve kardiyovasküler cerrahi hizmetleri veren merkezlerin etkin çalışmasının sağlanması

Hedef 3: Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik örgüt yapısının kurulması ve işler hale getirilmesi

7.3.2.2. Eğitime Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1: Sağlık eğitimi veren tüm eğitim kurumlarında/ programlarda standardizasyonu sağlanması

Hedef 2: Eğitiminin sürekliliğinin sağlanması

Hedef 3: Kişilerin aldıkları eğitim ve diplomalara uygun şekilde istihdamın sağlanması

Hedef 4: Üniversitelerle Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim veren kurumlar arasında işbirliğinin sağlanması

7.3.3. Acil Tedavi ve Kardiyopulmoner Resusitasyon'a (CPR) Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1 : Halkın ilkyardım konusunda bilincini artırılması

Hedef 2: Temel Yaşam Desteği bilgisini artırılması

Hedef 3: İleri kardiyak yaşam desteği bilgisini artırılması

Hedef 4: Koroner Arter Hastalığına bağlı hastaneye gelen hastaların ölüm ve sakatlanma oranlarının azaltılması

7.3.4. İlaç Yönetimine Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1: SGK tarafından KVS hastalıklarına ait ilaçların seçiminde rasyonel kararların alınması

Hedef 2: Akılcı ilaç uygulamaları ile en sorunsuz ve en başarılı biçimde tedavi gerçekleştirilmesinin sağlanması

Hedef 3: KVS hastalıklarının tedavisinde kullanılan hayati önemi olan veya daha ucuz tedavi imkânı sağlayan ilaçların erişilebilir olmasının sağlanması

Hedef 4: KVS hastalıklarında ikinci ve üçüncü basamak tanı ve tedavi kılavuzlarının oluşturulması ve var olan klavuzların güncellenmesi

Hedef 5: Kalp ve damar hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçların daha fazla hastaya ulaşması için ulusal sağlık politikasının belirlenmesi

7.3.5. Cihaz Yönetimine Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef1 : Fayda – maliyet açısından en uygun cihazın sağlanması

Hedef 2: Tıbbi cihazların optimum kullanımını sağlamak, eksiklik veya bozulmaların yarattığı olumsuz sonuçları en aza indirilmesi-

Hedef 3: Piyasa Gözetimi ve Denetimi ile Uyarı Sisteminin Türkiye genelinde etkin olarak uygulanması

7.3.6. Çocuklarda Kalp ve Damar Hastalıklarına Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1: Erişkin yaşa gelmiş doğumsal kalp hastalarının kaliteli sağlık hizmeti alması

Hedef 2: Doğumsal kalp hastalıklarının prevelans, morbidite ve mortalitesinin azaltılması

Hedef 3: Romatizmal ateş ve romatizmal kalp hastalıklarının eradikasyonun sağlanması

7.3.7. Kardiyovasküler Cerrahiye Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1: Kalp cerrahisi merkezlerinin fiziksel ve fonksiyonel açıdan standart hale getirilmesi

Hedef 2: Kalp cerrahisi merkezleri için yeterli sayıda ve uygun nitelikte sağlık personeli temin edilmesi

Hedef 3: Ulusal veri tabanı oluşturulması

Hedef 4: Doku ve organ greft bankaları oluşturulması

Hedef 5: Pediatrik kalp cerrahisinin yeterli düzeyde yapılandırılması

7.3.8. Serebrovasküler Hastalıklara (İnme) Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1: Risk faktörlerinin azaltılması

Hedef 2: İlk 3 saatte trombolitik tedavi alan hasta sayısını tüm iskemik inmelerin %5'i düzeyine ulaştırılması

Hedef 3: İnmeli hastalarda hastane ve hastane sonrasında mortalite ve morbiditeyi azaltılması

7.3.9. Rehabilitasyon, Palyatif Tedavi ve Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1: 2014 yılına kadar kalp ve damar hastalıklarıyla ilgilenen sağlık personelinin %75'inde kardiyak rehabilitasyon konusunda farkındalığın oluşturulması

Hedef 2: 2014 yılına kadar kalp ve damar hastalığı gelişen kişilerin ve yakınlarının en az %30'unda kardiyak rehabilitasyon konusunda farkındalığın oluşturulması

Hedef 3: 2014 yılına kadar Türkiye 'de kardiyak rehabilitasyon alanında istihdam edilecek kardiyak rehabilitasyon ekip üyelerinin eğitimi ve yetiştirilmesi

Hedef 4: Rehabilitasyon ve palyatif tedavi uygulamasına yönelik olarak eğitim materyalleri (kitap, doküman, broşür, film vb.) 2012 yılına kadar hazırlanması (özellikle evde bakım sürecinde)

Hedef 5: Nörolojik rehabilitasyon alanında yüksek lisans ve doktora programları oluşturulması, kardiyak rehabilitasyon alanındaki program sayısını artırılması

Hedef 6: Sağlık Bakanlığı hastanelerinin rehabilitasyona özelleşmiş birimlerini kardiyak ve nörolojik rehabilitasyon uygulamalarına yönelik olarak reorganizasyonu ve özel hastanelerin rehabilitasyon alanına teşvik edilmesi

Hedef 7: Evde bakım mevzuatının; kardiyak ve nörolojik bakım gerektiren hastaların, il sağlık müdürlükleri bünyesinde takip ve kaydedilecek şekilde düzenlenmesi ve hastaların ihtiyaçlarına yönelik olarak evde bakım hizmeti veren özel ve kamu kurumlarına yönlendirilmesine olanak verecek şekilde düzenlenmesi

Hedef8: Sağlık Bakanlığı bünyesinde rehabilitasyon ve evde bakım hizmetlerinin organizasyonundan sorumlu bir daire başkanlığının oluşturulması

7.3.10. Sürveyans, Araştırmalar ve Geleceğe Yönelik Uygulamaların Hedef ve Stratejileri

Hedef 1: Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ve risk faktörlerinin (RF) izlenmesine yönelik ulusal ölçekte bir veri tabanı oluşturulması

Hedef 2: Ulusal ve bölgesel düzeyde periyodik saha araştırmalarının yapılması

Hedef 3: AR-GE faaliyetlerinin güçlendirilmesi

7.3.11. Kurumlar ve Sektörler Arası İşbirliğine Yönelik Hedef ve Stratejiler

Hedef 1: Sağlık ile ilgili tanıtım programlarının plan döneminde % 20 oranında artırılması ve standart bir denetimden geçirilerek yayınlanması

Hedef 2: Kalp ve damar hastalıkları konusunda kurumlar arası koordinasyon ve işbirliğinin güçlendirilmesi

Hedef 3: Mevzuat düzenlemeleri ve Avrupa Birliği müktesebatına uyum sağlanması

7.4 İKİNCİL VE ÜÇÜNCÜL KORUMAYA YÖNELİK STRATEJİK PLAN VE EYLEM PLANI

7.4.1. RİSK FAKTÖRLERİ KORUMA VE ÖNLEME

Hedef 1: Toplumda toplam kardiyovasküler riskin azaltılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı Ulusal Kalp Sağlığı Platformu İlgili diğer meslek demekleri	Kardiyovasküler riskin belirlenmesine yönelik araştırmanın (baseline survey) yapılması	Strateji 1 Güncel ulusal ve uluslararası kılavuzlar doğrultusunda eş zamanlı çok yönlü risk faktör modifikasyonu yapmak Strateji 2 Hekimlerin veya rehabilitasyon programlarının sigarayı bırakmasının yanı sıra sağlık politikası olarak da toplumun sigaranın zararları konusunda bilinçlendirilmesi eğitilmesi ve bırakılması konusunda teşvik edilmesi	Faaliyet 1 Medyada kardiyovasküler hastalık risk faktörleri konusunda bilgilendirici reklam filmleri hazırlanması ve yaygın (sinema, konser, maç) olarak gösteriminin sağlanması	1 yıl	Sağlık Bakanlığı	TKD, Medya kuruluşları, ilgili diğer meslek dernekleri Üniversiteler	1.Film sayısı 2.Gösterilme sıklığı
			Faaliyet 2 Sağlık personelinin (özellikle birinci basamakta görev alan doktor, diyetisyen, ebe, hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni vb) eğitimi, şişman, hipertansif, diyabetik hastalar, sigara içenler, hareketsiz yaşam sürenler gibi yüksek risk gruplarının eğitimi, genel nüfusun bilgilendirilmesi amacıyla da değişik eğitim materyallerinin hazırlanması (broşür, dergi, reklam vb)	Sürekli	Sağlık Bakanlığı	İlgili dernekler (Ulusal Kalp Sağlığı platformu), Üniversiteler,	Eğitimin etkinliğinin ölçülmesine yönelik anket yapılması
			Faaliyet 3 Sigara bıraktırma ünitelerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması	5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, dernekler	1.Ünite sayısı, 2.Başvuran kişi sayısı
			Faaliyet 4 Sigara bıraktırma eğitiminin tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi eğitim programları kapsamına alınması	5 yıl	Sağlık Bakanlığı, YÖK	Üniversiteler	Programa alan üniversite sayısı

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı Ulusal Kalp Sağlığı Platformu İlgili diğer meslek demekleri	Kardiyovasküler riskin belirlenmesine yönelik araştırmanın (baseline survey) yapılması	Strateji 3 Sağlık personelinin ve toplumun yaşam şekli değişiklikleri hakkında bilgilendirilmesi	Faaliyet 5 Sigara bıraktırma eğitiminin mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarına dahil edilmesi	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili uzmanlık dernekleri	1. Düzenlenen eğitim programı sayısı, 2. Eğitim alan kişi sayısı
			Faaliyet 6 Toplumdaki kişilerin kan basıncını, şekerini, kan yağlarını bilme eğiliminin yerleşmesi için ülke genelinde tarama programlarının yapılması	5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili uzmanlık dernekleri, TÜİK	Güncellenmiş istatistiksel veriler
			Faaliyet 7 Toplumun obezite, metabolik sendrom sigara kullanımı ve hareketsizliğin zararları konusunda eğitimler düzenlenmesi	Sürekli (5 yıl)	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Sağlık kuruluşları, ilgili uzmanlık dernekleri	Eğitim sayısı, eğitime katılan birey sayısı
			Faaliyet 8 Bütün basamaklarda görev alan hekimlerin kullanımı için hastalarına bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesini teşvik bazında ve riskli bireyleri tespit bağlamında hastalık öykülerinde minimum sorulması gereken standart formlar geliştirilmesi	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, ilgili uzmanlık dernekleri, TÜİK	
			Faaliyet 9 Sağlık haberlerinin doğruluğuna, güncelliğine ve etik açıdan denetimine yönelik bir mekanizmanın oluşturulması	5 yıl	Sağlık Bakanlığı, RTÜK	Ulusal Kalp Sağlığı Platformu, Üniversiteler	

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı Ulusal Kalp Sağlığı Platformu İlgili diğer meslek demekleri	Kardiyovasküler riskin belirlenmesine yönelik araştırmanın (baseline survey) yapılması		Faaliyet 10 Sigara kullanımının olmayanların primlerine destek olarak indirim yapılması Faaliyet 11 Örgün eğitim kurumlarına devam eden öğrencilere, velilere ve öğretmenlere yönelik olarak eğitim materyallerinin hazırlanması (Oyun, CD, Afiş, broşür, film vb) ve çoğaltılarak bütün eğitim kurumlarına ulaştırılması Faaliyet 12 Kalp-damar hastalıklarından korunma ilkelerinin ilköğretimde ders konularına dahil edilmesi Faaliyet 13 Genç sporcu ani ölümlerinin önlenmesi açısından özellikle okullarda sporcuların lisans muayeneleri esnasında mutlaka fizik muayenenin yanı sıra EKG ve ekokardiyografinin de yapılması Faaliyet 14 Diyanet İşleri Başkanlığı bünyesindeki personele yönelik “kardiyovasküler hastalıkları, semptomları ve korunma yolları” konularını içeren periyodik seminerler düzenlenmesi Faaliyet 15 Özellikle merkezden uzak bölgelerde çalışan din görevilerine temel yaşam desteği kursu verilmesinin sağlanması	2 yıl 3 yıl 3 yıl Sürekli 2 yıl	Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı, MEB Sağlık Bakanlığı, MEB Sağlık Bakanlığı, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı Sağlık Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı	 Üniversiteler Üniversiteler Üniversiteler Üniversiteler Üniversiteler	

Hedef 2. Toplumda herkesin haftada en az 4 gün 30–60 dakika fiziksel aktivite yapabilmesi için gerekli olanakların sağlanması, kardiyovasküler hastalık riski (şişman, hipertansif, diyabetik hastalar, sigara içenler, hareketsiz yaşam sürenler) ve hastalığı olan bireylerde ise bireye özgü rehabilitasyon hizmetlerini almasının sağlanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzlene
Sağlık Bakanlığı Ulusal Kalp Sağlığı Platformu	Birey başına başlama ortalama fiziksel aktiviteye ayrılan zaman	Strateji 1 Fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik eylem planı stratejilerinin kardiyovasküler hastalığı olan bireyler için de uygulanması	Faaliyet 1 “Herkes İçin Spor Federasyonunun” amaç, hedef ve faaliyetlerinin duyurulması, sonuçların tüm medya organlarında geniş bir şekilde yer alması Faaliyet 2 Hekim bulundurma zorunluluğu olan işyerlerinde fiziksel aktivitenin yapılabilmesi için gerekli alt yapının oluşturulması	5 yıl	Sağlık Bakanlığı Herkes İçin Spor Federasyonu	Yerel yönetimler, üniversiteler	
İlgili diğer meslek dernekleri			Faaliyet 3 Kardiyovasküler hastalık konusunda çalışan sağlık personelinin ve hastaların her yıl düzenli olarak bilgilendirilmesi	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, sağlık hizmeti veren kurumlar, ilgili meslek kuruluşları, uzmanlık dernekleri	1. Gerçekleştirilen eğitim toplantısı sayısı 2. Eğitimlere katılan personel sayısı

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı Ulusal Kalp Sağlığı Platformu	Birey başına ortalama fiziksel aktiviteye ayrılan zaman		Faaliyet 4 Özellikle ikincil korunaya yönelik toplumsal alanlarda bireylerin egzersiz yapabileceği toplum içi, kamu ve özel sektör, eğitim kurumlarındaki alt yapı olanaklarının artırılması ve geliştirilmesi	5 yıl	Sağlık Bakanlığı Yerel yönetimler Herkes İçin Sağlık Federasyonu MEB	Kamu ve özel sektör kuruluşları, eğitim kurumları	Toplumsal alanlarda yeni oluşturulan spor alanı sayısı
İlgili diğer meslek dernekleri			Faaliyet 5 Bisiklet yollarının yapılması ve bisiklet kullanımının teşvik edilmesi	5 yıl	Yerel yönetimler		

Hedef 3. Topluma kronik hastalıklardan koruyucu ve kardiyovasküler hastalığı olan bireylere hastalık risklerini azaltıcı bir beslenme alışkanlığının kazandırılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı Türkiye Diyetisyenler Derneği Üniversitelerin Beslenme ve Diyetetik Bölümleri	Toplumda sağlıklı beslenme oranı	Strateji 1 Hayvansal yağlar yerine bitkisel olanların tercih edilmesi Strateji 2 Trans yağ asidi alımının azaltılması Strateji 3 Hazır gıdalardaki tuz oranlarının yeniden düzenlenmesi	Faaliyet 1 Sağlık personeline ve topluma; sağlıklı beslenme ve hastalığa özgü koruyucu beslenme mesajlarını içeren eğitimlerinin verilmesi ve belirli aralıklarla güncellenmesi Faaliyet 2 Toplu beslenme yapılan kurumlarda (sağlık kuruluşları, huzurevleri, okullar, kreşler, lokantalar, kamu kurum ve kuruluşları vb.) standart yemek porsiyonlarının oluşturulması ve beslenmeye bağlı kronik hastalıklardan koruyucu sağlıklı menü seçeneklerinin oluşturulması ve bu seçeneklerin artırılması ve diyetisyen istihdamının sağlanması	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	MEB, Türkiye Diyetisyenler Derneği Üniversiteler, ilgili meslek dernekleri, yerel yönetimler, Medya	Verilen eğitim sayısı Eğitim verilen personel sayısı
				2 yıl	İlgili tüm kurumlar	Üniversiteler, Toplu yemek hizmeti veren kuruluşlar, MEB, Tarım Bakanlığı	Uygulama yapılan kuruluş sayısı

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı Türkiye Diyetisyenler Derneği Üniversitelerin Beslenme ve Diyetetik Bölümleri	Toplumda sağlıklı beslenme oranı		Faaliyet 3 Besin endüstrisinin kronik hastalıklara yönelik ürün geliştirme ve pazarlama konusunda teşvik edilmesi ve denetlenmesi Faaliyet 4 Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programının (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı) hayata geçirilmesi Faaliyet 5 Ülkemizdeki mevcut beslenme durumunun ve beslenmeye bağlı hastalıkların saptanması amacıyla “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması”nın değerlendirilip sonuçlarının izlenmesi Faaliyet 6 İkinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan diyetisyen sayısının artırılması ve diyet danışma merkezlerinin kurulması	5 yıl	Sağlık Bakanlığı, Tarım Bakanlığı	Üniversiteler, besin endüstrisi, ilgili dernekler	Geliştirilen ürün sayısı
				5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Bakanlıklar, ilgili demekler, Medya, Besin endüstrisi	
				2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, TÜİK, ilgili meslek demekleri	
				5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Sağlık kurumları, üniversiteler, Bakanlıklar	1.Çalışan diyetisyen sayısı, 2.Kurulan diyet danışma merkezi sayısı

Hedef 4. Ruh sağlığı ve fiziksel hastalıklar arasındaki ilişkinin önemi konusunda eğitimlerin düzenlenmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Türkiye Psikiyatri Derneği Sağlık Bakanlığı	Eğitilen kişi sayısı	Strateji 1: Ruh sağlığı ve stresten kaynaklı riskin azaltılması	Faaliyet 1 Türkiye Psikiyatri Derneği ve 20 şubesi tarafından görevlendirilecek kurum ve kişiler tarafından yılda 2-4 kez uygulanacak kurslarla psikiyatri dışı hekimlerin eğitilmesi	2 yıl	Türkiye Psikiyatri Derneği	Türkiye Psikiyatri Derneği ve Sağlık Bakanlığı	Eğitim sayısı
Türk Psikoloji Derneği			Faaliyet 2 Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilecek psikiyatrist ve psikologlar tarafından kamu ve özel sektörde çalışan yönetici ve personele stres yönetimi, tükenmişlik konularına yönelik eğitim seminerlerinin her yıl düzenli olarak uygulanması	Her yıl	Sağlık Bakanlığı	Türkiye Psikiyatri Derneği, Türk Psikoloji Derneği ve Sağlık Bakanlığı	Eğitim sayısı

7.4.2. ÖRGÜTLENME İNSANGÜCÜ PLANLAMASI VE EĞİTİM

7.4.2.1. Örgütlenme ve İnsan Gücü

Hedef 1. 2014 yılına kadar sağlık sisteminin tüm basamaklarındaki sağlık personelinin kalp-damar hastalıklarını önleme ve kontrol açısından uygun ve yeterli hale getirilmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	2014 yılı sonunda kalp-damar hastalıklarını önleme ve kontrol açısından standartlara uygun hale gelmiş tüm basamaklarda çalışan sağlık personeli sayısı	Strateji 1 Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ne öncelik verilmesi	Faaliyet 1 Birinci, ikinci ve üçüncü basamakları sağlık personelinin kalp-damar hastalıklarını önleme ve kontrolüne ilişkin yaptıkları mevcut uygulamaların belirlenmesine yönelik pilot çalışma yapılması	2011	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Mesleki örgütler	Araştırma raporu
			Faaliyet 2 Sağlık personelinin iş yükü analizlerine uygun olarak personel sayısının düzenlenmesi	2012	Sağlık Bakanlığı	MB	1.Pilot çalışma verileri 2.SB personel verileri
			Faaliyet 3 Birinci basamakta görev alan sağlık personeline bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik uygulamalar konusunda eğitim verilmesi	2012	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Mesleki örgütler Özel dal demekleri	Anket

Hedef 2. Erişkin/pediyatrik kardiyoloji ve kardiyovasküler cerrahi hizmetleri veren merkezlerin etkin çalışmasının sağlanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	2014 yılı sonuna kadar merkezlerin en az % 75'inin sağlık personeli ve donanım açısından belirlenmiş olan standartlara uygun hale getirilmesi	Strateji 1 Nüfusun yoğun ve yaşlı olduğu bölgelerdeki merkezlere öncelik verilmesi	Faaliyet 1 Erişkin/pediyatrik kardiyoloji ve kardiyovasküler cerrahi hizmetleri veren merkezlerin mevcut durumunun donanım ve personel açısından sayı, nitelik ve standartlara uygunluk durumuna ilişkin verilerin belirlenmesi	2011	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Mesleki örgütler Özel dal dernekleri	SB Personel, Temel Sağlık ve Tedavi hizmetleri Genel Müdürlüğü veri tabanı, SGK veri tabanı
			Faaliyet 2 Erişkin/pediyatrik kardiyoloji ve kardiyovasküler cerrahi hizmetleri veren merkezlerin standartlara uygun teknik donanım ve sağlık personel ihtiyacının sağlanması	2011	Sağlık Bakanlığı	Maliye Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Personel, Temel Sağlık ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü veri tabanı
			Faaliyet 3 Erişkin pediyatrik kardiyoloji ve kardiyovasküler cerrahi hizmetleri veren merkezlerin standartlara uygunluğunun değerlendirilmesi için uzmanlardan oluşan kurul oluşturulması	2011	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Mesleki örgütler Özel dal dernekleri	Kurul raporları

Hedef 3. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik örgüt yapısının kurulması ve işler hale getirilmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	2014 yılı sonuna kadar tüm illerde bulaşıcı olmayan hastalıklar şube müdürlüğü kurulması ve işler hale getirilmesi	Strateji 1 Nüfusun yoğun ve yaşlı olduğu bölgelerdeki merkezlere öncelik verilmesi	Faaliyet 1 Taşra teşkilatı örgüt yapısının düzenlenmesi ve gerekli mevzuatların hazırlanması ve taşra birimlerinin kurularak işler hale getirilmesi	2014	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Meslek Örgütleri, Özel Dal Dernekleri	Sağlık Bakanlığı

7.4.2.2.Eğitim

Hedef 1: Sağlık eğitimi veren tüm eğitim kurumlarında/programlarda standardizasyonun sağlanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	Standart hale getirilmiş program sayısı		Faaliyet 1 Eğitim veren bütün kurumların katılımıyla ortak bir çekirdek eğitim müfredat programının hazırlanması Faaliyet 2 Her bir eğitim basamağı için standartları belirleyecek bir mevzuat hazırlanması Faaliyet 3 İlgili tüm uzmanlık dallarının 5 yılda bir yeterlilik sınavları yapması ve bu sınavlarda kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrolüne yönelik bilgilerin ölçümüne yer vermesi	2011	YÖK Sağlık Bakanlığı	İlgili Uzmanlık Dernekleri İlgili Özel Dal Dernekleri Özel Hastaneler MEB	2011 yılında müfredat programlarının kontrolü
				2012	YÖK Sağlık Bakanlığı MEB	MYK İlgili Uzmanlık Dernekleri İlgili Özel Dal Dernekleri Özel Hastaneler	Mevzuatın varlığı
				2014	Sağlık Bakanlığı İlgili Uzmanlık Dernekleri YÖK		2014 sınav soruları

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	Standart hale getirilmiş program sayısı		Faaliyet 4 Hekim dışı diğer meslek örgütlerinin periyodik olarak yeterlilik sınavları yapması ve bu sınavlardan alına puanların memuriyete girişte bir kriter olarak alınması	2014	Sağlık Bakanlığı İlgili Özel Dal Demekleri YÖK İlgili Meslek Grupları	MYK	2014 sınav soruları

Hedef 2. Eğitiminin sürekliliğinin sağlanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği içinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
YÖK Sağlık Bakanlığı MEB		Strateji 1 Sürekli sağlık eğitiminin özendirilmesi için kredilendirilmesi, eğitim alan kişilerin özlük hakları ve maaşlarına yansıtılması	Faaliyet 1 Yapılması planlanan bölgesel toplantıların videokonferans sistemiyle desteklenmesi	2011	YÖK Sağlık Bakanlığı		2011 yılında düzenlenen telekonferansların sayısı
			Faaliyet 2 Konuyla ilgili görsel, işitsel eğitim araçlarının hazırlanarak ilgili merkezlere ulaştırılması	2011	YÖK Sağlık Bakanlığı	Özel Dal Dernekleri İlgili Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri	2011 eğitim araçlarının ulaştırıldığı kurum sayısı
		Strateji 2 Uzaktan eğitim yöntemlerinin geliştirilmesi ve yaygın olarak kullanılması	Faaliyet 3 Her bölgede eğitim komisyonları kurulması ve bu komisyonların periyodik eğitim faaliyetleri düzenlenmesi	2011	YÖK Sağlık Bakanlığı İlgili Uzmanlık Dernekleri Valilikler	Özel Hastaneler	2014 yılında bu komisyonların düzenledikleri toplantılar

Hedef 3. Kişilerin aldıkları eğitim ve diplomalara uygun şekilde istihdamın sağlanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	2014 yılına kadar sağlık personelinin %75'nin aldıkları eğitime uygun kadrolara yerleştirilmesi		Faaliyet 1 Tüm sağlık çalışanlarının; iş ve görev analizlerinin yapılarak meslek tanımlarının ortaya konması, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi Faaliyet 2 Herkesin meslek tanımına uygun işlerde çalışabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması	2013	Sağlık Bakanlığı MYK	YÖK İlgili Meslek Kuruluşları MEB	2013 yılında mevzuat değişikliği
				2014	Sağlık Bakanlığı MYK YÖK Devlet Personel Başkanlığı		2014 yılında mevzuat değişikliği

Hedef 4. Üniversitelerle Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim veren kurumlar arasında işbirliğinin sağlanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı YÖK	2014 yılında afiliye olan sağlık kurum sayısı		Faaliyet 1 Her bölgede üniversite ve Sağlık Bakanlığının hastaneleri yöneticilerinin öncelikle kalp ve damar hastalıkları alanında bir araya gelerek afilyasyonlarını planlaması ve gerekli protokolleri yapması	2014	Sağlık Bakanlığı YÖK		2014 yılında afiliye olan sağlık kurum sayısı

7.4.3. ACİL TEDAVİ HİZMETLERİ VE KARDİYOPULMONER RESUSİTASYON (CPR)

Hedef 1: Halkın ilkyardım konusunda bilincinin artırılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	Halkın ilk yardım konusunda bilgi düzeyindeki artış oranı	Strateji 1 Nüfusun yoğun olduğu yerlere öncelik verilmesi (Ankara ve İstanbul)	Faaliyet 1 İlköğretime zorunlu ilkyardım dersi konulması	2 yıl	Milli Eğitim Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı	İlköğretim Müfredatı
			Faaliyet 2 Görsel işitsel medya yoluyla ilkyardım konusunda bilgi vermek	1 yıl	Sağlık Bakanlığı	RTÜK Basın Yayın Kuruluşları	Yayın saati
			Faaliyet 3 Halk ve fikir önderleriyle bu amaç için işbirliğine gidilmesi	2 yıl	Acil Tıp Derneği yada yeni kurulacak dernek	Sivil Toplum Örgütleri Sağlık Bakanlığı	1.Dernek üye sayısı 2.Faaliyette bulunduğu il sayısı

Hedef 2. Temel Yaşam Desteği bilgisini artırılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sivil Toplum Örgütleri	YTD sertifikası almış kişi sayısı	Strateji 1 Nüfusun yoğun olduğu yerlere öncelik verilmesi (Ankara ve İstanbul)	Faaliyet 1 Lise düzeyinde TYD sertifikasyonu verilmesi	5 yıl	Sivil Toplum Örgütleri	Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı	Sertifikalı lise mezunu yüzdesi
			Faaliyet 2 Ehliyet, iş başvurusu, evlenme gibi durumlarda TYD sertifikasyonu yenileme kısa kursları açılması	5 yıl	Sivil Toplum Örgütleri	Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı	Sertifika yenilemenin lise mezunlarına oranı
			Faaliyet 3 Asker, polis, itfaiye ve öğretmenlere, gardiyan, güvenlik personeline ilk yardım kursu verilmesi	5 yıl	Sivil Toplum Örgütleri	İlgili kurumlar	Sertifikalı personelin yüzdesi
			Faaliyet 4 TYD Kurslarını yaygınlaştırmak için dernek kurulması	2 yıl		Sağlık Bakanlığı	Derneğin kurulması
			Faaliyet 5 Otomatik eksternal defibrillatörlerin havaalanları, sinemalar, alışveriş merkezleri ve fabrikalar, öğrenci yurtları, tatil köyleri, oteller gibi kalabalık mekanlara yerleştirilme zorunluluğu getirilmesi	5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Valilikler ve belediyeler	Çalışan defibrillatör sayısı

Hedef 3: İleri kardiyak yaşam desteği bilgisini artırılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	Sertifika almış personel sayısı	Strateji 1 Tüm doktorlar, yoğun bakım ve acil servis hemşireleri, paramedikler öncelikli olacaktır.	Faaliyet 1 İKYD eğitimini tüm doktorlar, yoğun bakım hemşireleri, acil servis hemşireleri ve paramediklere sağlanması, sertifikasyon ve güncellemelerin yapılması	5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Hastane başhekimlikleri	Sertifikalı personel yüzdesi

Hedef 4. Koroner Arter Hastalığına bağlı hastaneye gelen hastaların ölüm ve sakatlanma oranlarının azaltılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Hastane Başhekimliği	1. Miyokart infarktüsü , Serebro Vasküler Olay morbidite ve mortalite istatistikleri 2. Yatan hastalar için resusitasyon başarı oranları	Strateji 1 KYD eğitiminin doktorlar, paramedikler, yoğun bakım ve acil hemşirelerine verilmesi	Faaliyet 1 Acil servislerin tedavi ve ekipman açısından standardizasyonu	5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Müdürlükleri Belediyeler	Standartlara uyan hastanelerin tüm hastanelere oranı
			Faaliyet 2 Yoğun bakım hizmetlerinin artırılması	5 yıl	Sağlık Bakanlığı	Hastane başhekimlikleri	Tüm yataklara yoğun bakım yatağı oranları
			Faaliyet 3 Hastane integrasyon sisteminin zorunlu hale gelmesi	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Müdürlükleri	İntegrasyona katılan hastane yüzdesi
			Faaliyet 4 Resüsitasyon takımlarının kurulması ve malzemelerinin tamamlanması	2 yıl	Hastane başhekimlikleri	İlgili birim şefleri ve anabilim dalı başkanlıkları	Hastanedeki İKYD sertifikası olan hekim sayısı

7.4.4. İLAÇ YÖNETİMİ

Hedef 1. SGK tarafından KVS hastalıklarına ait ilaçların seçiminde rasyonel kararların alınması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
SGK	KVS Hastalıklarının da yaşam kalitesinin artışı yaşam süresi		Faaliyet 1 Rasyonel kararlar almaya yönelik bilimsel katkı oluşturacak katılımcı bir platform oluşturulması	2011	SGK	Sağlık Bakanlığı Üniversite, Eğitim Araştırma Hastaneleri, Uzmanlık Dernekleri Endüstri Temsilci Kuruluşları, Meslek Örgütleri	Uluslararası referans alınacak saygın kuruluşların çalışmaları, uygulamaları ile karşılaştırılması
			Faaliyet 2 Geri ödemeye tabi olacak ilaçların belirlenmesine yönelik komisyonların etkinliğinin artırılması ve komisyonlarda uzmanlık derneklerinin dahil edilmesi.	2011	SGK	Sağlık Bakanlığı Üniversite, Eğitim Araştırma Hastaneleri, Uzmanlık Dernekleri Endüstri Temsilci Kuruluşları, Meslek Örgütleri	Uluslararası referans alınacak saygın kuruluşların çalışmaları, uygulamaları ile karşılaştırılması

Hedef 2. Akılcı ilaç uygulamaları ile en sorunsuz ve en başarılı biçimde tedavi gerçekleştirilmesinin sağlanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzlene
Sağlık Bakanlığı	Tedavi edilen hasta başına kullanılan ilaç (ilaç tutarı) E-reçete üzerinden hekimlerin akılcı ilaç konusundaki davranış ve tutumlarının değerlendirilmesi	Strateji 2 Tedavinin sorunsuz ve başarılı gerçekleştirilmesi	Faaliyet 1 Akılcı ilaç eğitiminin Tıp Fakülteleri ve Eczacılık öğrencilerine yönelik verilmesi Uzmanlık eğitimi sürecinde bu eğitimin verilmesi	2012	YÖK/Üniversiteler	Uzmanlık demekleri	Öğrencilerin sınav performansı ile izlenmesi
			Faaliyet 2 Akılcı ilaç konusunda, birinci, ikinci ve üçüncü basamakta çalışan hekimlere yönelik eğitim çalışmaları uygulanması	2014	Sağlık Bakanlığı/ STK	Sağlık Bakanlığı, Üniversite, Eğitim Araştırma Hastaneleri Uzmanlık Demekleri Endüstri Temsilci kuruluşları Meslek Örgütleri	Eğitim öncesi ve eğitim sonrası katılımcılara uygulanan anketler

Hedef 3.Kalp ve Damar hastalıklarının tedavisinde kullanılan hayati önemi olan veya daha ucuz tedavi imkânı sağlayan ilaçların erişilebilir olmasının sağlanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	Ucuz ilaçlara erişimdeki artış oranı Tedavi eden ve tedavi edilen grubun memnuniyet kriterlerinin artması	Strateji 1 İlgili ilaç listelerinin oluşturulup, ilgili ilaçların Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek yöntem ile piyasada bulundurulması	Faaliyet 1 Sağlık Bakanlığı'nın mevcut olmayan ilaçların temin edilmesinin sağlanması	2011 yılı içinde	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı İlaç Endüstrisi Eczacılar , STÖ	1.Süreklilik açısından izleme. 2.Piyasa kontrolü, DSÖ ve çeşitli rehberlerde yer alması
Çalışma Bakanlığı	Ücretsiz alınan ilaç sayısı	Strateji 2 SGK tarafından ödeme kapsamında yer alması	Faaliyet 2 Oluşturulan ilaç listelerinin ödeme kapsamında yer almasının sağlanması	2012	Çalışma Bakanlığı/ Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Dernekler İlaç Endüstrisi	1.Piyasa Kontrolü 2.İlgili Yönetmelikler

Hedef 4. KVS hastalıklarında ikinci ve üçüncü basamağa yönelik ulusal tam ve tedavi kılavuzlarının oluşturulması*ve var olan kılavuzların güncellenmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	Hasta gruplarında kılavuza uygun biçimde tedavi edilenlerin oranı	Strateji 1 Hastalıkların sınıflandırılması; Tanı algoritmasının oluşturulması; Tedavi protokollerinin oluşturulması Strateji 2 Uzmanlık derneğinin bu konu ile ilgili yayınlamış olduğu kılavuzlardan faydalanılması.	Faaliyet 1 Ulusal tam ve tedavi kılavuzları eksikliklerinin güncellenmesi ve tamamlanması Faaliyet 2 Konu ile ilgili sürekli eğitimin sağlanması	2012 2011-2014	Sağlık Bakanlığı	Üniversite, Eğitim Araştırma Hastaneleri Uzmanlık Demekleri Meslek Örgütleri Üniversite, Eğitim Araştırma Hastaneleri Uzmanlık Demekleri Meslek Örgütleri İlaç Endüstrisi	Oluşan yayınların kanıta dayalı tıp kapsamında güncellenmesi 1.Oluşan yayınların kanıta dayalı tıp kapsamında güncellenmesi 2.Kredilendirme

Hedef 5. Kalp ve damar hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçların daha fazla hastaya ulaşması için ulusal sağlık politikasının belirlenmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	Eldeki kaynakla en yüksek oranda hasta tedavisinin sağlanması	Strateji 1 Hastalık prevalansının belirlenmesi; Tedavi hedeflerinin belirlenmesi; Tedavinin hastaya en uygun sağlık kuruluşu tarafından sağlanması	Faaliyet 1 Farmakoepidemik ve farmakoekonomik çalışmaların yapılması	2011-2014	Sağlık Bakanlığı	Üniversite, Eğitim Araştırma Hastaneleri Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri	Ulusal güvenilir veri tabanlarının oluşturulması
			Faaliyet 2 İkinci ve üçüncü basamakta çalışan hekimlere biyoyararlanım ve biyoeşdeğerlik farmasötik formlar ile ilgili güncel bilgilerin hatırlatılması	2011	Sağlık Bakanlığı	Üniversite, Eğitim Araştırma Hastaneleri Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri	Yaygınlaşan mesleki bilgi yenileme sınavları ile izlenmesi ve bu tür sınavların özendirilmesi
			Faaliyet 3 İlaçların daha fazla hastaya ulaşmasına yönelik politika metninin hazırlanarak Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı'na dahil edilmesi	2011	Sağlık Bakanlığı	Üniversite, Eğitim Araştırma Hastaneleri Uzmanlık Dernekleri Meslek Örgütleri	

7.4.5. CİHAZ YÖNETİMİ

Hedef 1. Fayda – maliyet açısından en uygun cihazın sağlanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	1. İhale süreçlerinin kısılması 2. İhaleye itirazların azalması 3. İptal edilen ihale sayısının azalması 4. Cihazların bakım-arıza maliyetlerinin azalması 5. Teşhis-tedavi hizmetlerinde cihazdan kaynaklanan gecikme sürelerinin azalması	Strateji 1 Kardiyovasküler tıbbi cihaz planlamasında nüfus, coğrafi konum, hasta profili, hastane türü, sosyo-kültürel yapı ve benzeri hususlar göz önünde bulundurularak cihaz seçiminin yapılması Strateji 2 Cihaz alımlarında kaliteli ve standartlara uygun cihazların alınabilmesi için ilgili kamu kurum ve kuruluşlarla (Türk Standartları Enstitüsü, TURKAK, vb) işbirliği içerisinde olmak	Faaliyet 1 Teknik Şartname Hazırlama Kılavuzunun hazırlanabilmesi için kamu, özel, üniversite, sivil toplum, KİK (Kamu İhale Kurumu) ve TSE temsilcilerinden oluşan komisyon oluşturulması Faaliyet 2 Teknik Şartname Hazırlama Kılavuzunun ilgili kuruluşların görüşleri çerçevesinde hazırlanması ve tıbbi cihaz alımlarında kullanılmasının sağlanması Faaliyet 3 Tıbbi cihaz planlanmasında hizmet alımının mı, KV Merkezinin kurulmasının mı, daha etkin olacağına dair fizibilite çalışmasının yapılması Faaliyet 4 Cihaz alımları sırasında mal numunesi muayene komisyonunun öngördüğü ürünleri Türk Standartları Enstitüsü'ne ait kalite kontrol laboratuvarlarına göndererek ürünlerin standartlara uygunluğuna dair test raporu istemesi konusunda bilgilendirilmesi Faaliyet 5 Türk İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması yolu ile idari kapasitenin güçlendirilmesi	2011 2011 2011 2011 2013	Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler, Sivil Toplum Örgütleri, KİK ve TSE Üniversiteler, Sivil Toplum Örgütleri, KİK, TSE, Sağlık İdareleri Sağlık İdareleri Sağlık İdareleri Sağlık Bakanlığı	

Hedef 2. Tıbbi cihazların optimum kullanımını sağlamak, eksiklik veya bozulmaların yarattığı olumsuz sonuçları en aza indirmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	1.Kalibrasyon ve bakımı yapılmamış cihaz bulunmaması 2.Kalibrasyon, cihaz alım, bakım onarım için verilen maliyetin azalması	Strateji 1 Yeni alınan cihazlarda satıcı firma tarafından kullanıcılara yeterli eğitimin verilmesinin sağlanmasının yanında, tıbbi cihaz kullanıcılarının eğitimleri, teknolojik gelişmelere paralel olarak, planlı, programlı ve belli periyotlarla Bakanlık tarafından organize edilmesi	Faaliyet 1 Kullanıcı ve operatörler için ve daha önce bu cihazı kullanmayan personel için cihazlara dair oryantasyon ve cihaz kullanma ile kalibrasyon, bakım ve doğrulama işlemlerinin etkin olarak sürdürülebilmesi için eğitimlerin verilmesi ve bunların kayıt altına alınması Faaliyet 2 Tıbbi Cihaz Sicil Kartlarının düzenli olarak tutulması	2012	Sağlık Bakanlığı	Sağlık İdareleri	
				2012	Sağlık Bakanlığı	Sağlık İdareleri	

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
	3. Teşhis- tedavi hizmetlerinde cihazdan kaynaklanan gecikme sürelerinin azalması 4. Eğitim Alan kişi sayısı 5. Kullanıcı ve hasta şikâyetlerinin azalması	Strateji 2 Yurt çapında hastanelerde cihazlara ilişkin kalibrasyon, bakım ve onarım faaliyetlerinin organize edilmesi	Faaliyet 3 Hastanelerde Bakım-Onarım Birimleri oluşturmak, Bakım-Onarım-Kalibrasyon Otomasyon Programı ile hastanelerdeki bakım gerektiren cihazları belirlemek	2011	Sağlık Bakanlığı	Sağlık İdareleri	

Hedef 3. Piyasa Gözetimi ve Denetimi ile Uyarı Sisteminin Türkiye genelinde etkin olarak uygulanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
KİK, Sivil Toplum Örgütleri (SEİS, TÜMDEF, TÜDER, vb.)	1.Sağlık İdarelerinin tıbbi cihaz maliyetlerinin düşmesi 2.Tıbbi cihaz tedarikinin sağlıklı hale dönüşmesi nedeniyle hastanenin sunduğu poliklinik ve tedavi hizmetlerinin artması	Strateji 1 Yöneticiler ve ilgili personelin Piyasa Gözetimi ve Denetimi ile Uyarı Sistemi hususunda Yönetmelik gereklerini etkin olarak uygulamasını sağlamak Strateji 2 Piyasa Gözetimi ve Denetimi ile Uyarı Sistemi hususunda ilgili kurum ve kuruluşlarla (Türk Standartları Enstitüsü, Sanayi Bakanlığı, Gümrük Müsteşarlığı, Rekabet Kurumu, Sivil Toplum Örgütleri, TÜRKAK) işbirliği içerisinde ortak eğitim çalışmalarının ve bilgilendirme toplantılarının düzenlenmesi	Faaliyet 1 Piyasa Gözetimi ve Denetimi ile Uyarı Sisteminin etkin işleyebilmesi için Türk Standartları Enstitüsü, Sanayi Bakanlığı, Gümrük Müsteşarlığı, Rekabet Kurumu, Sivil Toplum Örgütleri, TÜRKAK ile işbirliği konusunda görüşmelerde bulunulması, piyasaya arz edilen tüm tıbbi cihazların Ulusal Bilgi Bankası'na kayıt edilmelerinin sağlanması Faaliyet 2 Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye çapında tıbbi cihaz kullanıcılarına Tıbbi Cihaz Yönetmeliklerine göre Piyasa Gözetimi ve Denetimi ile Uyarı Sisteminin uygulaması ile ilgili, piyasa gözetimi yapacak personele ise Türk Standartları Enstitüsü ile işbirliği yapılarak, "TS EN ISO 13485 Tıbbi Cihazlar İçin Kalite Yönetim Sistemi'ne" dair eğitim verilmesi	2012	Sağlık Bakanlığı	Türk Standartları Enstitüsü, Sanayi Bakanlığı, Gümrük Müsteşarlığı, Rekabet Kurumu, Sivil Toplum Örgütleri, TÜRKAK	
				2012	Sağlık Bakanlığı	Sağlık İdareleri	

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
KİK, Sivil Toplum Örgütleri (SEİS, TÜMDEF, TÜDER, vb.)			Faaliyet 3 Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın eğitimli personel ihtiyacının giderilmesi Faaliyet 4 Hastaneler tarafından Hastane Bilgi Sistemi dahilinde hastalarda kullanılan implante edilen cihazlarla ilgili olarak, Tıbbi Cihaz Yönetmelikleri çerçevesinde, gerekli izlenebilirliğin sağlanabilmesi için, cihazın tanımı, cihaz adı, ticari adı, üretici/ithalatçı firma adı ve adresi, cihaza ait seri/lot/parti numarası, hastaya ait kimlik ve adres bilgileri, vb. bilgilerin yer aldığı otomasyon sisteminin oluşturulması. Faaliyet 5 Sağlık Bakanlığı'nın, hastanelerden, implante edilen cihazlara dair bilgileri toplayarak, veri bankası oluşturmaları	2011	Sağlık Bakanlığı		
				2012	Sağlık Bakanlığı	Sağlık İdareleri	
				2012	Sağlık Bakanlığı	Sağlık İdareleri	

7.4.6. PEDİATRİK KARDİYOLOJİ

Hedef 1. Erişkin yaşa gelmiş doğumsal kalp hastalarının kaliteli sağlık hizmeti alması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Türk Pediatrik Kardiyoloji Derneği Türk Kardiyoloji Derneği YÖK	1. 2010– 2014 yılları arasında nüfusun yoğun olduğu 3 büyük şehirde en az 6 Erişkin Doğumsal Kalp Hastalıkları (GUCH) tanı ve tedavi merkezinin kurulması	Strateji 1 18 yaşından büyük doğumsal kalp hastalarının pediatrik kardiyolog tarafından muayene ve tedavi edilebilmesi için gerekli yasal düzenlemeleri n yapılması	Faaliyet 1 Erişkin yaşa ulaşmış doğumsal kalp hastası bulunan merkezlerden mevcut hastaların kimlik bilgileri ve iletişim bilgileri edinilerek hastalara telefon ya da posta yoluyla ulaşılıp erişilebilecek hasta sayısının belirlenmesi; Varsa izlenen hasta sayılarının saptanması	2011-2012	Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler	Türk Pediatrik Kardiyoloji Derneği ve Türk Kardiyoloji Derneği	-
Sağlık Bakanlığı		Faaliyet 2 Tam teşekküllü pediatrik kardiyoloji, erişkin kardiyoloji ve konjenital kalp damar cerrahisi birimleri olan kurumların GUCH merkezi olmaya aday olarak belirlenmesi		2011-2012	Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler	Türk Pediatrik Kardiyoloji Derneği ve Türk Kardiyoloji Derneği	-
		Faaliyet 3 GUCH merkezlerinde çalışması planlanan pediatrik kardiyolog ve erişkin kardiyologların bu konu ile ilgili bilgi ve tecrübelerini artırmak için periyodik eğitimlerin planlanması		2011–2014	Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler	Türk Pediatrik Kardiyoloji Derneği ve Türk Kardiyoloji Derneği	-

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
	2. 2010–2011 yılları arasında mevcut erişkin yaşı gelmiş doğumsal kalp hastalarının %50'sine ulaşılması ve bunların takip altına alınması	Strateji 2 GUCH 'un bir üst ihtisas dalı olarak planlanması ve eğitim programlarının oluşturulması ve bu sürenin 2 yıldan az olmaması	Faaliyet 4 Ulaşılamayan hastaların en yakın sağlık kuruluşları aracılığıyla GUCH merkezlerine yönlendirilmesi için ulusal medyanın kullanılması	2011–2013	Sağlık Bakanlığı, RTÜK	Türk Pediyatrik Kardioloji Derneği ve Türk Kardioloji Derneği	-

Hedef 2. Doğumsal kalp hastalıklarının prevalans, morbidite ve mortalitesinin azaltılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Türk Pediatrik Kardioloji Derneği Türk Kardioloji Derneği YÖK	1. 2014 yılına kadar akraba evliliği oranlarının özellikle Güneydoğu Anadolu, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu bölgesinde Türkiye ortalaması olan %20 oranına çekilmesi	Strateji 1 Akraba evliliği oranlarının özellikle Güneydoğu Anadolu, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu bölgesinde azaltılması	Faaliyet 1 Özellikle yoğun görüldüğü bölgelerde Akraba evliliğinin sakıncaları ile ilgili bilgilendirici halk eğitim toplantıları ve medya aracılığıyla eğitim kampanyaları yapılması	2011–2014	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı	Rapor
Sağlık Bakanlığı	2. Prenatal tanı merkezlerinin her doğum evine kurulması	Strateji 2 Prenatal tanı merkezlerinin sayısının artırılması	Faaliyet 2 Prenatal tanı merkezlerinin mevcut olanların eksikliklerinin giderilmesi (personel ve teknik donanım)	2011–2014	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler	Rapor
	3. Doğumsal kalp hastalıklarının morbidite ve mortalitesinde azalma		Faaliyet 3 Doğumsal kalp hastalığı düşünülen çocukların en kısa sürede tam teşekküllü bir merkeze ulaştırılması için sağlık çalışanlarının gerekli eğitim ve teknik alt yapısının sağlanması	2011–2014	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı	Rapor
			Faaliyet 4 Ana Çocuk Sağlığı Biriminin etkinliklerinde gebelik bilinci ve gebe sağlığını daha ön plana çıkarması (özellikle ilk 3 aydaki teratojenik etkenler yönünden)	2011–2014	Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı	Rapor
			Faaliyet 5 Doğumsal kalp hastalıkları ile ilgili yazılı, sözlü ve görüntülü medya ile toplum bilincini artırıcı programların yapılması	2011–2014	Türk Pediatrik Kardioloji Derneği ve Türk Kardioloji Derneği	Sağlık Bakanlığı, RTÜK, YÖK	Rapor

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
			Faaliyet 6 Pediyatrik kalp cerrahisi merkezi ve cerrah sayısı ile kalitesinin artırılması	2011–2014	Kalp damar Cerrahi Demegi	Sağlık Bakanlığı YÖK	Rapor
			Faaliyet 7 Hastalık geri bildirim sistemlerinin daha etkin yönetilmesi ve elde edilen güvenilir sağlık verilerinin ilgili birimlerle düzenli olarak paylaşılması				
			Faaliyet 8 Sağlık hizmeti basamakları arasındaki geri bildirim sisteminin etkinleştirilmesi (sevk zinciri içinde)				

Hedef 3. Romatizmal ateş ve romatizmal kalp hastalıklarının eradikasyonunun sağlanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	1. Romatizmal kalp hastalığı sıklığının %0,3'ün altına indirilmesi 2. Romatizmal kalp hastalığına bağlı prostetik kapak replasmanı sayısının mevcut sayının %50'sine inmesi 3. Sekonder profilaksinin %100'e ulaşmasının sağlanması	Strateji 1 Hastalık geri bildirim sistemlerinin etkinleştirilmesi Strateji 2 Bildirimi zorunlu hastalıklar listesine alınması öncelikli takibi Strateji 3 Uygun tanı tedavisinin rehberler doğrultusunda yapılması Strateji 4 Tüm sağlık hizmet sunum basamaklarında strateji 1,2,3 ün yaygınlaştırılması	Faaliyet 1 Bulaşıcı hastalıklar tanı tedavi rehberlerinde ilgili hastalığın öncelikli olarak izlenmesi	2011-2012	Türk Pediatrik Kardioloji Derneği ve Türk Kardioloji Derneği	Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler	Rapor
			Faaliyet 2 Risk grubuna giren çocukların ateşli üst solunum yolu hastalıklarında boğaz kültürü yapılması	2011-2014	Türk Pediatrik Kardioloji Derneği	Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler	Rapor
			Faaliyet 3 Romatizmal kalp hastalıkları ile ilgili yazılı, sözlü ve görüntülü medya ile toplum bilincini artırıcı programların yapılması	2011-2014	Türk Pediatrik Kardioloji Derneği ve Türk Kardioloji Derneği	Sağlık Bakanlığı, RTÜK	Rapor

7.4.7. KARDİYOVASKÜLER CERRAHİ

Hedef 1. Her bir kalp cerrahisi merkezleri fiziksel ve fonksiyonel açıdan standart hale getirilmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	1.Mevcut mevzuatın revizyonu 2.Denetim sonuçları 3.Ulusal veri tabamındaki verilerin olumlu yönde değişmesi ve olumlu değişim gösterenlerin sayısı 4. Standart hale gelmiş merkez oranı	Strateji 1 Standartta uymayan merkezlerin 6 ay süre zarfında uyum sağlaması	Faaliyet 1 Ameliyathaneler en az 45 m ² ve en azından hepa filtreli olacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 2 Her ameliyat odası için 1 adet kalp-akciğer pompası bulunacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
		Strateji 2 Bu süre zarfında uyum sağlayamayan merkezlerin kapatılması	Faaliyet 3 Her bir KVC merkezi için en az 2 ameliyathane olacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 4 Monitörizasyon sistemi kurulacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
		Strateji 3 Ülkenin ihtiyacına yönelik saptamalarla alt yapısı ve eğitim şartları da göz	Faaliyet 5 Her bir KVC merkezi için en az 2 İABP olacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
			Faaliyet 6 TKD'nin Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Taslağı'nda yer alan yazılı kopyasında 193-194. sayfalarında belirtilen 3.5.2. sıra numaralı maddede yazılı olanlar tümüyle geçerli olacaktır. Faaliyet 7 Her merkez için bir tane kan istasyonu kurulacaktır. Faaliyet 8 Diyaliz için bir yoğun bakım yatağı bulundurulacaktır. Faaliyet 9 KVC yoğun bakımda; hepafiltreli klimatizasyon sistemi kurulacak, hastalar için güvenli açılmayan pencereler ve günışığından maksimum faydalanma sağlanacaktır. Faaliyet 10 KVC yoğun bakımı özel bir alanda ve diğer branş hastalarından ayrı tutulacak ve hasta mahremiyetini sağlayacak uygun düzenlemeler olacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
				6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
				6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
				6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
				6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
			Faaliyet 11 KVC ameliyathanesi ile yoğun bakımı aynı katta bulunacak, bu gerçekleştirilemiyorsa iki alan arasında hasta transportunu sağlayan, başka bir amaçla kullanılmayan hasta asansörü tesis edilecektir.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Demegi	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 12 Enfekte ve uzun süre yatacak kronik hastalar için negatif basınçlı ayrı bir yoğun bakım ünitesi olacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Demegi	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 13 KVC yoğun bakımda portabl TEE bulundurulacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Demegi	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 14 Yoğun bakım gereksinimi olmayan ancak serviste izlenmesi de riskli olan hastalar için ara yoğun bakım kurulacaktır (200 ameliyat/yıl üstünde ameliyat yapan merkezler için en az bir ara yoğun bakım yatağı)	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Demegi	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 15 Her KVC merkezi için performans verilerini kontrol eden kalite sistemi kurulacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Demegi	Yıllık denetleme ve raporlar

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
			Faaliyet 16 Organ nakli yapan merkezlere ulaşım ve personel desteği sağlanacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 17 Damar cerrahisi hastaları için enfekte hasta profili de göz önüne alınarak hasta servis yatağı bulundurulacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 18 Damar cerrahisi hastaları için poliklinik odası donanımlı olacaktır (vasküler dopler, intermitant pnömotik basınç uygulama cihazı)	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 19 Özellikle büyük damarlara yönelik endovasküler uygulamalarda oluşabilecek komplikasyonlarda açık kalp cerrahisinin gerekliliği nedeniyle; Endovasküler protez uygulayacak KVC merkezlerinde ameliyathane alanı içinde hibrid uygulamalar için donanımlı (anjiyo cihazı da bulunan) bir ameliyat odası olacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 20 Ülkenin ihtiyacına yönelik saptamalarla alt yapısı ve eğitim şartları da göz önüne alınarak transplantasyon ruhsatı verilecektir.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar

Hedef 2. Kalp cerrahisi merkezleri için yeterli sayıda ve uygun nitelikte sağlık personeli temin edilmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	Hasta başına düşen uygun nitelikli sağlık personeli	Strateji 1 Standartta uymayan merkezlerin 6 ay süre zarfında uyum sağlaması	Faaliyet 1 Bir KVC merkezinde biri sorumlu (ameliyatlara gerçekleştiren cerrah) olmak üzere en az 3 KVC uzmanı (sorumlu cerraha yardımcı olacak 2 cerrahla birlikte) tam gün çalışması sağlanacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
	1.Mevcut mevzuatın revizyonu	Strateji 2 Bu süre zarfında uyum sağlayamayan merkezlerin kapatılması	Faaliyet 2 Her ameliyathane için bir sirküle ve bir scrub olmak üzere 2 adet hemşire bulunacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
	2.Denetim sonuçları	Strateji 3 Belirlenen eğitim politikalarını uygulamak üzere kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde ortak eğitim çalışmalarının yürütülmesi	Faaliyet 3 KVC yoğun bakımda postoperatif 1. Gün için her yatağa 1, postoperatif 2. Gün için 2 yatağa 1 hemşire bulundurulacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
	3.Sağlık Bakanlığı kayıtları		Faaliyet 4 Her bir kalp-akciğer pompası için sertifikalı iki perfüzyonist istihdam edilecektir.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
	4.Hastane kayıtları		Faaliyet 5 Eğer hastane bünyesinde mevcut değilse destek gerektiren branşlarda (nöroloji, psikiyatri, nefroloji, endokrinoloji, göğüs hastalıkları ve genel cerrahi vb. branşlar) konsültan hekim istihdamının sağlanacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
	5.Standartlara uymayan merkezlerin faaliyetten men edilmesi						

Hedef 3. Ulusal veri tabanı oluşturulması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği içinde Olması	İzleme
Sağlık Bakanlığı, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	1. Veri tabanını oluşturulması 2. Veri tabanı girmeyen merkezlere cezai yaptırım 3. Her bölgeye ve ülke geneline ait 6 aylık sonuçların yayınlanması 4. Olumsuz tespit edilen merkezlere mesleki destek sağlanması	Strateji 1 Sağlık Bakanlığı ve Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği ortak bir veri tabanı oluşturması Strateji 2 Veri değerlendirmek için Sağlık Bakanlığı ve Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği ulusal veri tabanını izleyecek ortak bir komisyon kurması Strateji 3 Verilerin 6 aylık periyotlarla toplanıp sonuçlarının değerlendirilmesi Strateji 4 Veri akışının sağlanabilmesi için yaptırımların uygulanması (Örn: veri akışı sağlamayan merkezler için SGK ödemesinin yapılmaması gibi) Strateji 5 Ülke ortalamasından olumsuz yönde sapma gösteren merkezlere bilimsel ve mesleki destek sağlanması Strateji 6 Desteğe rağmen olumlu yönde gelişme sağlayamayan merkezlerin ruhsatlarının askıya alınması	Faaliyet 1 KVC merkezlerin performansını ayrıntılı bir şekilde monitörize edebilmek için ulusal bir veri tabanı oluşturulacaktır. Bu veri tabanı içinde hastaların demografik yapısı, olguların risk faktörleri, endikasyon sınırları, hastanede kalma süresi, morbidite ve mortalite bulunacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar

Hedef 4. Doku ve organ greft bankaları oluşturulması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı, Organ Nakli Bilim Kurulu, Türkiye Organ Nakli Derneği, Türkiye Yapay Organlar Derneği	1. Mevcut durum ve aktiviteler sonrası durum kıyaslama ve etki analizleri	Strateji 1 Organ bankalarının tüm merkezlerin kullanabileceği bir web sitesinin oluşturulması ve 24 saatte bir güncellenmesi	Faaliyet 1 Mevcut bankaların yeri, durumları ve verimlilikleri belirlenecektir.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Organ Nakli Bilim Kurulu, Türkiye Organ Nakli Derneği, Türkiye Yapay Organlar Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
	2. Mevcut mevzuatın revizyonu		Faaliyet 2 Mevcut durum gözden geçirilerek ihtiyaç olan bölgeler saptanacak ve bu bölgelerde kurulacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Organ Nakli Bilim Kurulu, Türkiye Organ Nakli Derneği, Türkiye Yapay Organlar Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
	3. Doku ve organa ulaşımındaki artış	Strateji 2 Bölgesel doku bankalarının yaygınlaştırılması	Faaliyet 3 Ruhsatlandırılmaları ivedilikle yapılacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Organ Nakli Bilim Kurulu, Türkiye Organ Nakli Derneği, Türkiye Yapay Organlar Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 4 Tüm KVC merkezlerine konuyla ilgili bilgi verilecektir.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Organ Nakli Bilim Kurulu, Türkiye Organ Nakli Derneği, Türkiye Yapay Organlar Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar

Hedef 5. Pediatrik kalp cerrahisinin yeterli düzeyde yapılandırılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	1. Uygun mevzuatın oluşturulması 2. Mevcut durum ve aktivite sonrasındaki durum kıyaslama ve etki analizleri 3. Hizmet verilen hasta sayısı	Strateji 1 KVC merkezlerindeki pediatrik kalp cerrahisi için özelleştirilmiş ameliyat ve yoğun bakım şartlarının oluşturulması	Faaliyet 1 Mevcut pediatrik KVC merkezleri ve kapasiteleri belirlenecektir.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar cerrahisi Derneği, Pediatrik Kardiyoloji Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 2 Her ilde pediatrik KVC merkezi kurulmaksızın sadece bölgesel merkezler oluşturulacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar cerrahisi Derneği, Pediatrik Kardiyoloji Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
		Strateji 2 Pediatrik kardiyologun mevcut olduğu merkezlerde pediatrik kalp cerrahisinin yapılmasının sağlanması	Faaliyet 3 Pediatrik KVC merkezlerinin kadın doğum ve çocuk hastaneleriyle koordinasyonu sağlanacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar cerrahisi Derneği, Pediatrik Kardiyoloji Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar
			Faaliyet 4 Pediatrik KVC merkezinde pediatrik kardiyolog, pediatrik yoğun bakım uzmanı, yenidoğan uzmanı, pediatrik yoğun bakım hemşiresini içeren ekip oluşturulacaktır.	6 ay	Sağlık Bakanlığı	Türk Kalp Damar cerrahisi Derneği, Pediatrik Kardiyoloji Derneği	Yıllık denetleme ve raporlar

7.4.8. KURUMLAR SEREBROVASKÜLER HASTALIKLAR (İNME)

Hedef 1. İnme Risk faktörlerinin azaltılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı		Strateji 1. Kalp ve beyin damar hastalıkları risk faktörlerine yönelik yapılandırılmış/standartize edilmiş primer sekonder veya tersiyer koruma programlarının ilgili diğer uzmanlık alanları ile işbirliği içinde birinci basamağı da kapsayacak şekilde yerleştirilmesi Strateji 2. Tarama programlarının yaygınlaştırılarak içinde kalp ve beyin damar hastalıklarına ait taramaların da bulunmasını sağlamak Strateji 3. Toplumun kalp ve beyin damar hastalıkları risk faktörlerine yönelik farkındalığının artırılmasını sağlamak	Faaliyet 1 Okul öncesi, ilk ve orta öğretim, yüksek öğretim ve zorunlu askerlik hizmeti süresince kalp ve beyin damar hastalıkları risk faktörleri ve korunma ile ilgili farkındalık geliştirici ve davranış değiştirici eğitim verilmesi Faaliyet 2 Sivil toplum kuruluşları uzmanlık dernekleri, yerel yönetimler aracılığı ile topluma kalp ve beyin damar hastalıkları risk faktörleri ve korunma ile ilgili farkındalık geliştirici ve davranış değiştirici eğitim verilmesi	Süreklili	Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite), TTB Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite), TTB	Türk Silahlı Kuvvetleri, Yerel yönetimler, Diyanet İşleri Başkanlığı, Medya kuruluşları Yerel yönetimler, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite)	1.Periyodik anket çalışmaları, 2.Periyodik toplum tarama çalışmaları, 3.Hastane bazlı veri tabanları 1.Periyodik anket çalışmaları, 2.Periyodik toplum tarama çalışmaları, 3.Hastane bazlı veri tabanları

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
		Strateji 4 .Kalp ve beyin damar hastalıkları risk faktörlerine yönelik tedavinin uluslar arası kılavuzlara uygun olarak birinci basamak hekimleri tarafından raporlama ve reçete edilme olanağının sağlanarak koruyucu hizmetlerin etkinliğinin artırılması Strateji 5 . Ulusal Tütün Kontrol Eylem Planının uygulanmasının takibi	Faaliyet 3 Medyanın bilinçlendirme çalışmalarına aktif olarak katılımının sağlanması, bu çalışmalara toplumu etkileyen model kişilerin katılımının sağlanması	Sürekli	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yari-otorite), Medya, RTÜK, TTB	Uzmanlık Dernekleri (yari-otorite), Medya, RTÜK	1.Periyodik anket çalışmaları, 2.Periyodik toplum tarama çalışmaları, 3.Hastane bazlı veri tabanları
			Faaliyet 4 Çevre düzenlemesi ve işyerlerinin fiziksel aktiviteye uygun çevre tasarımı ve spor alanlarının yapılandırılması	Sürekli	Yerel yönetimler, Kamu kurum ve kuruluşları, 500 işçiden fazla işçi çalıştıran özel teşebbüsler, iş yeri hekimleri	İşçi sendikaları, Memur sendikaları, Spordan sorumlu devlet bakanlığı, Çalışma Bakanlığı	İş yeri hekimlerinin yıllık geri bildirimleri
			Faaliyet 5 Kalp ve beyin damar hastalıkları risk faktörlerine yönelik yapılandırılmış/standartize edilmiş primer sekonder veya tersiyer koruma programlarının ilgili diğer uzmanlık alanları ile işbirliği içinde birinci basamağı da kapsayacak şekilde yerleştirilmesi		Sağlık Bakanlığı, TTB, Uzmanlık dernekleri (yari-otorite)	SGK, Uzmanlık dernekleri (yari-otorite)	İzlem çalışmaları

Hedef 2. İlk 3 saatte trombolitik tedavi alan hasta sayısını tüm iskemik innmelerin %5'i düzeyine ulaştırılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	İlk 3 saatte trombolitik tedavi alan hasta sayısını tüm iskemik innmelerin %5'i düzeyine ulaştırmak	Strateji 1. İnme belirtileri ve ilk 3 saatte tedavisinin önemi hakkında toplum farkındalığının artırılması Strateji 2. 112 acil sağlık hizmetlerinin doğru ve yaygın kullanımı hakkında bilinçlendirmenin artırılması Strateji 3. Acil servislerin inme hastalarının acil yönetimine uygun alt yapı ve organizasyona sahip olmasının sağlanması ve	Faaliyet 1 Okul öncesi, ilk ve orta öğretim, yüksek öğretim ve zorunlu askerlik hizmeti süresince inme belirtileri ve ilk 3 saatte tedavisinin önemi ile ilgili farkındalık geliştirici ve davranış değiştirici eğitim verilmesi Faaliyet 2 Sivil toplum kuruluşlar, uzmanlık dernekleri, yerel yönetimler aracılığı ile topluma inme belirtileri ve ilk 3 saatte tedavisinin önemi ile ilgili farkındalık geliştirici ve davranış değiştirici eğitim verilmesi Faaliyet 3 Medyanın bilinçlendirme çalışmalarına aktif olarak katılımının sağlanması, bu çalışmalara toplumu etkileyen model kişilerin katılımının sağlanması	Sürekli	Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite), TTB	Türk Silahlı Kuvvetleri, Yerel yönetimler, Diyanet İşleri Başkanlığı, Medya kuruluşları	1. Periyodik anket çalışmaları, 2. Periyodik toplum tarama çalışmaları, 3. Hastane bazlı veri tabanları
				Sürekli	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite), TTB	Yerel yönetimler, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite)	1. Periyodik anket çalışmaları, 2. Periyodik toplum tarama çalışmaları, 3. Hastane bazlı veri tabanları
				Sürekli	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite), Medya, RTÜK, TTB	Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite), Medya, RTÜK	1. Periyodik anket çalışmaları, 2. Periyodik toplum tarama çalışmaları, Hastane bazlı veri tabanları

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
			Faaliyet 4 Tüm acil sağlık hizmetleri çalışanlarına yönelik ilgili uzmanlık demeklerinden yardım alınarak inme ön tanısı koyabilme ve ilk 3 saatteki tedavinin öneme yönelik sürekli ve sistematik eğitim programları düzenlemek	2012	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite), TTBB, Özel hastaneler ve sağlık kuruluşları derneği	Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite), TTBB, Özel hastaneler ve sağlık kuruluşları derneği	Eğitim öncesi ve sonrası yapılan anketler
			Faaliyet 5 Hastaların hastaneye ulaşım süresinin kısaltılabilmesi için gerekli ve kolaylaştırıcı trafik düzenlemelerinin yapılması	2012	İçişleri bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı, Yerel yönetimler,	Karayolları Genel Müdürlüğü, Emniyet Genel Müdürlüğü	
			Faaliyet 6 112 sağlık hizmetleri için inme tanı ve tedavisine yönelik uluslararası ve ulusal kılavuzların kullanılmasının sağlanması	2012	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite), TTBB		1. Uygulama öncesi ve sonrası yapılan anketler, 2. Uygulama öncesi ve sonrası morbidite ve mortalite oranlarının izlenmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	İlk 3 saatte trombolitik tedavi alan hasta sayısını tüm iskemik infarktüslerin %5'i düzeyine ulaştırmak		Faaliyet 7 Acil servislerin inme hastalarının acil yönetimine uygun alt yapı ve organizasyona sahip olmasının sağlanması ve yaygınlaştırılması	2014	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite)	Yerel yönetimler	Bakanlık aracılığı ile 2 yılda bir yapılacak denetimler ile yapılandırma öncesi ve sonrası trombolitik tedavi alan hasta oranlarının izlenmesi
			Faaliyet 8 İnme ünitelerinin personel ve donanım kriterlerinin uluslararası kılavuzlara göre oluşturulması	2014	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite)	SGK	Bakanlık aracılığı ile 2 yılda bir yapılacak denetimler ile izlenmesi

Hedef 3. İnnmeli hastalarda hastane ve hastane sonrasında mortalite ve morbiditenin azaltılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	İnnmeli hastalarda hastane ve hastane sonrasında mortalite ve morbidite oranındaki azalma	Strateji 1. İnme merkezi ve inme ünitesi kavramlarının oluşturulması ve bu merkezlerin donanım kriterlerinin belirlenmesi ve standardizasyonu Strateji 2. İnme tedavi ve takip protokollerinin geliştirilmesi ve standardizasyonu Strateji 3. Her ilde akut inme tedavisi yapabilecek inme merkezi /ünitesi kurulması Strateji 4 Beyin damar hastalıklarının bakanlıkça nöroloji için üst ihtisas olarak kabul edilmesi ve özelleşmiş uzman hekim yetiştirilmesi	Faaliyet 1. İnme merkezi ve inme ünitesi kavramlarının oluşturulması ve bu merkezlerin donanım kriterlerinin belirlenmesi ve standardizasyonu	2014	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite)		Bakanlık aracılığı ile 2 yılda bir yapılacak denetimler ile izlenmesi
			Faaliyet 2 . İnme tedavi ve takip protokollerinin geliştirilmesi ve standardizasyonu	2012	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite)		Uygulama öncesi ve sonrası morbidite ve mortalite oranlarının izlenmesi
			Faaliyet 3 Her ilde akut inme tedavisi yapabilecek inme merkezi /ünitesi kurulması	2014	Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Özel hastaneler ve sağlık kuruluşları derneği		İnme merkezi sayısı ve niteliğindeki değişikliğin izlenmesi
			Faaliyet 4 Beyin damar hastalıklarının bakanlıkça nöroloji için üst ihtisas olarak kabul edilmesi ve özelleşmiş uzman hekim yetiştirilmesi	2012	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite)		Yetişen eleman sayısının izlenmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	İnme hastalarda hastane ve hastane sonrasında mortalite ve morbidite oranındaki azalma	Strateji 5 Nörolojik Yoğun Bakım donanım kriterlerinin belirlenmesi ve standardizasyonu Strateji 6 Nörolojik yoğun bakım'ın Bakanlıkça nöroloji için üst ihtisas olarak kabul edilmesi ve özelleşmiş uzman hekim yetiştirilmesi	Faaliyet 5 Nörolojik Yoğun Bakım donanım kriterlerinin belirlenmesi ve standardizasyonu	2014	Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Özel hastaneler ve sağlık kuruluşları derneği		İnme merkezi sayısı ve niteliğindeki değişikliklerin izlenmesi
		Strateji 7 Yoğun bakımda inme tedavi ve takip protokollerinin geliştirilmesi ve standardizasyonu	Faaliyet 6 Nörolojik yoğun bakım'ın bakanlıkça nöroloji için üst ihtisas olarak kabul edilmesi ve özelleşmiş uzman hekim yetiştirilmesi	2012	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite)		Yetişen eleman sayısının izlenmesi
			Faaliyet 7 Yoğun bakımda inme tedavi ve takip protokollerinin geliştirilmesi ve standardizasyonu	2012	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri (yarı-otorite)		Uygulama öncesi ve sonrası morbidite ve mortalite oranlarının izlenmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	İnme hastalarda hastane ve hastane sonrasında mortalite ve morbidite oranındaki azalma	Strateji 8 Nörolojik yoğun bakım ünitelerinin sayıca yeterli düzeyde getirilmesi (en az her ilde bir nörolojik yoğun bakım ünitesi olacak şekilde)	Faaliyet 8 Nörolojik yoğun bakım ünitelerinin sayıca yeterli düzeye getirilmesi (en az her ilde bir nörolojik yoğun bakım ünitesi olacak şekilde)	2014	Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği		İnme merkezi sayısı ve niteliğindeki değişikliğin izlenmesi
		Strateji 9 SGK ve geri ödeme politikalarının tedavi protokollerini uygulamaya izin verecek şekilde düzenlenmesi	Faaliyet 9 SGK ve geri ödeme politikalarının tedavi protokollerini uygulamaya izin verecek şekilde düzenlenmesi	2011	Sağlık Bakanlığı, SGK		
		Strateji 10 Rehabilitasyon merkezi sayısı ve dağılımının düzenlenmesi	Faaliyet 10 Rehabilitasyon merkezi sayısı ve dağılımının düzenlenmesi	2014	Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Uzmanlık Dernekleri		Bu merkezlerin sayı ve yeterliliklerinin izlenmesi
		Strateji 11 Tedavinin devamı ve sekonder profilaksi konusunda eğitim					

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	İnmeli hastalarda hastane ve hastane sonrasında mortalite ve morbidite oranındaki azalma	Strateji 12 Kronik bakım merkezleri oluşturularak SGK tarafından bedelinin karşılanmasının sağlanması Strateji 13 Kronik bakım hastalarının evde bakım organizasyonunun sağlanması	Faaliyet 11 Tedavinin devamı ve sekonder profilaksi konusunda eğitim verilmesi	Sürekli	Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Demekleri (yarı-otorite), TTB		Serebrovasküler olay rekürrens hızının izlenmesi
			Faaliyet 12 Kronik bakım merkezleri oluşturularak SGK tarafından bedelinin karşılanmasının sağlanması	2014	Sağlık Bakanlığı, SGK, Maliye Bakanlığı	Uzmanlık Demekleri (yarı-otorite)	
			Faaliyet 13 Kronik bakım hastalarının evde bakım organizasyonunun sağlanması	2014	Sağlık Bakanlığı, SGK, Maliye Bakanlığı, Uzmanlık Demekleri (yarı-otorite)	Uzmanlık Demekleri (yarı-otorite),	

7.4.9. REHABİLİTASYON, PALYATİF TEDAVİ VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Hedef 1. 2014 Yılına Kadar Kalp ve Damar Hastalıklarıyla İlgilenen Sağlık Personelinin %75'inde Kardiyak Rehabilitasyon Konusunda Farkındalığın Oluşması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	1. Kalp ve damar hastalığı konusunda hizmet veren eğitilmiş sağlık personeli sayısı 2. Bu amaçla düzenlenen yıllık toplantı sayısı	Strateji 1 Tıp fakültelerinde kardiyak rehabilitasyon konusunun müfredata alınması	Faaliyet 1 Tıp fakültelerinde kardiyak rehabilitasyon konusunun çekirdek müfredata alınması için gerekli başvuruların yapılması	2011-2014	YÖK Üniversiteler	Sivil toplum örgütleri	Başlangıç ve bitişte yapılan farkındalık anketleri
			Faaliyet 2 Sağlık bilimleri fakültelerinin fizik tedavi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyetetik, hemşirelik, ergoterapi bölümlerinde kardiyak rehabilitasyon konusunun müfredata alınması ve geliştirilmesi çalışmaları		YÖK Üniversiteler	Sivil toplum örgütleri	Başlangıç ve bitişte yapılan farkındalık anketleri

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
	3. Sağlık personeline yönelik kardiyak rehabilitasyon eğitim materyali sayısı	Strateji 2 Sağlık bilimleri fakültelerinin fizik tedavi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyetetik, hemşirelik, ergoterapi bölümlerinde kardiyak rehabilitasyon konusunun müfredata alınması ve geliştirilmesi Strateji 3 Kalp ve damar hastalıkları ile ilgilenen uzmanlık dallarının (kardiyoloji, kalp damar cerrahisi v.b) kardiyak rehabilitasyon konusunda bilinçlendirilmesi	Faaliyet 3 Kalp ve damar hastalıkları ile ilgilenen uzmanlık dallarının (kardiyoloji, kalp damar cerrahisi v.b) kardiyak rehabilitasyon konusunda bilinçlendirilmesi için hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi		Sağlık Bakanlığı Üniversiteler Sivil toplum örgütleri (Ör. Türkiye FTR Uzman Hekimleri Derneği, Türk Kardiyojloji Derneği)	Sivil toplum örgütleri	Başlangıç ve bitişte yapılan farkındalık anketleri

Hedef 2. 2014 yılına kadar kalp ve damar hastalığı gelişen kişilerin ve yakınlarının en az %30'unda kardiyak rehabilitasyon konusunda farkındalığın oluşturulması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	1. Eğitilen hasta ve hasta yakını sayısı 2. Toplantı sayısı 3. Oluşturulan eğitim materyali sayısı 4. Medyada konu ile ilgili faaliyet sayısı	Strateji 1 Toplumun kardiyak rehabilitasyon konusunda bilinçlendirilmesi için halk eğitim toplantıları düzenlenmesi Strateji 2 Görsel, işitsel ve yazılı basılı medyada bu konuda bilgilendirme programlarına yer verilmesi Strateji 3 Yerel yönetimlerin, ilgili uzmanların katılımı ile kardiyak rehabilitasyon konulu etkinlikler düzenlenmesi	Faaliyet 1 Toplumun kardiyak rehabilitasyon konusunda bilinçlendirilmesi için halk eğitim toplantıları düzenlenmesi için halk eğitimi programlarının geliştirilmesi	2011-2014	Sağlık Bakanlığı Üniversiteler Sivil toplum örgütleri (Ör. Türkiye FTR Uzman Hekimleri Derneği, Türk Kardioloji Derneği)	RTÜK, TRT, MEB, ilgili tüm kurum kuruluşlar	
			Faaliyet 2 Görsel, işitsel ve yazılı medyada bu konuda bilgilendirme programlarına yer verilmesi girişimleri		Sağlık Bakanlığı	RTÜK, TRT, MEB, ilgili tüm kurum kuruluşlar	
			Faaliyet 3 Yerel yönetimlerin, ilgili uzmanların katılımı ile kardiyak rehabilitasyon konulu etkinlikler yapılması		Sağlık Bakanlığı	Belediyeler, il özel idareleri	

Hedef 3. 2014 yılına kadar Türkiye 'de kardiyak rehabilitasyon alanında istihdam edilecek kardiyak rehabilitasyon ekip üyelerinin eğitimi ve yetiştirilmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği içinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler	1. Lisans düzeyinde rehabilitasyon hemşireliğine yönelik ders sayısı 2. Yüksek lisans düzeyinde rehabilitasyon hemşiresi sayısı 3. Doktoralı Rehabilitasyon hemşiresi sayısı 4. Kardiyak rehabilitasyon konusunda eğitim alan ekip üyesi sayısı	Strateji 1 Türkiye 'de kardiyak rehabilitasyon alanında istihdam edilecek kardiyak rehabilitasyon ekip üyelerinin (uzman hekim, hemşire, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, ergoterapist ve sosyal hizmet uzmanı) hizmet içi eğitim programları ile eğitilmesi Strateji 2 Sağlık bilimleri fakültelerinin hemşirelik bölümlerinde rehabilitasyon hemşireliği biriminin kurulması ve eğitiminin verilmesi	Faaliyet 1 Türkiye 'de kardiyak rehabilitasyon alanında istihdam edilecek kardiyak rehabilitasyon ekip üyelerinin (uzman hekim, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, ergoterapist ve sosyal hizmet uzmanı) hizmet içi eğitim programları ile eğitim çalışmalarına başlanması Faaliyet 2 Sağlık bilimleri fakültelerinin hemşirelik bölümlerinde rehabilitasyon hemşireliği biriminin kurulması, lisans ve lisans üstü eğitiminin verilmesi	2011-2014	YÖK Üniversiteler Sağlık Bakanlığı		1.Lisans düzeyinde rehabilitasyon eğitimi alan hemşire sayısı 2.Rehabilitasyon konusunda yüksek lisans eğitimi alan hemşire sayısı

Hedef 4. Rehabilitasyon ve palyatif tedavi uygulamasına yönelik olarak eğitim materyalleri (kitap, doküman, broşür, film vb.)
2012 yılına kadar hazırlanması (özellikle evde bakım sürecinde)

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler	1. Morbidite ve komplikasyon (yatak yarası, kırık, hastaneye yatış ve başvuru sayısı, enfeksiyon gibi) görülme sıklığı 2. Ulaşılan hasta sayısı 3. Basılan ve dağıtılan materyal sayısı	Strateji 1 Rehabilitasyon sürecini coğrafi, ekonomik, alt yapı sorunları gibi sorunlar nedeniyle evde geçirmek zorunda olan hastalar hedef kitleyi oluşturmaktadır. Strateji 2 Sağlık Bakanlığı bütçe desteğiyle, üniversitelerin iletişim fakültesi, sağlık bilimleri fakültesi fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü ve konservatuar işbirliği ile	Faaliyet 1 Nörolojik ve kardiyak rehabilitasyon gerektiren hastalıklarda algoritmayı içeren palyatif tedavi ve rehabilitasyon kitap, doküman ve broşürlerin hazırlanması Faaliyet 2 Hasta, aile ve rehabilitasyon profesyonellerinin eğitimlerine katkı sağlayacak teatral video kayıtları	1 yıl	Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı, YÖK	Belediye, RTÜK, Medya Kuruluşları, İlgili Meslek Kuruluşları ve Uzmanlık Dernekleri	Görevlendirilen komisyondan 3 ayda bir hazırlık ve sürece ilişkin rapor

Hedef 5. Nörolojik rehabilitasyon alanında yüksek lisans ve doktora programları oluşturulması, kardiyak rehabilitasyon alanındaki program sayısının artırılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
YÖK, Sağlık Bakanlığı, Üniversiteleri	1. Açılan program sayısı 2. Başvuran öğrenci sayısı 3. Yüksek lisans ve doktora öğrenci sayısı	Strateji 1 Oluşturulacak yüksek lisans ve doktora programının eğitim kadrolarının multidisipliner olarak oluşturulması Strateji 2 Benzer programlarla uluslararası işbirliği oluşturulması Strateji 3 Yüksek lisans ve doktora eğitimini alan fizyoterapistlerin öncelikli olarak İl Sağlık Müdürlüklerindeki nörolojik ve kardiyak rehabilitasyon sürecine dahil olmaları ve rehabilitasyon sürecinde oluşturulacak hastane içi kardiyak ve nörolojik rehabilitasyon birimlerinde istihdam edilmeleri sağlanabilir.	Faaliyet 1 Yüksek lisans ve doktora programının eğitim kadrolarının multidisipliner olarak oluşturulması Faaliyet 2 Yüksek lisans ve benzer programlarla uluslararası işbirliği oluşturulması Faaliyet 3 Yüksek lisans ve doktora eğitimini alan fizyoterapistlerin öncelikli olarak il sağlık müdürlüklerindeki nörolojik ve kardiyak rehabilitasyon sürecine dahil olmaları ve rehabilitasyon organizasyonu sürecinde oluşturulacak hastane içi kardiyak ve nörolojik rehabilitasyon birimlerinde istihdam edilmeleri sağlanabilir.	2 yıl 2 yıl 3 yıl	YÖK, Sağlık Bakanlığı, Üniversiteleri YÖK, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı	Diğer üniversiteler, ilgili meslek kuruluşları ve uzmanlık dernekleri Üniversitelerin dış ilişkiler birimleri Maliye Bakanlığı, ilgili meslek kuruluşları ve uzmanlık dernekleri	Eğitim veren kurum sayısı, Kurumların özelliklerine ilişkin rapor 6 aylık çalışma raporu Sayı, ücretlendirme konusunda çalışma raporu

Hedef 6. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin rehabilitasyonuna özelleşmiş birimlerini kardiyak ve nörolojik rehabilitasyon uygulamalarına yönelik olarak reorganizasyonu ve özel hastanelerin rehabilitasyon alanına teşvik edilmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı, Üniversiteleri	1.Organize edilen hastane sayısı	Strateji 1 400 yataklı ve üzeri bölge hastanelerinde uygulamanın başlatılması	Faaliyet 1 400 yataklı ve üzeri bölge hastanelerinde uygulamanın başlatılması	2 yıl	Sağlık Bakanlığı	Maliye Bakanlığı, YÖK	Yıllık rapor (hastane sayısı, hasta sayısı vb.)
		Strateji 2 Rehabilitasyon sürecindeki maliyetin özel hastaneler için SGK kapsamına alınması	Faaliyet 2 Rehabilitasyon ve evde bakımın sigorta kapsamına alınması	1 yıl	Sağlık Bakanlığı	Maliye Bakanlığı	Çalışma raporu
		Strateji 3 Evde bakım hizmeti veren ekibin mobil olması	Faaliyet 3 Evde bakım hizmeti veren mobil ekip ve ekipmanların oluşturulması	2 yıl	Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri Maliye Bakanlığı	Vakıf Ve Özel Kuruluşlar, Sivil Toplum Örgütleri, İlgili Meslek Kuruluşları Ve Uzmanlık Dernekleri	Çalışma raporu

Hedef 7. Evde bakım mevzuatının;

A- Kardiyak ve nörolojik bakım gerektiren hastaların, il sağlık müdürlükleri bünyesinde takip ve kaydedilecek şekilde düzenlenmesi

B-Hastaların ihtiyaçlarına yönelik olarak evde bakım hizmeti veren özel ve kamu kurumlarına yönlendirilmesine olanak verecek şekilde düzenlenmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	Kayıt alınan hasta sayısı	Strateji 1 İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde oluşturulan evde bakım birimlerince kardiyak ve nörolojik rehabilitasyon ihtiyacı olan hastaların belirlenmesi ve ihtiyaca yönelik olarak bu hizmeti sağlayacak hastanelere yönlendirilmesi	Faaliyet 1 Mevzuat hazırlanması	2 yıl	Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Maliye Bakanlığı	Belediyeler, Medya Kuruluşları, Vakıflar, İlgili Meslek Kuruluşları ve Uzmanlık Demekleri	Çalışma raporu

Hedef 8. Sağlık Bakanlığı bünyesinde rehabilitasyon ve evde bakım hizmetlerinin organizasyonundan sorumlu bir daire başkanlığının oluşturulması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	Yapılanma için mevzuatın oluşturulmasına yönelik yapılan bilimsel toplantı sayısı	Strateji 1 Evde bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin organizasyonunu sağlamak Strateji 2 Daire başkanlığı kadrolarının multidisipliner şekilde oluşturulması Strateji 3 Sağlık ve rehabilitasyon hizmetini kısmen de olsa bünyesinde barındıran huzurevlerinin organizasyonu ve desteklenmesi Strateji 4 Rehabilitasyon ve evde bakım hizmetlerine ilişkin maliyet çalışması yapılması Strateji 5 Sağlık ve turizm bakanlıklarının işbirliği ile rehabilitasyon hizmetinin uluslararası boyuta taşınması ve özel sektörün teşvik edilmesi	Faaliyet 1 Multidisipliner bir daire başkanlığının kurulması	1 yıl	Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı	Üniversite Hastaneleri, İlgili Meslek Kuruluşları ve Uzmanlık Dernekleri	Çalışma raporu

7.4.10. SÜRVEYANS ARAŞTIRMALAR VE GELECEĞE YÖNELİK UYGULAMALAR

Hedef 1. Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ve risk faktörlerinin (RF) izlenmesine yönelik ulusal ölçekte bir veri tabanı oluşturulması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	Veri tabanı	Strateji 1 Ülke çapında veri tabanı kullanımının uygulamasına geçmeden önce seçilecek pilot bölgelerde öncelikli uygulamaların yapılması	Faaliyet 1 Veri hazırlama konusunda çalışacak bir danışma kurulu ve çalışma grupları oluşturulması	2011	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler Uzmanlık dernekleri Yerel yönetimler TÜBİTAK, DPT TÜİK, SGK	Toplantı sayısı Toplantı raporları

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
			Faaliyet 2 Kurum ve kuruluşlarda kullanılan bildirim sistemleri açısından (duplikasyonların önlenmesi ve karşılaştırmanın yapılabilmesi için) kurumlar arasında standardizasyon, entegrasyon ve işbirliğinin (kurumlar arası verilerin paylaşılması) sağlanması Faaliyet 3 Mevcut kişi bazlı kayıt sistemlerinin gözden geçirilerek KVVH'nin mortalitesi, morbiditesi ve RF'ye yönelik veri sağlayacak şekilde düzenlenmesi Faaliyet 4 Ulusal düzeyde veri toplamak amacıyla bir "standart veri toplama formu" hazırlanması (hem hastalığa hem de risk faktörlerine yönelik), -Ulusal ihtiyaç ve uluslar arası beklentileri karşılayacak uygun göstergelerin belirlenmesi -Veri tabanı oluşturulması sırasında etik ilkeler ve hasta hakları yönetmeliğine uyulması	2012	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler Uzmanlık denekleri Yerel yönetimler TÜBİTAK, TÜİK SGK, İçişleri Bakanlığı	Ortak veri formu oluşturulmasının takibi
				2012	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler Uzmanlık denekleri SGK	Gereksinime göre düzenlenmiş kişi bazlı kayıt formlarının oluşturulması
				2012	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler Uzmanlık denekleri TÜBİTAK TÜİK SGK Uluslar arası sağlık kuruluşları	1.Standart veri formu hazırlama çalışmalarının takibi 2.Çalışma raporları

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	Veri tabanı		Faaliyet 5 Standart veri toplama formlarının kullanımına yönelik personel eğitimi yapılması	2013	Sağlık Bakanlığı		1.Eğitilen personel sayısı 2.Eğitim etkinliği takibi (ön test/ son test) 3.Formların doğru doldurulma yüzdelerinin takibi
			Faaliyet 6 Veri tabanının oluşturulması	2014	Sağlık Bakanlığı	TÜBİTAK Üniversiteler	1.Çalışma raporları 2.Gösterge hesaplama
			Faaliyet 7 İl ve merkez düzeyde veri tabanını kullanacak kişilere (veri giriş uzmanı ve kullanıcılar) gerekli eğitimin verilmesi	2014	Sağlık Bakanlığı	TÜBİTAK Üniversiteler	1.Eğitilen personel sayısı 2.Eğitim etkinliği takibi (ön test son test)
			Faaliyet 8 Pilot çalışmanın tasarlanarak uygulanması	2013	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler	Pilot çalışmanın sonuçlarının değerlendirilmesi ve gerekli yerlerde revizyonun yapılması
			Faaliyet 9 KVH ile ilgili ayrıntılı bazı bilgilerin seçilmiş kurumlardan (sentinel surveysans) toplanması	2014	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler Uzmanlık dernekleri TÜBİTAK	İlgili göstergelerin hesaplanması

Hedef 2. Ulusal ve bölgesel düzeyde periyodik saha araştırmalarının yapılması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği içinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı		Strateji 1 Özel risk faktörlerine yönelik araştırmaların seçilmiş bölgelerde yapılması Strateji 2 Özellikle birinci basamakta ki sağlık çalışanlarının araştırma yapma kapasitelerinin güçlendirilmesi Strateji 3 Etkili müdahale stratejilerini kır ve kente özel olarak belirlemek	Faaliyet 1 : KVVH başta olmak üzere, kronik hastalıklara ve risk faktörlerine özel periyodik olarak (5 yılda bir) Türkiye'yi temsil eden saha araştırmalarının yapılması Faaliyet 2: Birinci basamak sağlık çalışanlarının KVVH ve RF ile ilgili araştırma yapmasına yönelik eğitim programlarının hazırlanması (epidemioloji ve araştırma teknikleri eğitimleri) Faaliyet 3 : İl düzeyinde bilimsel araştırma yapılması konusunda ilginin ve kapasitesinin artırılması, ayrıca diğer kurum ve kuruluşlarla destek ve işbirliğinin yeterli düzeye getirilmesi amacıyla toplantılar, sempozyumlar, çalıştaylar düzenlenmesi Faaliyet 4: Bakanlığın kendi kurumlarında ve diğer kurumlar ile işbirliği içinde yapılacak olan araştırmalara fon ayırmak üzere planlama yapılması Faaliyet 5: KVVH'nın kontrolü amacıyla kültüre/topluma özel etkili müdahale stratejilerini saptamaya yönelik özellikle niteliksel araştırmalar yapılması, iyi örneklerin değerlendirilmesi	2011	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler TÜİK Uluslararası kuruluşlar	Araştırma raporlarının yayımlanması (Başlangıç, ara ve son rapor)
				2011-2014	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler Uzmanlık demekleri	1.Eğitim sayısı 2.Rapor edilen ve yayımlanan araştırma sayısı
				2011-2014	Sağlık Müdürlüğü	Üniversiteler Uzmanlık demekleri	İl başına yıllık yapılan bilimsel toplantı sayısı
				2011-	Sağlık Bakanlığı		1.Mevzuat hazırlama 2.Bütçe raporları 3.Finanse edilen araştırma sayısı 4.Yıllık faaliyet raporu
				2012	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler Uzmanlık demekleri Yerel yönetimler STK	Araştırma raporları

Hedef 3. AR-GE faaliyetlerinin güçlendirilmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı		Strateji 1 AR-GE ile ilgili dünya uygulamaları konusunda farkındalığın özelliikle karar vericiler düzeyinde ve konu çalışanları arasında artırılması Strateji 2 Kamu, sanayi ve üniversite işbirliğinin artırılması	Faaliyet 1 Ulusal ve uluslar arası platformda yapılan teknolojik çalışmaların tanıtıcı ve bilgilendirici toplantıların yapılması Faaliyet 2 Mükemmeliyet merkezleri, üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı arasında ortak yenilikçi projeler yapmak	Yılda bir	Sağlık Bakanlığı	Üniversiteler TÜBİTAK Sanayi kuruluşları	Toplantı özet kitapçıkları Toplantı sayısı Katılımcı sayısı ve profilleri Üretilen proje sayısı ve dokümanları

7.4.11. SEKTÖRLER ARASI İŞBİRLİĞİ

Hedef 1. Sağlık ile ilgili tanıtım programlarının plan döneminde % 20 oranında artırılması ve standart bir denetimden geçirilerek yayınlanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı, RTÜK	1. Üretici ve tüketicilerin bilgilendirilmesine yönelik programların plan döneminde % 20 oranında artırılması	Strateji 1 İnsan sağlığını doğrudan ilgilendiren yanıtıcı reklam ve tanıtımların engellenmesi	Faaliyet 1 Denetim zorunluluğuna ilişkin yasal boşlukların giderilmesi	2011-2013	Sağlık Bakanlığı	RTÜK Yayın kuruluşları birliği	Sağlık Bakanlığı, RTÜK
			Faaliyet 2 Denetimleri yapacak bilimsel kurulların oluşturulması	2011-2012	Sağlık Bakanlığı	RTÜK Yayın kuruluşları birliği	Sağlık Bakanlığı, RTÜK
			Faaliyet 3 Denetim sonuçlarının düzenli olarak raporlanması ve anlaşılır şekilde kamuoyunun bilgisine sunulması	Sürekli	RTÜK Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı Yayın kuruluşları	RTÜK Sağlık Bakanlığı

Hedef 2. Kalp ve damar hastalıkları konusunda kurumlar arası koordinasyon ve işbirliğinin güçlendirilmesi

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı	1.Kurumlar arası koordinasyonu sağlayacak komisyon oluşturulması 2.Ortak programların sayısının % 20 oranında artırılması	Strateji 1 Doğrudan sorumlu kurumlar arasında öncelikle işbirliğinin geliştirilmesi Strateji 2 Riskli bölgeler ve yaş gruplarına ilişkin kurumlar arası işbirliği	Faaliyet 1 Kurumsal koordinasyon eksikliklerinin tespiti ve giderilmesi	2011	Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı Tarım ve Köy İşl. Bak. Yerel Yönetimler	Kurumların faaliyet raporları

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
			Faaliyet 2 Sağlık Bakanlığınca; - Sınıf öğretmenleri ve rehber öğretmenlere gerekli eğitimlerin verilmesi - Ortak eğitim programlarının hazırlanması ve yürütülmesi - Sağlık Bakanlığı ve MEB'in koordinasyonunda konferans, yerinde eğitim, elektronik eğitim, kitapçık, video vb. eğitim araçları ile eğitimcilerin eğitimi	2011 2014	Milli Eğitim Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı, Yerel Yönetimler Sivil Toplum kuruluşları Medya	Bu konulara ilişkin düzenli raporların çıkarılması: -Toplantı sayıları -Ulaşılan birimler -Elektronik eğitimde hit (tıklanma) sayısı, -Ortak düzenlenen program sayısı -Dağıtımı yapılan eğitim araçları sayısı

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
			Faaliyet 3 Yerel yönetimlerin Sağlık Bakanlığı ile koordinasyonuna işlerlik kazandırılarak yerel yönetimlere ait sağlık hizmet birimlerinde tarama ve ölçüm çalışmalarının ortaklaşa yürütülmesi ve gereken donanım ve teknik desteğinin sağlanması	2011 2014	Sağlık Bakanlığı	Genel İdare birimleri (Valilik-Kaymakamlıklar) Yerel Yönetimler	Faaliyet Raporları: -Ortaklaşa yürütülen programlar -Sağlanan teknik destek ve iş birliğinin raporlanması -Hizmet ulaştırılan kişi sayısı ve verilen hizmet türünün raporlanması

Hedef 3. Mevzuat düzenlemeleri ve Avrupa Birliği müktesebatına uyumsağlanması

Koordinatör Kuruluş	Performans Göstergeleri	Strateji	Faaliyetler	Süre	Faaliyetten Sorumlu Kuruluş	İşbirliği İçinde Olması Gereken Kurumlar	İzleme
Sağlık Bakanlığı		Strateji 1 Mevzuat düzenlemeleri ve Avrupa Birliği müktesebatına uyumlaştırma çalışmaları		2011 2014	Sağlık Bakanlığı		

8. EKLER:

8.1 Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi

Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi' nin amacı Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki kalp-damar hastalıkları yükünü önemli ölçüde azaltmak ve hastalık yüklerinde ülke içinde ve ülkeler arasında bulunan hakkaniyetsizlik ve eşitliksizlikleri azaltmaktır. Berat, insanların sağlıklı davranış tipleri benimsemelerine yardımcı olacak destek politikalar ve çevreler yaratmak için sivil toplum ve halk sağlığı örgütleri ile ortaklık içerisinde yürütülen hükümet faaliyetinin önemini altını çizmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Bölge Direktör Yardımcısı Dr. Nata Menabde ve Avrupa Birliği Sağlık ve Tüketicinin Korunması Komisyoneri Markos Kyprianou, Brüksel'deki Avrupa Parlamentosu'nda, Avrupa Kalp Ağı ("European Heart Network") ve Avrupa Kardiyoloji Topluluğu'nun ("European Society of Cardiology") da katılımı ile Avrupa Kalp Sağlığı Beratı'nı açıklamışlardır. Berat, Avrupa'nın en büyük katili ile savaşmak için yürütülen bu ortak çabaya katılan 14 Avrupalı meslek ve halk sağlığı örgütü adına imzalanmıştır.

25 Aralık 2007 - "Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi"nin ulusal imza töreni Ankara'da 25 Aralık 2007 tarihinde yapılmış ve sözleşme Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ve dokuz uzmanlık derneği başkanlarıca imzalanmıştır.

Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi

Giriş

Mortalite ve Morbidite

Kalp ve damar hastalıkları, Avrupa'da kadın ve erkeklerde bir numaralı ölüm nedenidirⁱ. Avrupa'daki tüm ölümlerin neredeyse yarısından, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'ne üye 52 ülkede 4,35 milyonun üzerinde ölümden ve Avrupa Birliği'nde 1,9 milyondan fazla ölümden kalp ve damar hastalıklar sorumludurⁱⁱ. Kalp ve damar hastalıkları, aynı zamanda önemli oranda engelliliğe ve yaşam kalitesinin düşmesine de neden olmaktadır.

Ancak, kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi mümkündür. DSÖ; kan basıncı, obezite, kolesterol ve tütün kullanımında eş zamanlı olarak popülasyon çapında hafif bir düşüş sağlanmasının kalp ve damar hastalık görülme sıklığını yarıdan fazla azaltacağını tahmin etmektedir.

Kalp ve damar hastalık mortalitesi, görülme sıklığı ve ölüm oranları; çoğu Kuzey, Güney ve Batı Avrupa ülkesinde azalmakta, ancak Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde aynı hızla azalmamakta ya da artmaktadır.

Avrupa Birliği'nde kalp ve damar hastalıklarından ölüm oranlarında azalma görülse de, kalp ve damar hastalıklarıyla yaşayan kadın ve erkek sayısı gittikçe artmaktadır¹. Bu paradoks, yaşam süresinin uzaması ve kalp ve damar hastalığı olan bireylerde sağkalımın artması ile bağlantılıdır.

Kalp ve damar hastalık yükü, tüm kanserlerin toplamının yol açtığından daha fazla ölüme yol açmaktadır (kadınlarda [tüm ölümlerin %55'i] erkeklerden [tüm ölümlerin %43'ü] bile daha yüksek bir oranla ve sosyoekonomik düzeyi düşük kadın ve erkeklerde daha yüksek bir mortalite ile).

Risk Etkenleri

Kalp ve damar hastalıkları için iyi bilinen temel risk etkenleri tütün kullanımı, kan basıncı ve kolesterol düzeyinin yüksek olması, doğrudan bireyin yaşam tarzı ile bağlantılı etkenler, fiziksel aktivite düzeyi ve yeme alışkanlıklarıdır. Kalp ve damar hastalıklarıyla ilişkili diğer etkenler aşırı kilolu olmak, obezite, diabetes mellitus, aşırı alkol tüketimi ve ruhsal gerilimdir.

Maliyetler

Kalp ve damar hastalıklarının AB ekonomisine yılda 169 milyar Avro'luk bir maliyeti olduğu tahmin edilmektedir. Bu, yıllık toplam maliyetin kişi başına 372 Avro olduğunu göstermektedir. Kişi başına düşen maliyetler üye ülkeler arasında on katın üzerinde farklılık göstermektedir (Malta'da 50 €'dan az iken Almanya'da ve İngiltere'de 600 €'nun üzerindedir).

Çok Sektörlü İşbirliği ve Faaliyet

Üst düzey AB yayınları, özellikle kalp ve damar sağlığının iyileştirilmesi konusunda 2004'ten sonraki Konsey Kararları⁴, yüksek riskli bireyleri belirleyerek hem toplum düzeyinde, hem de bireysel düzeyde harekete geçmenin önemini vurgulamaktadır.

Avrupa Birliği Konsey Kararları, İrlanda'nın başkanlığı sırasında kabul edilmiş, kalp ve damar hastalıklarının ele alınması için gereken adımların atılmasını sağlamak üzere Avrupa Komisyonu'nun yanı sıra Üye Ülkeler'e de çağrıda bulunulmuştur. Lüksemburg Deklarasyonu⁵, Lüksemburg'un başkanlığında kabul edilmiş, Lüksemburg toplantısında hazır bulunan Ulusal Sağlık Bakanlıklarının temsilcileri, Ulusal ve Avrupa Kardiyoloji Dernekleri ve Kalp Vakıflarının temsilcileri arasında tüm Avrupa kentlerinde kapsamlı kalp ve damar hastalık önleme programlarının başlatılmasını ya da güçlendirilmesini sağlamak ve etkili önlemlerin, politikaların ve girişimlerin uygulamaya konulmasını güven altına almak için bir sözleşme imzalanmıştır. Kalp ve damar hastalıkları ve diğer bulaşıcı olmayan önemli hastalıklarla savaşmak amacıyla çeşitli DSÖ kararları ve bildirgeleri⁶ kabul edilmiştir.

Ayrıca, Avrupa toplumunda kalp ve damar hastalıklarının etkisini azaltarak sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacı, AB Antlaşması'nda⁷, AB'nin Lizbon Gündemi'nin amaçları arasında ve 30 Kasım 2006'da Finlandiya başkanlığında toplanan Avrupa Konseyi kararlarındaki⁸ sağlığın tüm politikalara dahil edilmesi hedeflerinde tam olarak kayıt altına alınmıştır.

Avrupa Komisyonu'nun desteğiyle, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Avrupa Kalp Ağı (European Heart Network) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği, ilgili Avrupa Örgütlerini ve Uluslararası Örgütleri,

- Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesini imzalamaya,
- Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm ve rahatsızlıklarla birincil önleme yöntemiyle savaşmaya

• 14 Şubat 2000’de yapılan “Winning Heart” Konferansı’nın Saint Valentine’i kutlaması’na göre hareket etmeye, davet etmektedir.

“Yeni binyılda doğan her çocuğun, önlenebileceği bilinen kalp ve damar hastalıkları geçirirmeden en azından 65 yaşına kadar yaşama hakkı vardır.”

Bölüm I: Amaç

Madde 1

Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi’nin amacı, Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa Bölgesi’nde kalp ve damar hastalık yükünü önemli ölçüde azaltmak ve bu hastalık yükündeki ülke içi ve ülkeler arası eşitsizlikleri ve haksızlıkları azaltmaktır.

Bu belgede, “Kalp Sağlığı” terimi kalp hastalıklarını, inmeyi ve diğer aterosklerotik damar hastalıklarını kapsamaktadır.

Madde 2

Sözleşmede, sözleşmeyi imzalayanların önceliği yaşam tarzı girişimlerine vererek, kalp ve damar hastalık yükünü azaltmaya önemli ölçüde yardımcı olacak önlemleri teşvik etmesi ve desteklemesi önerilmektedir.

Bölüm II: İmzalayanlar şunların farkındadır:

Madde 3

Kalp ve damar hastalığı, çok etkenli bir durumdur ve tüm risk etkenlerinin ve belirleyicilerinin toplumsal ve bireysel düzeylerde ele alınması gerekmektedir.

Kalp ve damar sağlığıyla ilişkili özellikler:

- Tütün kullanmama,
- Uygun fiziksel aktivite – haftada 5 kez en az 30 dakika,
- Sağlıklı beslenme alışkanlığı,
- Fazla kilolu olmama,
- Kan basıncının 140/90’ın altında olması,
- Kan kolesterolünün 5 mmol/L’nin (190 mg/dl) altında olması
- Normal glukoz metabolizması,
- Aşırı stresten kaçınma.

Madde 4

Kalp ve damar olayı riski ile ilişkili risk etkenleri üç sınıfa ayrılabilir:

Biyolojik	Yaşam tarzı belirleyicileri	Genel belirleyiciler	
		Sabit	Değiştirilebilir
Kan basıncının yüksek olması	Tütün kullanımı	Yaş	Gelir
Kan şekerinin yüksek olması	Sağlıksız beslenme	Cinsiyet	Eğitim
HDL kolesterol	Aşırı alkol tüketimi	Genetik	Yaşam koşulları
Fazla kilolu/obez	Fiziksel aktivite eksikliği	Etnik köken	Çalışma koşulları

Madde 5

Risk etkenleri, politikaları belirleyenlerin, vergilendirme ve pazarlama ile ilgili yasalar hazırlayarak ya da başka önlemler olarak destekleyici çevreler oluşturmasıyla; bireylerin sağlıklı beslenmeyi, dumanlı ortamları tercih etmeyi ve düzenli fiziksel aktiviteyi içeren davranışlar benimsemesiyle ve sağlık uzmanlarının yüksek risk altındaki hastaları belirlemeleri, tedavi etmeleri ve savunmaları ile ele alınabilir.

Madde 6

Bu risk etkenlerine yaklaşımın çocukluk çağına başlatılarak yaşam boyu sürdürülmesi gerekir.

Madde 7

Kalp ve damar hastalık yükü, erken tanı, hastalığa uygun yaklaşım ve yapılandırılmış yaşam tarzı danışmanlığı da dahil rehabilitasyon ve önleme ile de azaltılabilir.

Madde 8

Kalp ve damar sağlığı ve hastalıklarının cinsiyete özgü özelliklerine duyarlı olmak gereklidir.

Bölüm III: İmzalayanlar şunları kabul eder:**Madde 9**

Üst düzey Avrupa politik yayınlarında kabul edilen politikalar ve önlemlerin uygulamaya konulması

-Kalp Sağlığı ile İlgili Konsey Kararları (Haziran 2004)

-Kalp ve damar sağlığının özendirilmesine ilişkin Lüksemburg Deklarasyonu (Haziran 2005)

-DSÖ Avrupa Bölgesi'nde bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve denetimine ilişkin kararlar⁹

Uygulamalar, Avrupa düzeyinde, ulusal ve bölgesel düzeylerde gerçekleştirilecektir.

Madde 10

Kapsamlı sağlık stratejileri geliştirilmenin ve uygulamanın yanı sıra, kalp ve damar sağlığını teşvik edecek ve kalp ve damar hastalıklarını önleyecek Avrupa düzeyinde, ulusal, bölgesel ve yerel düzeylerde politikalar geliştirilmesinin, uygulanmasının ve önlemler alınmasının savunulması ve desteklenmesi.

Madde 11

Politikalar geliştirmek amacıyla, mümkün olan en güçlü siyasi desteği sağlamak ve kalp ve damar hastalık yükünü azaltmak için atılacak adımları koordine edecek, yalnızca kalp sağlığına adanmış ittifaklar kurulması ve bu ittifakların güçlendirilmesi.

Madde 12

Toplumsal seferberlik ilan ederek, geniş tabanlı bir koalisyon kurarak ve farkındalığı artırmak için gerektiğinde kitlesel medyayı kullanarak ve sosyal pazarlamayı geliştirerek toplumun ve hastaların eğitilmesine ve güçlendirilmesine yönelik faaliyetlerde bulunulması.

Madde 13

Bu sözleşmenin amacına ulaşması için, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ve öğretim yoluyla sağlığı iyileştirme kapasitesinin geliştirilmesi.

Madde 14

Yüksek risk altındaki bireylerin belirlenmesi ve bu bireylere yaklaşım ve bilinen kalp ve damar hastalığı olan bireylerin bakımına ve kalp ve damar hastalıklarını önlemeye yönelik ulusal stratejiler oluşturulmasının desteklenmesi.

Madde 15

Birleşik Avrupa Görev Gücü (Joint European Task Force) tarafından hazırlanan kalp ve damar hastalıklarının önlenmesine ilişkin en güncel Avrupa Kılavuzu'nun benimsenmesinin özendirilmesi. Bu teşvik, Kılavuzun yerel dil(ler)e çevrilmesini ve yerel mortalite ve morbidite istatistiklerini, yerel uygulamaları, Kılavuzun yerel sağlık hizmeti geleneklerine uyarlanmasını içerecek şekilde ulusal özelliklere uyarlanmasını ve tüm tıp uzmanlarına ve sağlığın korunmasında görev alan diğer tüm ortaklara dağıtılmasının desteklenmesini kapsamaktadır.

Yetkililerle işbirliği içinde, sağlık sektöründe önleyici çalışmaların çok öncelikli hale gelmesinin ve bu çalışmaların yerel sağlık sigortası politikaları kapsamında mantıklı bir geri ödeme sistemi dahilinde, iyi eğitilmiş ve yeterli insan gücü tarafından yürütülmesinin sağlanması.

Madde 16

Sağlık tedavi harcamalarıyla ilgili yönleri de dahil, uygulanan politikaların ve koruyucu önlemlerin etkinliğiyle ilgili araştırmalara öncelik verilmesi.

Gençlere, kalp ve damar sisteminde yaşlanmanın mekanizmalarının anlaşılmasına ve kadınlardaki kalp ve damar duyarlılığına yönelik, toplum sağlığının iyileştirilmesi ve korunmasına adanmış çeşitli programların etkisini de içeren, epidemiyolojiye ve davranışsal etkenlere odaklanan araştırmalar başlatılması.

Daha fazla işbirliğini, genişlemeyi ve araştırma projelerinin koordinasyonunu özendirerek ve bunun için kaynak yaratarak, Avrupa'da kalp ve damar hastalıkları alanında yapılan araştırmaların parçalara bölünmesinin ele alınması.

Madde 17

Madde 2’de belirlenen hedeflere ulaşmak için toplumsal ve bireysel düzeyde sağlanan ilerlemeyi ölçebilmek için kalp ve damar sağlığında mevcut durumun (risk etkeni yaygınlığı dahil) belirlenmesi.

Madde 18

Ulusal planlar ve politikaların ne kadar benimsendiğinin ve uygulamaya konulduğunun düzenli olarak değerlendirilmesi.

Avrupa Komisyonu ve Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte fikir ve deneyimlerin paylaşılacağı bir platform olan ve sağlanan veya sağlanması gereken iyileşmelerin ortaya koyulacağı Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi toplantıları düzenlenmesi.

Kaynaklar:

¹ -2733rd *Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Luxembourg – 1 and 2 June 2006*

² *European Cardiovascular Disease Statistics – British Heart Foundation and European Heart Network – 2005*

³ *Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union – European Heart Journal*

⁴ *Council of the European Union – 9507/04 – 2586th Council Meeting – 1 and 2 June 2004*

⁵ *Luxembourg Declaration – 29 June 2005*

⁶ *EUR/RC56/R2; WHA53.17; EUR/RC52/R12; EUR/RC55/R1; EUR/RC54/R3; EUR/RC55/R6*

⁷ *Article 152 of the EU Treaty*

⁸ *2767th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Brussels – 30 November and 1 December 2006*

⁹ *Regional Committee resolution EUR/RC56/R2 on the prevention and control of non-communicable diseases in the WHO European Region*

ⁱ *2733rd Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Luxembourg – 1 and 2 June 2006*

ⁱⁱ *European Cardiovascular Disease Statistics – British Heart Foundation and European Heart Network – 2005*

<http://www.heartcharter.eu/download/Turkish.pdf>

8.2 Lüksemburg Deklarasyonu

Toplum sağlığı, sağlığın özendirilmesi ve yüksek risk stratejilerini içeren “Kalp Sağlığının Özendirilmesi – Avrupa Uzlaş Raporu” 24-26 Şubat 2004 tarihleri arasındaki toplantıda şekillenmiş ve bu raporun ışığında AB ülkeleri Sağlık Bakanlığı temsilcileri, ulusal kardiyoloji dernek başkanları, AB Dönem Başkanlığı ve Avrupa Komisyonu yetkililerinin katılımı ile Lüksemburg’da bir toplantı yapılmış ve “Lüksemburg Deklarasyonu” adı altında üye ülkelere duyurulması kararlaştırılmıştır.

29 Haziran 2005’te, AB Kalp Sağlığı Konferansı’na katılan AB Üyesi Devletlerin Sağlık Bakanlıkları, Avrupa Kardiyoloji Derneği, Ulusal Kardiyoloji Dernekleri, Avrupa Kalp Ağı, Ulusal Kalp Vakıfları ve UEMS Kardiyoloji Bölümü’nden gelen temsilciler Lüksemburg’da Dönem Başkanı olan Lüksemburg Sağlık Bakanının başkanlığında Lüksemburg Deklarasyonu’nu imzalamışlardır.

LÜKSEMBURG DEKLARASYONU

“Avrupa Birliği’nde (AB) erkek ve kadın ölümlerine yol açan en büyük etken, kalp-damar hastalıklarıdır. Kalp-damar hastalıklarından ölen kadınların sayısı, tüm kanser türlerinden ölen kadınların toplam sayısından daha çoktur. Üstelik Üye Devletlerin her birinde ve birbirleriyle aralarında kalp-damar hastalıkları konusunda büyük farklılık ve eşitsizlikler bulunmaktadır. Bazı AB ülkelerinde kalp ve damar hastalıklarından ölüm oranları azalmaktadır. Ancak kalp ve damar hastalıklarıyla yaşayan kadın ve erkek sayısı sürekli artmakta olup, bunların çoğu önlenebilir niteliktedir.

Bugün, 29 Haziran 2005’te, AB Kalp Sağlığı Konferansı’na katılan bizler (AB Üyesi Devletlerin Sağlık Bakanlıkları, Avrupa Kardiyoloji Derneği, Ulusal Kardiyoloji Dernekleri, Avrupa Kalp Ağı, Ulusal Kalp Vakıfları ve UEMS Kardiyoloji Bölümü’nden gelen temsilciler) şu konularda görüş birliğine vardık:

Kalp Sağlığı konusunda Avrupa Konseyi Kararları’nın önemini ve bu kararları uygulamaya koyma zorunluluğunu tekrar vurguluyoruz.

Kalp ve damar hastalıklarının yükünü azaltmak için, yaşam tarzını değiştirmeye yönelik girişimlere öncelik vermek üzere, gerekli önlemler her Üye Devlet tarafından ele alınmalıdır.

Kronik akciğer hastalığı, diyabet, osteoporoz ve kanser gibi bulaşıcı olmayan diğer hastalıklar üzerinde de olumlu etkileri bulunan aşağıdaki önlemlerin alınması için birlikte çalışmaya karar verdik:

1. Avrupa toplumlarının, kalp ve damar sağlığı ile ilgili şu konulardaki farkındalığını yükseltmek:

- Tütün kullanımını bırakmak (0),
- Yeterince egzersiz yapmak (günde en az 30 dakika, haftada en az 5 gün),
- Sağlıklı besinleri tercih etmek,
- Fazla kilolardan sakınmak,
- Kan basıncını 140/90’ın altında tutmak,,
- Kan kolesterolünü 200 mg/dl’nin altında tutmak.

2. Her Avrupalının bu konularda başarılı olmasına yardım edecek stratejiler geliştirip uygulamak.

3. Bu konularda doğru davranışlara, yaşamın olabildiğince erken dönemlerinde başlamanın önemini kavramak.

4. Yukarıda belirtilen konuları (tütün, kan basıncı vb.), daha ileri koruma ve bakımı hedefleyen ulusal programların başarı göstergesi olarak kullanmak.

5. Bugün itibariyle, etkili bir uygulama süreci oluşturabilmek için aşağıdaki etkenlerin zorunlu olduğunu saptadık. Bu etkenler, bugün paylaştığımız ve tartıştığımız deneyimlerimize dayanarak belirlenmiştir.

6. Sağlık bakım profesyonelleri, sivil toplum örgütleri, hükümetler ve kamu sağlığından sorumlu yetkililer arasında birleşik, güçlü ve kararlı bir ortaklık kurulması şarttır. Şu kesimlerin tümünü sürece katmak ve harekete geçirmek şarttır:

- Dünya Sağlık Örgütü (WHO),
- Aynı hedefleri paylaşan ortak tıbbi örgütler,
- Tarım, ulaşım, çevre, sosyal politikalar, eğitim ve benzeri konularda politika üreten kurumlar,
- Hasta örgütleri,
- Genel nüfusun bilinçlendirilmesi için çalışan örgütler,
- Avrupa Kalp Ağı gibi konuyla ilgili vakıflar,
- Basın ve yayın kuruluşları,
- İlgili sanayi sektörleri (tarım, besin, ilaç vb),
- Üniversiteler,
- Yerel yönetimler.

7. Bireylerin ve toplumların kalp ve damar sağlığı risk düzeylerini düşürmek için, her bir ülkenin özel koşullarına uyarlanmış, olgulara dayalı araçların daha da geliştirilmesi şarttır.

8. Tüm Avrupa’da kalp ve damar hastalıklarından korunma ve bakımının geliştirilmesini istediğimiz konusunda birleştik ve bu nedenle, bu konferansı her ülkede geniş kapsamlı bir eylem planı hazırlanmasını sağlayacak önemli bir yeni adım olarak görüyoruz. Bugün gerçekleştirilen temaslar, ulusal görev ekiplerinin oluşturulmasını ya da böyle bir planın daha da geliştirilmesini kolaylaştırmalıdır.

9. Sağlam kalpli bir Avrupa genel çerçevesi içinde Avrupa Komisyonu, Avrupa Parlamentosu ve Konseyi’ nin onayladığı etkinliklerin sürdürülmesinin gerekliliğini tekrar vurguluyoruz.

10. 2006’ da hep birlikte bu alanda gelişme sağlamayı ve bir Avrupa Kalp Sağlığı Belgesi oluşturmak için çalışmayı amaçlıyoruz.

Avrupa Birliği

Sağlık ve Tüketicinin Korunması Genel Müdürlüğü

Avrupa Birliği Konseyi Lüksemburg Başkanlığı

Avrupa Kardiyoloji Derneği”

