

# Kalkınma planları ve 10. Kalkınma Planında sağlık

**Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç**



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002-2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Türkiye Cumhuriyetinin 2023 Vizyonu için çalışmaların hızlandığı bir dönemde, Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 01.07.2013 tarihli 127'nci Birleşiminde onaylanan ve 2014-2018 yıllarını kapsayan **X. Kalkınma Planı**'nda sağlık konusunu ele almadan önce Beş Yıllık Kalkınma Planlarının tarihçesine kısaca bir göz atalım. Dünyada planlama kavramı 1929 ekonomik bunalımından sonra önem kazanmıştır. Türkiye'de ise 1935'ten itibaren iki kez beşer yıllık sanayileşme planı uygulanmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) 1960 yılında 27 Mayıs darbesinden önce kurulmuş olmasına rağmen yaşanan darbe dolayısıyla ancak 1963 yılında başlayabilen bir

**"planlı dönem"**e girilmiştir. Ülkemizin sosyoekonomik potansiyelini değerlendirmek ve bu potansiyeli orta dönemde planlarla en iyi şekilde yönlendirebilmek için, öncelikli amaç ve hedefleri tespit eden 15 yıllık perspektifle plan yapma gereği duyulmuş ve bu şekilde I. ve II. Beş Yıllık Kalkınma Planları, 1963-1977 perspektif planına göre hazırlanmıştır. I. Beş Yıllık Kalkınma Planı temel altyapı yatırımlarına, istihdam sorununa ve yeniden düzenleme konularına ağırlık verirken, II. Beş Yıllık Kalkınma Planı özellikle sanayi sektörünün ekonomide sürükleyici sektör niteliği kazanması ilkesini benimsemiştir. Planların hazırlandığı DPT'nin ilk 10 yılında tam bir heyecan vardır ve DPT adeta bir mektep işlevi görmektedir. Kendisinin ilk plancılardan olduğunu

bildirdiği yazısında Güngör Uras; *"Ben 12 yıl DPT'de çalıştım. Yıllardır DPT'de öğrendiklerimi satıyorum. Bitiremedim. DPT bizler için sadece bir hizmet kurumu değil, bir eğitim, bilgi yuvası idi. Ülke ve halk için iyi şeyler yaptığımızın heyecanı ile yaşadık, yaşıyoruz"* demektedir.

Özellikle ilk kuruculardan Turgut Özal'ın müsteşar olduğu 1967-1971 arası dönemde DPT'deki gayretli ekibin başındaki unutulmaz isim, Proje Değerlendirme ve Yabancı Sermaye Grup Başkanı, Yatırımları ve İhracatı Teşvik ve Uygulama Dairesi Başkanı gibi görevlerde bulunan Muammer Dolmacı, bölgesel dengesizliklerin giderilmesi, sanayinin belirli merkezler dışına çıkarılarak Anadolu'ya yayılması, küçük tasarruf sahiplerinin



sermaye iştiraki ile gelirden hakiki payı almalarına imkân hazırlanması, sanayi ve ihracatın teşvikine çok önem vermektedir. Dolmacı'nın verdiği enerjyle DPT'de, klasik memur zihniyetinin dışına çıkılarak ve mesai kavramı unutulmuş bir ekip ruhuyla gece gündüz durmaksızın çalışılmaktadır. Bu durumu "Görünmeyen Üniversite" kitabında Ersin (Nazif) Gürdoğan şu şekilde anlatmaktadır: "O yıllarda Planlamada çok değişik, gayretli ve çalışma coşkusuyla dolu değişik bir kadro vardı. Geç saatlere kadar çalışılırdı. Biri, akşam normal iş saatinde çıksa, 'hoş' karşılanmaz, bir saat geç bıraksa işini, 'acelesi neymiş' denir, iki saat sonra çıkarsa, 'biraz daha kalamaz mıydı' diye sorulur, üç saat daha kalırsa 'iyi çalışıyor' derlerdi. Gerçekten Planlamada Türk bürokrasi tarihinde pek benzeri görülmemiş bir grup ve kadro oluşmuştu. Bugün özel veya kamu kesiminde nerede ciddi ve ülke ekonomisine katkıda bulunan bir yatırım ve eylem varsa, hepsinin kararı o dönemde alınmış ve özendirilmişti."

1971 yılında bir başka darbe sonucu DPT'deki o gayretli ekip dağıtılmış, 1973-1995 dönemini kapsayan planlar yeni gelen ekip tarafından değişen dünya şartları ve Türkiye'nin Avrupa Ekonomik Topluluğu ile ilişkileri de dikkate alınarak yeni bir perspektifle hazırlanmıştır. Türkiye'yi 2000'li yıllara hazırlamanın gerekli alt yapısını oluşturmak amacıyla hazırlanan ve 1996 yılında uygulamaya giren VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı yaklaşımının ortaya koyduğu perspektif ise öncelikleri ve politikaları itibarıyla çağın değişen ekonomik ve sosyal gelişmelerini dikkate almaktadır. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) ekonomik istikrarın sağlanması yanında, yapısal ve kurumsal düzenlemeler, rekabet gücünün artırılması, AB'ye uyum, bilgi çağına geçişin altyapısının oluşturulmasına başlanması, teknoloji üretimi ve gelir dağılımındaki farklılıkların azaltılmasında etkileşimli yaklaşımla bölge ve il planlamalarına öncelik vermiştir.

Bu satırların yazarının da hazırlanmasında katkısının bulunduğu ve diğerlerinden farklı olarak yedi yıllık hazırlanan IX. Kalkınma Planı (2007-2013), değişimin çok boyutlu ve hızlı bir şekilde yaşandığı, rekabetin yoğunlaştığı ve belirsizliklerin arttığı bir döneme rastlamaktadır. Dokuzuncu Plan, "İstikrar içinde büyüyen, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen, AB'ye üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye" vizyonu ve Uzun Vadeli Strateji (2001- 2023) çerçevesinde hazırlanmıştır ve bu husus Onuncu Planda şu ifade ile belirtilmektedir: "2014-2018 dönemini kapsayan X. Kalkınma Planı, ülkemizin 2023 hedefleri doğrultusunda, toplumumuzu yüksek refah seviyesine ulaştırma yolunda önemli bir kilometre taşı olacaktır."

Tablo 1: Dokuzuncu Planda Sağlık Hizmetlerinde Hedefler

	2006	2013
Hekim Sayısı	103.150	120.000
Hekim Başına Düşen Nüfus	707	658
Tıp Fakültesine Yeni Kayıt Sayısı	4.800	7.000
Yatak Sayısı	197.170	236.600
Yatak Başına Nüfus	372	335

### Kalkınma Planlarında Sağlık

Kalkınma planlarında sağlıkla ilgili olarak yer alan konular şu şekilde tasnif edilebilir:

a) Sağlık İnsan Gücü: Kalkınma planlarının tamamında sağlık konusu önemli bir yer tutmaktadır. İlk planlarda daha çok sağlık insan gücü ön plandadır. Örneğin I. Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık insan gücüne yönelik şu hedef belirlenmiştir: "15 yıl içinde yüksek seviyede sağlık personeli sayısı mevcut durumunun 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise bugünkünün 6 katına çıkarılacaktır."

b) Birinci basamak sağlık hizmetleri: 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 1961 yılında yürürlüğe girmesinin hemen ardından gelen "planlı dönem" in ilk planlarında bu kanunun uygulanmasına yönelik koruyucu ve tedavi edici birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir yer tuttuğu dikkati çekmektedir.

O yılların en önemli sağlık problemleri olan sıtma, verem, trahom, cüzzam ve frengi gibi "bulaşıcı hastalıklarla savaş" konuları da bu ilk planlarda önemli bir yer tutmaktadır. Ana-çocuk sağlığı, işçi sağlığı gibi konuların da yer aldığı ilk planda "Tedbirler" başlığı altında sayılan "Özel sektörün hastane kurma teşebbüsünü teşvik edecek tedbirler alınacaktır." ile "Yerli ilaç sanayii teşvik edilecektir." maddeleri dikkati çeken hususlardandır. "Hastanelerin döner sermayeli işletmeler haline getirilmesi imkânlarının araştırılacağı" hükmü de Birinci Planda yer alan bir ilgi çekici hususlardan biridir.

c) Hastaneler: Yine bu ilk planlarda sağlık tesislerinin kapasitelerine yönelik planlamalar da öne çıkmaktadır. Ancak IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda dikkati çeken önemli bir husus, Üçüncü Planda hedeflenen kişi başına düşen yatak sayısında indirim öngörmüş olmasıdır. Üçüncü Planda, on bin kişiye düşen yatak sayısı 26 iken, Dördüncü Planda bu rakam 18,5 olarak belirlenmiştir. "Diğer planlardaki kişi başına düşen yatak sayıları ve sağlık çalışanı sayılarına, anne-bebek ölüm verilerine planların bitiminde ulaşılamadığı görüldüğünden,

daha gerçekçi bir yaklaşım olacağı düşüncesi ile bu indirimin öngörüldüğü" iddiası ileri sürülse de Üçüncü Planda "Yataklı tedavi kurumlarında Plan hedefinin aşılması yatırım ve insan gücü açısından koruyucu hekimlik hizmetlerinin aleyhinde olmaktadır." serzenişinde aslında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un işlevselliği açısından konuya bakıldığını düşündürmektedir. Nitekim Beşinci Plandaki "Yataklı tedavi kurumlarında mevcut kapasitenin daha rasyonel, etkili ve verimli kullanımı sağlanacaktır. Buna göre, on bin kişiye 26 yatak kapasitesi sağlanması plan hedefi olmakla birlikte, mevcut boş yatak kapasitesi kullanılmayan illerde yeni yatak ilavesine gidilmeyecektir." ifadesi de bunun işareti sayılabilir.

Birinci Planda "Kamu sektöründe optimum büyüklüğün altında az yataklı sağlık kurumlarından kaçınılacak ve yeniden yapılacak yataklı sağlık kurumlarının bir sağlık sitesi halinde ve mümkün olan her halde aynı arsa üzerinde yapılmasına çalışılacaktır." denilirken Beşinci Planda tam tersine bir kararla "Hastane işletmeciliği açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin inşa edilmesi önleneyecek." ifadesinin yer alması da aslında tedavi edici hizmetlere artık önem verilmeyeceği kanaati olduğunu düşündürse de diğer yandan aynı planda "Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir. Bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır. Diğer taraftan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alması yoluyla sağlık hizmetleri geliştirilecektir." denilerek özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi bu düşüncüyü geçersiz kılmaktadır.

Dokuzuncu Plan döneminde sağlık hizmetlerine erişimin önemli göstergeleri olan yatak ve hekim sayısı ile bunların nüfusa oranlarında iyileşmeler öngörülmüşse de, bu dönemde yapılan kontenjan artışının etkisinin ancak bir sonraki plan döneminde görülebilecek olması nedeniyle, hekim başına nüfus konusundaki iyileşme sınırlı kalmıştır.

ç) Nüfus Planlaması: Henüz doğum kontrolünün kanunla yasak olduğu bir döneme denk gelen Birinci Planda "Nüfus Meselesi" başlığı altında önce

6 sayfalık bir açıklamadan sonra “bir zamanlar çok haklı sebeplerle kabul edilmiş” olduğu ifade edilen “nüfus mümkün olduğu kadar hızlı artırma politikası”nın o günün şartlarına uygun olmadığı için nüfus plânlamasını yasaklayan kanunun değiştirileceği belirtildikten sonra “Nüfus Plânlaması bazı çevrelerde bir yanlış anlama sonucu olarak çocuk sahibi olmada bir Devlet müdahalesiyle karıştırılmaktadır. Oysa nüfus plânlaması, ailelerin istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olmalarını kolaylaştıran demokratik bir usuldür.” denilmek suretiyle Nüfus Planlaması’ndan bahsedilmiş olsa da İkinci Planda başlık Aile Planlaması şeklinde değiştirilmiş ve konu daha önemle ele alınmıştır.

Üçüncü Plana Giren Türk Toplumunun Temel Sorunları sayılırken ilk sırayı “Nüfus İle İlgili Sorunlar” almıştır. Ayrıca “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmediği illerde aile sağlığı ve planlaması hizmetlerinin geliştirilmesine önem verileceği ve bu amaçla, köysel bölgelerde çalışan köy ebelerinin hizmetleri geliştirileceği” hükmü bu planda yer almaktadır..

d) Sağlık Reformu ve Aile Hekimliği: Yedinci Planda ilk defa “Sağlık Reformu” başlığı kullanılmıştır. Sekizinci Planda ise ilk defa “Aile Hekimliği”nden bahsedilerek “Birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre aile hekimliği uygulaması için gerekli düzenlemeler gerçekleştirilecektir.” denilmiş ve ayrıca hastaneler hakkında “rekabet edebilirlik” ve “özerk işletme” tabirlerinin kullanıldığı “Hastanelerin rekabet edebilir ve özerk işletmeler haline dönüştürülmesi ile ilgili mevzuat düzenlemeleri yapılacaktır.” ifadeleri yer almıştır.

İlginç olarak “Sigara kalitesinin iyileştirileceği, kayıpların önleneceği ve sağlık nedenleri ile filtreli sigara talebindeki hızlı artışın devam edeceği kabul edilmiştir.” şeklinde bir ifade de Üçüncü Planda yer almaktadır.

## Onuncu Kalkınma Planında Sağlık

Türkiye’yi 21. yüzyıla hazırlamanın gerekli alt yapısını oluşturmak amacıyla hazırlanan 2001-2023 yıllarını kapsayan Uzun Vadeli Gelişme Stratejisinin ortaya koyduğu perspektifle, öncelikleri ve politikaları itibarıyla çağın değişen ekonomik ve sosyal gelişmelerini dikkate alarak hazırlanan son plan olan X. Kalkınma Planı (2014-2018)’nda Sağlık konusunu ele aldığımız bu çalışmamızda öncelikli plandaki durum analizini aktaralım:

“Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlıkta hizmet kalitesi ve erişimde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu

Tablo 2: Onuncu Planda Sağlık Alanında Gelişmeler ve Hedefler

	2006	2012	2013	2018
10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	25,1	26,5	26,7	28,4
100 Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı	151	172	176	193
100 Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	119	180	191	295
Fiziki Altyapının Dengeli Dağılım Oranı (1)	-	2,55	2,42	2,00
Sağlık Personelinin Dengeli Dağılım Oranı (2)	3,40	2,24 (3)	2,20	2,00
Hekim Başına Düşen Hemşire Sayısı	0,79	1,04	1,09	1,53
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	16,5	7,73	7,1	6,0
Anne Ölüm Hızı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	28,5	15,53	14,5	9,5

Kaynak: 2006 ve 2012 yılı verileri Sağlık Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden hesaplanmış olup, 2013 ve 2018 yılı verileri Onuncu Kalkınma Planı tahminleridir.

(1) 29 Sağlık Bölgesi arasından “10 bin kişiye düşen yatak sayısı”nın en yüksek olduğu bölgedeki kişi başına yatak sayısının en düşük olduğu bölgedeki kişi başına yatak sayısına oranıdır.

(2) İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS) Düzey 1’e göre “100 bin kişiye düşen toplam hekim sayısı”nın en yüksek olduğu bölgedeki kişi başına hekim sayısının en düşük olduğu bölgedeki kişi başına hekim sayısına oranıdır.

(3) 2011 yılı verisidir.

kapsamda; aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda reform niteliğinde gelişmeler sağlanmıştır. Temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler kaydedilmiş, bebek ve anne ölüm oranları hızla düşürülmüş ve doğuştan beklenen yaşam süresi yükselmiştir. Kişi başı hekim müracaat sayısı 2002 yılında 3,2 iken 2011 yılında 8,2’ye, sağlık personeli sayısı 378 binden 670 bin kişiye, aşılama oranı ise yüzde 77’den yüzde 97’ye ulaşmıştır. Bu iyileşmeler memnuniyet oranlarına da yansımış ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı 2012 yılında yüzde 75’e yükselmiştir.”

Sağlıkta mevcut durumdaki değişimi gösteren ve 2018 perspektifinin de yer aldığı aşağıdaki tablo da planda yer almaktadır.

X. Kalkınma Planında yer alan sağlıkla ilgili konulara gelecek olursak;

### a) Sosyal Güvenlik Harcamalarında Artış

Onuncu Planda 2007-2012 döneminde SGK sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı 0,8 puan artarak yüzde 3,1 olarak gerçekleştiği ve bu artışta, daha önce merkezi yönetim bütçesinden karşılanan devlet memurlarının ve prim ödeme gücü olmayanların sağlık harcamalarının SGK’ya devredilmesi etkili olduğu belirtilmekte; diğer taraftan, GSYH’ya oran olarak 2006 yılında yüzde 4,1 düzeyinde gerçekleşen toplam kamu sağlık harcamaları, sağlık sigortası kapsamının genişlemesi ve sağlık hizmetlerine erişimin artmasına rağmen alınan tedbirlerin etkisiyle sınırlı bir artış göstererek 2012 yılında yüzde 4,2 düzeyine yükseldiği ifade edilmektedir.

Tüm dünyada sağlık harcamalarının artmasının beklendiği de Onuncu Planda şu ifadelerle belirtilmektedir: “Toplam nüfusun ve yaşlı nüfus oranının artması, gelir düzeyinin yükselmesi, sağlık bilincinin gelişmesi, yeni sağlık teknolojileri ve sağlık hizmetlerine talebin artması gibi hususların etkisiyle tüm dünyada sağlık harcamalarının artması beklenmektedir.”

Planda ülkemizin mevcut durumunda, genç nüfus yapısına sahip olması nedeniyle sağlık harcamalarının milli gelir içindeki oranı gelişmiş ülkelerin gerisinde olduğu ancak ilerleyen dönemde tüm dünyadaki artış beklentisine paralel olarak, Türkiye’de de sağlık harcamalarının artacağı öngörülmekte ve “Demografik fırsat penceresi yeterince iyi değerlendirilmediği, emeklilik ve sosyal güvenlik sisteminde şimdiden gerekli tedbirler alınmadığı takdirde, artan sağlık harcamaları, önümüzdeki dönemde sosyal güvenlik sistemi ve kamu maliyesi üzerinde baskı oluşturabilecektir.” denmektedir. Alınması gereken tedbirler “Kamu Harcamalarının Rasyonelleştirilmesi Programı” çerçevesinde “Sağlık Harcamalarının Etkinleştirilmesi” başlığı altında “6. Bileşen” olarak ele alınmakta ve dört husus öne çıkarılmaktadır:

- Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması
- Kademeli bir şekilde sevk zinciri uygulamasına geçilmesi
- Sağlık teminat paketlerinin gözden geçirilmesi
- Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi

Konu her ne kadar Sosyal Güvenlik Sistemini doğrudan ilgilendirse de bu bileşen için “Koordinatör ve Sorumlu Kurum” olarak Sağlık Bakanlığının seçilmiş olması önemlidir.

## b) Sağlık Endüstrileri

X. Kalkınma Planı sağlık endüstrileri için ayrı bir öneme sahip. Önceki planlarda "sağlık endüstrileri" kavramı yer almazken, yeni planda sağlık endüstrileri için bir dönüşüm programı dikkat çekiyor. İlaç ve tıbbi cihazı sadece sağlık politikası kapsamında konuşmanın dışına çıkıp sağlık endüstrileri adı altında sanayi politikası altında konuşabiliyor olmak Planın önemli özelliklerinden biri. Ülkemizde artan ve yaşlanan nüfus, ortalama yaşam süresinde yükselme, sağlık hizmetlerinde ve ilaca erişimde iyileşme, artan refah düzeyi ve farkındalık gibi faktörler nedeniyle ilaç ve tıbbi cihaz talebinin artması sosyal güvenlik harcamalarında ve cari açık üzerinde baskı oluşturduğu, bu yüzden savunma sanayiindeki offset uygulamasının benzerinin enerji, ulaştırma yanında sağlık alanında da yaygınlaştırılması politikalarıyla özellikle ithalat ağırlıklı olan tıbbi cihaz alanında dışarıya bağımlılığın önüne geçecek ve ihracatı artıracak tedbirler alınması için gereken çabaların gösterilmesi düşünülmektedir.

Bu kapsamda orta vadede yerli üretim kapasitesinin artırılması, Ar-Ge ve girişim ekosisteminin geliştirilmesi, uzun vadede yeni molekül geliştirebilen, daha yüksek katma değerli ilaç ve tıbbi cihaz üretebilen bir yapıya kavuşarak küresel değer zincirlerinde etkinliğin artırılması öngörülmektedir. Bu programla yüksek katma değerli ürün üretebilen, küresel pazarlara ürün ve hizmet sunabilen ve yurtiçi ilaç ve tıbbi cihaz ihtiyacının daha büyük bir kısmını karşılayabilen bir üretim yapısına geçilmesi amaçlanmaktadır; bunun için de yurtiçi ilaç ihtiyacının değer olarak yüzde 60'ının, yurtiçi tıbbi cihaz ve tıbbi malzeme ihtiyacının ise yüzde 20'sinin yerli üretimle karşılanması "Program Hedefleri" arasında sayılmaktadır.

## c) Tamamlayıcı Tıp

Onuncu Planda diğerlerinden farklı bir özellik de Tamamlayıcı Tıp konusunun planda "**Politikalar**" başlığı altında yer almış olmasıdır ve bu husus şu şekilde ifade edilmektedir: "**Tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucularıyla ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması amacıyla standartlar belirlenecek ve bu alan denetim altına alınacaktır. Tamamlayıcı tıbbın, tıp eğitimine ve sağlık uygulamalarına entegrasyonu sağlanacak, bu alanda yapılacak bilimsel araştırmalar desteklenecektir.**"

## ç) Sağlık Turizmi

Onuncu Planda yer alan farklı bir başlık da Sağlık Turizmidir. Uzun dönemde artması beklenen sağlık harcamalarının;

sağlık teknolojilerinin daha yoğun kullanımı, ilaç ve tıbbi malzeme üretimine odaklanma yanında sağlık turizmini geliştirme gibi fırsat alanlarını da beraberinde getireceği belirtildikten sonra şu tespitle bulunmaktadır: "**Sağlık hizmeti sunum kalitesinde rekabetçiliği giderek artan ülkemiz, başta Avrupa ve OECD ülkeleri olmak üzere nüfusu giderek artan ülkelere sağlık hizmeti sunma potansiyeline sahiptir. Sağlık turizmi; döviz gelirleri nedeniyle cari denge, emek yoğun yapısı itibarıyla istihdam, turizmde çeşitliliğin ve katma değer artırılması yoluyla gelir artışı, sağlık altyapısının güçlendirilmesine bağlı olarak yatırım etkisi yaratabilecek bir alandır.**"

Planın "**Sağlık Turizminin Geliştirilmesi**" başlığı altında "**termal turizm**"de 100.000 yatak kapasitesinin oluşturulması, 1.500.000 (600.000 tedavi amaçlı) yabancı termal turiste hizmet sunulması ve 3 milyar dolar gelir elde edilmesi hedeflenirken; "**medikal turizm**"de dünyanın ilk 5 destinasyonu içerisinde olunması, 750.000 medikal yabancı hastanın tedavi edilmesi ve bu yolla 5,6 milyar dolar gelir elde edilmesi beklenilmektedir. Ayrıca özellikle Batı ülkelerinde yaşlanan nüfusa yönelik olarak gerçekleştirilecek "**ileri yaş turizmi**"nde 10 bin yatak kapasitesi oluşturulması, 150.000 yabancı turistin ülkemizi ziyaret etmesi ve 750 milyon dolar gelir elde edilmesi planlanmaktadır.

## d) Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı

Onuncu planda sağlığın herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması; beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumu olduğu hatırlatılmakta ve sağlıklı bir yaşam için tedavi edici, sakatlığı ve salgın hastalıkları önleyici sağlık hizmetlerinin yanında bulaşıcı olmayan hastalıklarla ve bu hastalıkların risk faktörleriyle mücadelelenin önem arz ettiği, sağlıklı ve kaliteli yaşamın bireylerin refah ve mutluluğunu artırmada temel bir unsur olduğu belirtilerek ortaya konulan "**Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı**" ile sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam, tütün kullanımı, alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele ile gıda güvenilirliğinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve ruh sağlığının geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Program bileşenleri arasında "**Gıda Güvenilirliğinin Artırılması**", "**Sağlıklı ve Dengeli Beslenme Düzeyinin Artırılması**", "**Tütün Kullanımı ile Alkol ve Madde Bağımlılığının Azaltılması**", "**Kanser, Kalp ve Damar ve Diyabet gibi Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Görülme Sıklığının ve Risk Faktörlerinin Azaltılması**", "**Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi**" ve "**Spor Yapma Alışkanlığının ve Hareketliliğin Teşviki**" başlıkları yer almaktadır.



## Sonuç

Türkiye'nin 2023 vizyonuna yönelik Uzun Vadeli Gelişme Stratejisi ile ortaya koyduğu perspektifle, öncelikleri ve politikaları itibarıyla çağın değişen ekonomik ve sosyal gelişmelerini dikkate alınarak ve halkın ulaştığı memnuniyet düzeyini bulunduğu noktadan aşağıya düşürmeden sağlık hizmetlerinde erişmeye devam edebileceği kaliteli ve sürdürülebilir bir sağlık sistemini temini maksadıyla hazırlanan X. Kalkınma Planında, önceki planlardan farklı olarak Sosyal Güvenlik Sisteminde ortaya çıkması muhtemel açıkları kapatmaya matuf olmak üzere kamu sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, ilaç ve tıbbi cihazda dışa bağımlılığı ortadan kaldırılması, sağlık turizmini canlandırarak sağlık finansmanının dengelenmesi ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının teşviki ile tedavi masraflarının azaltılması gibi tedbirlerin ön plana geçmiş olduğu söylenebilir.

## Kaynaklar

Beş Yıllık Kalkınma Planları, Kalkınma Bakanlığı web sitesi <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/Bes-YillikKalkinmaPlani.aspx> (Erişim tarihi: 15.02.2015)

Ersin Gürdoğan, Görünmeyen Üniversite (Genişletilmiş 4. Baskı), İz Yayıncılık, İstanbul, 2004.

Fatih Şantaş ve ark, Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması, Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 2, ss. 45-59, Güz 2012

Güngör Uras, DPT "kendi gitti adı kaldı yadigar", Milliyet Gazetesi köşe yazısı, <http://www.milliyet.com.tr/dpt-kendi-gitti-adi-kaldi-yadigar/ekonomi/ekonomiyazardetay/10.06.2011/1400711/default.htmG> (Erişim tarihi: 10.06.2011)

Kalkınma Planları, Kalkınma Bakanlığı web sitesi <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> (Erişim tarihi: 15.02.2015)

## Onuncu Kalkınma Planında Sağlıkla İlgili Bölümler

### 1. Bölüm: Küresel gelişmeler ve eğilimler

#### Sağlık ve Sosyal Güvenlik

Teknolojik imkânların gelişmesi ve artan yaşam kalitesine bağlı olarak uzun dönemde sağlığa sürekli daha iyiye giden bir eğilim beklenmektedir. Son dönemde, hastalıkların küresel ölçekteki ağırlığı, bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklara kaymaktadır. Diğer taraftan çocuk ölümlerinin önemli oranda azalması ve ortalama yaşam süresinin artması beklenmektedir. Bununla birlikte ülke içi ve ülkeler arasında zengin fakir kesimlerin ortalama yaşam süresi farkının devam edeceği öngörülmektedir.

Nüfus yapısındaki değişim ve teknolojik gelişmeler; sağlık sektöründe önemli etkiler oluşturacak, imalat sanayi ve hizmetler sektörlerinde yeni alanların oluşumunu tetikleyecek, teşhis ve tedavi hizmetlerinde yeni fırsatlar sunacak, ancak bu durum aynı zamanda nitelikli sağlık hizmetlerine erişimde farklı gelir grupları arasındaki eşitsizliği ileri boyutlara taşıyabilecektir.

Toplam nüfusun ve yaşlı nüfus oranının artması, gelir düzeyinin yükselmesi, sağlık bilincinin gelişmesi, yeni sağlık teknolojileri ve sağlık hizmetlerine talebin artması gibi hususların etkisiyle tüm dünyada sağlık harcamalarının artması beklenmektedir. Artan sağlık harcamalarının sosyal güvenlik sistemi üzerinde yarattığı baskı, özellikle birçok gelişmiş ülkede yüksek kamu borçları ve zayıf bütçe yapısının gerisindeki temel etken olmaya devam edecektir.

Mevcut durumda, genç nüfus yapısına sahip olması nedeniyle Türkiye'nin sağlık harcamalarının millî gelir içindeki oranı gelişmiş ülkelerin gerisinde. İlerleyen dönemde tüm dünyadaki artış beklentisine paralel olarak, Türkiye'de de sağlık harcamalarının artacağı öngörülmektedir. Demografik fırsat penceresi yeterince iyi değerlendirilmediği, emeklilik ve sosyal güvenlik sisteminde şimdiden gerekli tedbirler alınmadığı takdirde, artan sağlık harcamaları, önümüzdeki dönemde sosyal güvenlik sistemi ve kamu maliyesi üzerinde baskı oluşturabilecektir.

Uzun dönemde artması beklenen sağlık harcamaları; sağlık teknolojilerinin daha yoğun kullanımı, ilaç ve tıbbi malzeme üretimine odaklanma, sağlık turizmini geliştirme gibi fırsat alanlarını da beraberinde getirecektir. Sağlık hizmeti sunum kalitesinde rekabetçiliği giderek artan ülkemiz, başta Avrupa ve OECD ülkeleri olmak üzere nüfusu giderek yaşanan ülkelere sağlık hizmeti sunma potansiyeline sahiptir. Sağlık turizmi; döviz gelirleri nedeniyle cari denge, emek yoğun yapısı itibarıyla istihdam, turizmde çeşitliliğin ve katma değer artırılması yoluyla gelir artışı, sağlık altyapısının güçlendirilmesine bağlı olarak yatırım etkisi yaratabilecek bir alandır.

### 2. Bölüm: Planın Hedefleri ve Politikaları

#### Sağlık

##### a) Durum Analizi

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlığa hizmet kalitesi ve erişimde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu kapsamda; aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda reform niteliğinde gelişmeler sağlanmıştır.

Temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler kaydedilmiş, bebek ve anne ölümlerinin hızla düşürülmüş ve doğuştan beklenen yaşam süresi yükselmiştir. Kişi başı hekim müracaat sayısı 2002 yılında 3,2 iken 2011 yılında 8,2'ye, sağlık personeli sayısı 378 binden 670 bin kişiye, aşılama oranı ise yüzde 77'den yüzde 97'ye ulaşmıştır. Bu iyileşmeler memnuniyet oranlarına da yansımış ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı 2012 yılında yüzde 75'e yükselmiştir.

Kamu kaynaklarına ilave olarak sağlık yatırımlarının kamu özel işbirliği (KÖİ) yöntemiyle de gerçekleştirilmesi amacıyla yasal düzenleme yapılmış ve bu yolla başta büyük şehirlerde olmak üzere 2013 yılı Mayıs ayı itibarıyla yaklaşık 30 bin yatak kapasitesine sahip hastane yapımı için süreç başlatılmıştır.

Daha kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde, performans dayalı ek ödeme sisteminde, sevk zincirinde, sağlık insan gücünde iyileştirme ihtiyacı devam etmektedir. Fiziksel aktivite yetersizliği, obezite ve tütün kullanımı ile mücadele gibi sağlıklı hayata yönelik program ve eylem planları uygulanmaya başlanmakla birlikte, bu programların geliştirilmesi ve uygulamada etkinliğin artırılması gerekmektedir. 2002 yılında yüzde 3,8 olan kamu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı 2012 yılında yüzde 4,2 seviyesine yükselmiştir. Yaşlanan nüfus, sağlık teknolojilerindeki gelişmeler ve daha kaliteli sağlık hizmeti talebi gibi sebeplerle kamu sağlık harcamalarının daha da artabileceği öngörülmektedir.

##### b) Amaç ve hedefler

Vatandaşlarımızın yaşam kalitesi ve süresinin yükseltilmesi ile ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının sağlanması temel amaçtır. Bu amaç doğrultusunda veriye ve kanıta dayalı politikalarla desteklenen, erişilebilir, nitelikli, maliyet etkin ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunumu esastır.

##### c) Politikalar

• Bireylerin beden ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye

yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilecektir.

• Sağlıklı hayat tarzı teşvik edilecek ve daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulacaktır.

• Sağlık hizmet sunumunda klinik müdahalelerin etkililiğini, hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliği ve memnuniyetini dikkate alan yaklaşımlar geliştirilecektir.

• Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini destekleyecek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulaması geliştirilecektir.

• Akılcı ilaç kullanımı için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacak, ilaç ve tıbbi cihazların kalitesi, kullanımı ve bunlara yönelik harcamaların etkinliği kontrol edilecektir.

• Sağlıkta insan gücü, demografik gelişmeler ile uzun vadede ihtiyaç duyulacak yeni meslekler de dikkate alınarak nicelik ve nitelik olarak geliştirilecektir.

• Üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma faaliyetleri ile sağlık hizmet sunumundaki rolleri net bir şekilde tanımlanarak hem hastanelerin mali sürdürülebilirliğini temin edecek hem de nitelikli tıp eğitimi ve yenilikçi araştırmaların yapılmasını sağlayacak yapısal reformlar hayata geçirilecektir.

• Tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucularıyla ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması amacıyla standartlar belirlenecek ve bu alan denetim altına alınacaktır. Tamamlayıcı tıbbın, tıp eğitimine ve sağlık uygulamalarına entegrasyonu sağlanacak, bu alanda yapılacak bilimsel araştırmalar desteklenecektir.

• Tüketiciler yeterli ve dengeli beslenme hakkında bilinçlendirilecek, hayvansal ürünler ve su ürünlerinin tüketimi yaygınlaştırılacaktır.

• Veri ve kanıta dayalı sağlık politikalarını geliştirmek amacıyla uluslararası karşılaştırmalara imkân verecek standart ve kalite verilerinin üretilmesi sağlanacaktır.

### 3. Bölüm: Öncelikli Dönüşüm Programları

#### Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı

##### a) Programın Amacı ve Kapsamı

Ülkemizde artan ve yaşlanan nüfus, ortalama yaşam süresinde yükselme, sağlık hizmetlerinde ve ilaca erişimde iyileşme, artan refah düzeyi ve farkındalık gibi faktörler nedeniyle ilaç ve tıbbi cihaz talebinin artması sosyal güvenlik harcamalarında ve cari açık üzerinde baskı oluşturmaktadır. Uzun vadede Türkiye'nin küresel bir ilaç Ar-Ge ve üretim merkezi olması, ilaç ve tıbbi cihaz alanında rekabetçi bir konuma ulaşması önem arz etmektedir. Bu programla yüksek katma değerli

ürün üretebilen, küresel pazarlara ürün ve hizmet sunabilen ve yurtiçi ilaç ve tıbbi cihaz ihtiyacının daha büyük bir kısmını karşılayabilen bir üretim yapısına geçilmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda orta vadede yerli üretim kapasitesinin artırılması, Ar-Ge ve girişim ekosisteminin geliştirilmesi, uzun vadede yeni molekül geliştirebilen, daha yüksek katma değerli ilaç ve tıbbi cihaz üretebilen bir yapıya kavuşarak küresel değer zincirlerinde etkinliğin artırılması öngörülmektedir.

##### b) Program Hedefleri

• Yurtiçi tıbbi cihaz ve tıbbi malzeme ihtiyacının yüzde 20'sinin yerli üretimle karşılanması

• Yurtiçi ilaç ihtiyacının değer olarak yüzde 60'ının yerli üretimle karşılanması

##### c) Performans Göstergeleri

• İlaç ve tıbbi cihazda ihracatın ithalatı karşılama oranı

• İlaç ve tıbbi cihaz Ar-Ge harcamalarının GSYH içindeki payı

• İlaç sektörünün yerli ve uluslararası patent başvurusu sayısı

• Türkiye'de tıbbi cihaz şirketi sayısı

• İlaç sektöründe çalışan sayısı

• Türkiye'de üretimine başlanan yeni ilaç sayısı

##### d) Program Bileşenleri

1. Bileşen: Kamunun Yönlendirme Kapasitesinin Güçlendirilmesi

• İlaç ve tıbbi cihaz sektörlerinde orta ve uzun vadeli stratejilerin ve yol haritalarının hazırlanması

• İlaç ve tıbbi cihaz alanında sağlık, sosyal güvenlik, sanayi politika ve uygulamalarında eşgüdüm ve yönetişimin geliştirilmesi amacıyla yönlendirme kurulu oluşturulması

• Tıbbi cihazda odak ürünler için orta ve uzun dönem tedarik planı hazırlanması

• Geleceğe yönelik ihtiyaçların belirlenebilmesi için veri altyapısının oluşturulması, veri paylaşım standartlarının belirlenmesi

• Sağlık hizmeti sunumu perspektifinden tıbbi cihaz ürün standartlarının geliştirilmesi

• Kamunun savunma alanındaki yerleşik deneyimlerinden faydalanarak alım yapan kurumların sektörü yönlendirme ve düzenleme kapasitelerinin güçlendirilmesi

2. Bileşen: Ar-Ge ve Yenilik Alanının Geliştirilmesi

• Yerli ve yabancı nitelikli araştırmacı sayısının artırılması

• Öncelikli alanlar belirlenerek temel araştırma programlarının oluşturulması

• Yerli ve yabancı özel sektör ile yakın işbirliği içinde çalışacak akredite araştırma, test ve ölçüm merkezlerinin kurulması

• Sürdürülebilir Ar-Ge, üretim,

ticarileştirme için alternatif finansal modeller ile programlar tasarlanması

- Ar-Ge destek programlarının geliştirilmesi

3. Bileşen: İş ve Girişim Ekosisteminin Geliştirilmesi

- Yeni sağlık programları oluştururken yerli ilaç sanayi ile işbirliği modellerinin geliştirilmesi

- Yeni girişim modelleri için finansman yöntemlerinin geliştirilmesi, destek araçlarının tasarlanması

- Tıbbi cihaz ve ilaç sanayi kümelenmelerinin oluşturulması

- Sektöre özgü üniversite-sanayi işbirliği sistem ve modellerinin geliştirilmesi

4. Bileşen: Üretim ve İhracatın Desteklenmesi

- İkili anlaşmalarla ruhsatlandırma ve teknik denetim süreçlerinin hedef bölge ve ülkelerde kolaylaştırılmasına yönelik olarak girişimlerde bulunulması

- İmalat sanayi üzerinde dönüştürücü etkisi yüksek uluslararası doğrudan yatırımlara verilen desteklerin etkinleştirilmesi

- Yerli ilaç üretimini ve ihracatını teşvik için uluslararası yükümlülüklerle uyumlu bir şekilde yeni önlemlerin devreye sokulması

#### **e) Koordinatör ve Sorumlu Kurum/Kuruluşlar**

Genel Koordinatörler: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı

Bileşenlerden Sorumlu Kurum/Kuruluş

1. Bileşen: Sağlık Bakanlığı

2. Bileşen: Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı

3. Bileşen: Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı

4. Bileşen: Ekonomi Bakanlığı

#### **Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı**

##### **a) Programın Amacı ve Kapsamı**

Tıbbi tedavinin alınması, termal kaynakların kullanılması, rehabilitasyon hizmetlerinin ve kişilerin kendilerini iyi ve sağlıklı hissetmesini sağlayan hizmetlerin giderek artmasına paralel olarak sağlık turizmi, ülkemizin potansiyeli dikkate alındığında önemli bir fırsat sunmaktadır. Bu programla, Türkiye'nin dünyada yükselen pazar konumunda olduğu medikal turizm, termal turizm ve ileri yaş-engelli turizmi alanlarındaki hizmet kalitesinin yükseltilecek rekabet gücünün artırılması amaçlanmaktadır.

##### **b) Program Hedefleri**

- Termal turizmde 100.000 yatak kapasitesinin oluşturulması

- Termal turizmde 1.500.000 (600.000 tedavi amaçlı) yabancı termal turist hizmet sunulması

- Termal turizmde 3 milyar dolar gelir elde edilmesi

- Medikal turizmde dünyanın ilk 5 destinasyonu içerisinde olunması

- 750.000 medikal yabancı hastanın tedavi edilmesi

- Medikal turizmde 5,6 milyar dolar gelir elde edilmesi

- İleri yaş turizmde 10 bin yatak kapasitesi oluşturulması

- İleri yaş turizmde 150.000 yabancı turistin ülkemizi ziyaret etmesi

- İleri yaş turizmde 750 milyon dolar gelir elde edilmesi

##### **c) Performans Göstergeleri**

- Termal, medikal ve ileri yaş turizmde yatak kapasitesi

- Termal, medikal ve ileri yaş turizmde turist sayısı

- Termal, medikal ve ileri yaş turizmde turizm geliri

- Medikal turizmde Türkiye'nin dünyadaki sırası

##### **d) Program Bileşenleri**

1. Bileşen: Sağlık Turizmine Yönelik Kurumsal ve Hukuki Altyapının Geliştirilmesi

- Hedef ülke, bölge ve branşları dikkate alan bir sağlık turizmi stratejisi ve eylem planı hazırlanması

- Kamu kurumları arasında koordinasyon mekanizmalarının geliştirilmesi, kamu ile özel sektör arasında işbirliğinin güçlendirilmesi

- Fiyat farklılaştırılmasına da imkân tanıyan mevzuat altyapısının oluşturulması

- İstatistik altyapısının geliştirilmesi

2. Bileşen: Sağlık Turizmi Alanında Fiziki ve Teknik Altyapının İyileştirilmesi

- Termal turizm varlıkları ve medikal turizm altyapısı envanterlerinin hazırlanması

- Hastane, termal otel, ileri yaş ve engelli bakım merkezleri gibi tesislerin sağlık turizmde kullanım imkânlarının artırılması

- Sağlık turizmi kapsamında yatırım ve planlama konusunda destek sağlanması, arazi temini için yeni modellerin oluşturulması

3. Bileşen: Sağlık Turizmi Hizmet Kalitesinin Artırılması

- Sağlık turizmi alanında çalışan personelin nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi

- Sağlık turizmine yönelik hizmet ve tesis standartlarının yükseltilmesi Konaklama ve diğer yardımcı hizmetler için kolaylaştırıcı mekanizmaların geliştirilmesi

4. Bileşen: Sağlık Turizmi Alanında Etkin Tanıtım ve Pazarlama Yapılması

- Hedef ülke ve bölgelerde tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin artırılması

- Tanıtım ve pazarlama alanında kamu ve özel sektör işbirliklerinin artırılması

##### **e) Koordinatör ve Sorumlu Kurum/Kuruluşlar**

Genel Koordinatörler: Sağlık Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı

Bileşenlerden Sorumlu Kurum/Kuruluş

1. Bileşen: Sağlık Bakanlığı

2. Bileşen: Kültür ve Turizm Bakanlığı

3. Bileşen: Sağlık Bakanlığı

4. Bileşen: Kültür ve Turizm Bakanlığı

#### **Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı**

##### **a) Programın Amacı ve Kapsamı**

Sağlık, herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması; bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumudur. Sağlıklı yaşam için tedavi edici, sakatlığı ve salgın hastalıkları önleyici sağlık hizmetlerinin yanında bulaşıcı olmayan hastalıklarla ve bu hastalıkların risk faktörleriyle mücadele önem arz etmektedir. Sağlıklı ve kaliteli yaşam bireylerin refah ve mutluluğunu artırmada temel bir unsurdur. Bu programla sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam, tütün kullanımı, alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele ile gıda güvenliğinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve ruh sağlığının geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

##### **b) Program Hedefleri**

- Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı ölüm oranının azaltılması

- 19 yaş ve üstü obez nüfus oranının yüzde 24'e indirilmesi

- 15 yaş ve üzeri nüfusta yeterli fiziksel aktivite yapanların oranının yüzde 62'ye çıkarılması (yaşa standardize)

- Erişkinler (15 yaş ve üstü) arasında her gün tütün mamûlü kullanma oranının yüzde 19'a düşürülmesi

- 5 yaş altı çocuklarda bodurluk oranının yüzde 7,5'e indirilmesi

##### **c) Performans Göstergeleri**

- Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı ölüm oranı

- Obez nüfus oranı

- 15 yaş ve üzeri nüfusta yetersiz fiziksel aktivite yapanların oranı

- Erişkinler (15 yaş ve üstü) arasında her gün tütün mamûlü kullanma oranı

- 5 Yaş altı çocuklarda bodurluk yüzdesi

##### **ç) Program Bileşenleri**

1. Bileşen: Gıda Güvenilirliğinin Artırılması

- Sağlık ve hijyen koşulları dikkate alınarak güvenilir gıda üretim ve tüketimi için toplumun bilimsel verilere dayalı olarak bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi

- Gıda ve yem kontrol hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, mevzuatın uluslararası gelişmeler dikkate alınarak sürekli güncellenmesi

- Gıda denetim ve kontrol altyapısının geliştirilmesi

- Güvenilir gıda üretim ve tüketimi için gıda etiketleme, izlenebilirlik ve ürün takip sisteminin geliştirilmesi

2. Bileşen: Sağlıklı ve Dengeli Beslenme Düzeyinin Artırılması

- Başta obezite ve kronik hastalık

riski olan çocuklar olmak üzere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi teşvik eden faaliyetlerin düzenlenmesi

- Toplumda sağlıklı ve dengeli beslenme amacıyla bilinçlendirme ve davranış değişikliği programlarının geliştirilmesi obezite ve kronik hastalık riski olan bireylerin takibi için izlem ve tedavi standartlarının geliştirilmesi

- Gıda güvenilirliği ve besin kalitesinin artırılması ile şeker, yağ ve tuz içeriğinin azaltılmasına yönelik sektörler arası eşgüdüm ve işbirliğinin güçlendirilmesi

3. Bileşen: Tütün Kullanımı ile Alkol ve Madde Bağımlılığının Azaltılması

- Tütün kullanımı ile alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele kapsamında programlar ve kampanyalar düzenlenmesiyle denetimlerin etkinleştirilmesi

- Tütün kullanımıyla ilgili kapalı mekân yasaklarının etkin bir şekilde uygulanması

4. Bileşen: Kanser, Kalp ve Damar ve Diyabet gibi Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Görülme Sıklığının ve Risk Faktörlerinin Azaltılması

- Bulaşıcı olmayan hastalıklardan konusunda eğitim ve kampanyalar düzenlenmesi, izlem ve yönetim için sürveyans sisteminin kurulması

- Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik eğitim ve araştırma kapasitesinin artırılması

5. Bileşen: Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi

- Bireylerin ruh sağlığını geliştirmeye yönelik programların oluşturulması

- Toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinin nitelik ve niceliğinin iyileştirilmesi İntihar girişimlerinin önlenmesi için farkındalık oluşturacak eğitim ve destek programlarının düzenlenmesi

6. Bileşen: Spor Yapma Alışkanlığının ve Hareketliliğin Teşviki

- Yaşam mekânlarının spor yapmayı ve hareketliliği sağlayacak şekilde tasarlanması

- Kamuya ait spor tesislerinin etkin kullanımının sağlanması ve herkesin kullanımına açılması

- Spor alanlarının, parkların, yürüyüş ve bisiklet parkurlarının geliştirilmesi

- Toplumda spor yapma kültür ve bilincinin geliştirilmesi

- Okullarda yapılan sportif etkinliklerin çeşitlendirilerek artırılması

##### **d) Koordinatör ve Sorumlu Kurum/Kuruluşlar**

Genel Koordinatör: Sağlık Bakanlığı

Bileşenlerden Sorumlu Kurum/Kuruluş

1. Bileşen: Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı

2. Bileşen: Sağlık Bakanlığı

3. Bileşen: Sağlık Bakanlığı

4. Bileşen: Sağlık Bakanlığı

5. Bileşen: Sağlık Bakanlığı

6. Bileşen: Gençlik ve Spor Bakanlığı