



ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI

Mart 1993
Ankara

ISBN 975-7572-07-1

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ.....	5
GİRİŞ.....	7
BÖLÜM-1	
SAĞLIĞIN GELİŞMESİNE DESTEK.....	n
Sağlık Politikaları için Bilimsel Kurumsallaşma.....	13
Sağlık Enformasyon Sistemi.....	15
Sağlık Hukuku.....	* 7
Sağlık Teknolojisi.....	* 1 >
Sağlık Yapılan.....	21
BÖLÜM-2	
ÇEVRE SAĞLIĞI.....	2 ^
Temiz Hava.....	25
Temiz Su.....	27
Atıkların Denetimi.....	29
Gıda Emniyeti.....	31
Yerleşim Alanları ve Konut.....	33
İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı.....	35
BÖLÜM-3	
YAŞAM BİÇİMİ.....	37
Sağlıklı Davranış İçin Kamu Politikaları	
Bilgi ve Yönlendirme.....	39
Toplum Beslenmesi.....	41
Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar.....	43
BÖLÜM-4	
SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU.....	45
Sağlık Hizmetlerinin Örgüt ve Yönetim Yapısı.....	47
Temel Sağlık Hizmetleri.....	49
Hastaneler.....	51
Sağlık İnsan Gücü.....	53
İlaç ve Denetimi.....	5}
Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	57
BÖLÜM-5	
SAĞLIKLI TÜRKİYE HEDEFLERİ.....	61
Bebek ve Çocuk Sağlığı.....	63
Anne Sağlığı.....	65
Yaşlı Sağlığı.....	67
Ağız - Diş Sağlığı.....	68
Bulaşıcı Hastalıklar.....	70
Dolaşım Sistemi Hastalıkları.....	72
Kanser.....	73

	Sayfa
Ruh Sağlığı.....	75
Kazalar.....	77
Sağlık Düzeyleri Arasındaki Farklılıkların Azaltılması.....	79
SONUÇ.....	81
I. Ulusal Sağlık Kongresi Katılımcı Listesi.....	82
Taslak Doküman Editörler Grubu.....	92
Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Üzerine Görüş Bildirenler.....	93
Nihai Doküman Editörler Grubu.....	96

ÖNSÖZ

Ülkemizin sağlık sorunlarının çözümü için Ulusal Sağlık Politikası'nın oluşturulması gereği bütün taraflarca kabul edilen ve yıllardır belirtilen bir ihtiyaçtır. Bu konu hükümet programımızın sağlıkla ilgili bölümünde işaret edilmiş bir konudur.

Ulusal politikalar, toplumun mümkün olduğunca geniş kesimlerince tartışılarak ortaya konmuş, siyasi partilerin esasları itibarı ile mutabık kaldıkları metinler olmalıdır ki hükümetlerin, bakanların değişmesinden etkilenmeksizin uzun vadeli stratejiler olarak uygulanabilsinler... Çünkü sağlık alanındaki sorunlar kısa erimli, yüzeysel ve palyatif yaklaşımlarla ortadan kaldırılabilecek nitelikte değildir.

Bu önemli ihtiyacı karşılamak için önceki hükümetler zamanında yapılmış bütün çalışmalar değerlendirilmiş, toplumun ilgili bütün kesimlerinin katılımı ile bir politika oluşturma sürecine girilmiş ve bir yıl süren çalışmalardan sonra bugünkü noktaya ulaşılmıştır.

Karşılaşılan tablo Türkiye'nin mevcut insangücü, altyapısı ve diğer kaynakları ile sağlık sorunlarının üstesinden gelebileceğini ortaya koymaktadır. Önemli olan Ulusal Politika'nın tutarlı ve istikrarlı bir şekilde 2000 yılına kadar uygulanmasıdır. Türkiye artık çocukların korunabilir hastalıklardan ölmediği, insanların hastane kapılarında beklemeyeceği, doğa ile uyum içinde yaşamayı sağlayacak sağlıklı çevre politikalarına sahip, sağlıklı yaşam kalitesini artırıcı bir unsur olarak gören bireyleri ile sağlık çalışanlarının tatmin edici bir mesleki ortamda çalıştıkları bir ülke olarak önümüzdeki Bin Yıla hazırlanmalıdır.

Dr. Yıldırım AKTUNA
Sağlık Bakanı

GİRİŞ

Türkiye'nin Ulusal Sağlık Politikasını oluşturmak amacı ile 23-27 Mart 1992 tarihlerinde I. Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. Kongreye, sağlık meslek kuruluşları, çeşitli bakanlık, siyasi parti, özel sektör, üniversite temsilcileri, bilim adamları, gönüllü kuruluşlar, sendikalar, yerel yönetim temsilcileri, basın mensupları ve yabancı uzmanlar davet edilmişlerdir.



Kongre Öncesinde katılımcılara ülkemizin sağlık açısından içinde bulunduğu durumu rakamlarla ve istatistiklerle gösteren kitap ile Sağlık Bakanlığı'nın çözüm önerilerini kısaca anlatan "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı" ve tartışmaların daha sistemli yapılabilmesi için hazırlanmış olan yüzlerce sorudan oluşan bir doküman gönderilmiştir.

Beş gün süren kongre boyunca konular 500'e yakın katılımcı tarafından 34 ayrı çalışma grubunda tartışılmış ve her grup bir rapor hazırlamıştır.

Kongre ertesinde bütün grup raporları bir kitap halinde yayınlanmış, daha sonra oluşturulan editörler grubu tarafından da "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı" haline getirilmiştir.



Hazırlanan taslak doküman kamuoyunda tartışmaya açılmış ve başta I. Ulusal Sağlık Kongresi katılımcıları olmak üzere tüm ilgili kurum ve kuruluşlara ve Dünya Sağlık Teşkilatına gönderilmiş, alınan görüş ve öneriler aynen yayınlanmıştır. Taslak doküman üzerine Türk Tabipleri Birliği de geniş kapsamlı bir çalışma ile görüşlerini bildirmiştir.



Bütün bu eleştiriler üzerine taslak doküman üzerinde yeniden çalışılarak Türkiye Büyük Millet Meclisine sunulmak üzere "Ulusal Sağlık Politikası" dokümanı hazırlanmıştır.

Ulusal Sağlık Politikasının nihai hedefi sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir topluma ulaşmaktır. Sağlıklı bireylere ve topluma sadece sağlık sektörünün sunduğu hizmetlerle değil, sektörlerarası bir politika ile ulaşılabilceği anlayışı ile geliştirilen Ulusal Sağlık Politikası beş ana bölümden oluşmaktadır. Bunlar aşağıdaki şekilde olduğu gibi gösterilebilir:



Birinci bölüm Sağlığın Gelişmesine Destek başlığını taşımaktadır. Burada doğrudan sağlığa etkili olmayacak ancak sağlığın geliştirilmesi için gereken bilimsel, hukuki ve teknolojik alt yapının oluşturulmasına yönelik konular ele alınmıştır. Bu bölümdeki hususların hayata geçirilmesi 2000li yılların sağlığını sağlam zeminler üzerine oturtacaktır.

İkinci bölüm çevre sağlığı ile ilgilidir. Burada insan yaşamını ve sağlığını etkileyen çevre faktörleri ele alınmıştır. Yaşanılan konutlardan kentlere, çalışma ortamından solunan havaya, kullanılan suya kadar her çevresel olgu yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir.

Üçüncü bölüm Yaşam Biçimi hakkındadır. Yaşam biçimi, bireylerin kendi iradeleri ve denetimlerinde bulunan bir kavramdır. Bu bölümde sağlığı etkileyen beslenme, zararlı alışkanlıklar, yetişkinlere yönelik sağlık eğitimi konuları yer almakta, sağlıklı kamu politikalarının geliştirilmesinin önemi vurgulanmaktadır.

Dördüncü bölümde sağlık hizmetlerinin sunumu ele alınmıştır. İşte bu bölümdeki hususlar tamamen sağlık sektörünün **sorumluluğundadır**. Örgüt yapısı, temel sağlık hizmetlerinin sunumu, hastanelerin yönetim yapıları, sağlık İnsangücü, ilaç ve sağlık hizmetlerinin finansmanı gibi doğrudan sağlık hizmetleri ile ilgili politikalar bu bölümde tespit edilmiştir.

Son ve beşinci bölüm, ilk dört bölümde belirtilen politikalar **doğrultusunda** ulaşılacak sağlıkla ilgili hedefleri içermektedir. Ulusal Sağlık Politikası dokümanının mantığını daha iyi açıklayabilmek için bir örnek verilebilir: Beşinci bölümdeki hedeflerden birisi kanserden kaynaklanan ölümlerin 2005 yıla

kadar % 15 azaltılması konusundadır. Bu hedef piramidin tepesinde yer alanlardan birisidir. İlgili hedefte ilkeler ve stratejiler belirtilmiştir. Ancak piramidin bir alt katına inildiğinde de bu hedefe yönelik yapılacak olanlar görülecektir. Örneğin çevre sağlığı bölümünde hava kirliliğinin önlenmesi, yaşam biçimi bölümünde sigara içiminin azaltılması ve sağlık hizmetlerinin sunumu bölümünde erken tanıyı sağlayacak birinci basamak hizmetlerinin ve tedavide görev alacak hastanelerin geliştirilmesi kanserden kaynaklanan ölümleri azaltmaya yönelik hedeflerdir. Piramidin tabanına inildiğinde, Ulusal Sağlık Akademisi kanser araştırmalarının yönlendirilmesinde görev yapacak, sağlık enformasyon sistemi kanserle ilgili epidemiyolojik bilgilerin elde edilmesini sağlayacak, Sağlık Hukuku sigara içimi ile ilgili hukuki düzenlemeleri yapacaktır. Görüldüğü gibi piramidin tepesindeki bir hedefe ulaşabilmek için her basamakta yapılacak olanlar vardır.

Sistem insan hayatını kısaltan veya kalitesini düşüren her nedeni sektörlerarası etkileri gözönünde bulundurarak ele almıştır. Her hedefle ilgili mevcut durum "sorunun tanımı" başlıklı altında özetlendikten sonra genel ilkeler ortaya konmuş ve arkasından stratejiler belirtilmiştir. Stratejilerden sonra gelmesi gereken aksiyon planları politika dokümanına alınmamıştır. Bunlar her uygulama biriminin kendi imkanları ve görüşleri doğrultusunda ele alınması gereken hususlardır. Aksiyon planı detaylarına girilmeyerek dokümanın "Ulusal Sağlık Politikası" olma özelliği korunmuştur.

2001 yılı sadece 21. yüzyılın değil, aynı zamanda Üçüncü Bin Yılın da başlangıcıdır. Ulusal Sağlık Politikası ile Türkiye'nin Üçüncü Bin Yıla sağlıkta sorunlarını çözmüş olarak gireceğine inanıyoruz.

Dr. B. Serdar SAVAŞ
Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı
Sağlık Projesi Genel Koordinatörü

BÖLÜM - 1



SAĞLIĞIN GELİŞMESİNE DESTEK

SAĞLIK POLİTİKALARI İÇİN BİLİMSEL KURUMSALLAŞMA

HEDEF - 1

Sağlık politikalarına, sağlık araştırmalarına, etik ile ilgili konulara yön verecek, standardizasyonu sağlayacak bilimsel kurumsallaşma 2000 yılına kadar geliştirilecektir.

SORUNUN TANIMI:

Sağlık politikaları ile ilgili gelişmeleri takip edip bu alandaki uluslararası tecrübeleri aktaracak, hükümetlerin çalışmalarına ışık tutacak araştırmaların ihtiyacını belirleyip bunların yapılmasını sağlayacak, insangücü planlamalarına yön verecek taaliyetlerde bulunacak görevleri üstlenmiş bilimsel bir kuruluş yoktur. Başta gıda ve ilaç olmak üzere sağlıkla ilgili malzeme ve kimyasallara yönelik kontrol ve yönlendirme işlemlerinde de arzu edilen düzeyde bulunmamaktadır. Bugün Türkiye'de, bireylerin sağlıkla ilgili haklarının açıklığa kavuşturulması ve korunması ile ilgili kurumsal bir yapılaşma halihazırda mevcut değildir.

İLKELER:

"Toplumun "Sağlık Hakkının korunması ve **kullanması** kurumsallaştırılmalıdır. Bu süreç içerisinde halkın katılımı sağlanmalıdır.

* İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin ve Türkiye'nin taraf olduğu konu ile ilgili andlaşmaların prensipleri sağlık politikalarının geliştirilmesinde göz önünde bulundurulmalıdır.

*Ulusal Sağlık Politikası çerçevesinde uygulanacak stratejiler sektör içi ve sektörlerarası işbirliği geliştirilerek sürekli gözden geçirilmeli ve güncelleştirilmelidir.

"Türkiye'nin sağlık alanındaki öncelikleri, bu alana ayırdığı kaynaklar gözönüne alınarak tesbit edilmelidir. Bu tesbitler epidemiyolojik, demografik, ekonomik, sosyolojik ve sağlık hizmetleri araştırmaları ile ilgili bilgilere dayanmalıdır.

*Sağlık insangücünün planlanması, mezuniyet öncesi, sonrası ve hizmetiçi e-

girimleri ve sağlık çalışanlarının hakları ülke ihtiyaçlarına ve Ulusal Sağlık Politikasının ilkelerine göre yapılmalıdır.

*Gıda, ilaç, sağlıkla ilgili malzeme ve kimyasal maddelerin insan sağlığına uygunluğu, gerekli teknoloji kullanılarak, sürekli denetim altında tutulmalıdır.

STRATEJİLER:

Faaliyetlerini yukarıdaki ilkelere dayalı olarak sürdürmek üzere Sağlık Bakanlığı örgüt yapısı içinde, bilimsel olarak özerk, katma bütçeli bir kuruluş niteliğinde "Ulusal Sağlık Akademisi" kurulacaktır. Akademi yönetiminin halkın da katılımına meydan verecek şekilde gerçekleştirilmesi sağlanacaktır. Ulusal Sağlık Akademisinin kuruluş kanunu 1993 yılı içinde hazırlanacak, Akademi'nin fiziki yapısı,, eğitim müfredatı, laboratuvar fonksiyonları ve işleyişine dair proje hazırlıkları 1995 yılına kadar tamamlanacaktır.

Ulusal Sağlık Akademisi 1998 yılında bütün fonksiyonları ile kurumuş olarak hizmet vermeye başlayacaktır. Akademi yönetiminde Sağlık Meslek Birliklerinin, ilgili demokratik kitle örgütlerinin de yer alması sağlanacaktır.

Ulusal Sağlık Akademisi'nin esas fonksiyonları şunlar olacaktır:

'Bireylerin sağlık hakları ile ilgili düzenleme ve gelişmeleri takip etmek, etik sorunlarını irdelemek.

*Ulusal Sağlık Politikası çerçevesinde stratejiler geliştirmek, sektör içi ve sektörlerarası işbirliğini sağlamak.

""Sağlık Politikasının dinamik bir yapıya kavuşmasını sağlamak üzere geriye yönelik değerlendirmeler yapıp geleceğe yönelik alternatifler hazırlamak.

*Politika ve strateji geliştirme ve öncelikleri tesbit amacıyla gerekli araştırma sahalarını belirlemek, araştırmalar yapmak ve yapılmasını teşvik etmek.

*Her dalda sağlık İnsangücüne yönelik planlamaları yapacak kriterleri tesbit etmek, eğitim standartları geliştirmek, mezuniyet sonrası eğitim programları düzenlemek.

*Gıda, ilaç, biyolojik ürünler, çeşitli kimyasallar gibi insan sağlığı ile ilgili maddelerin kontrolünü yapmak ve yaptırmak, bunlarla ilgili standartları geliştirecek düzenlemeler yapmak ve bu konuda referans kuruluş olmak.

*Sayılan bu fonksiyonları yerine getirirken ülke içinden ve dışından kurum ve kuruluşlarla koordinasyon ve işbirliği kurmak.

SAĞLIK ENFORMASYON SİSTEMİ

HEDEF - 2

Ulusal Sağlık Politikasının uygulanmasını, izlenmesini ve değerlendirmesini sağlayacak bir sağlık enformasyon sistemi 2000 yılında tüm Türkiye'de işler hale getirilmiş olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Yönetim süreci içerisinde önceliklerin belirlenmesi, eldeki para, insangücü, malzeme gibi kaynakların bu Önceliklere göre nasıl kullanılacağına yönelik kararlar silsilesi vardır. Yöneticiler bu kararları alırken gereken bütün bilgilerle donanmış olmalıdır. Bilgi ise toplanan verilerden elde edilir. Öncelikle hangi karar için hangi bilgiye ihtiyaç olduğunun tesbiti, bu bilgiyi elde etmek için hangi verilerin toplanacağını ortaya konulması gerekir. Daha sonra bu veriler toplanır, işlenerek bilgi haline getirilir ve her düzeydeki yöneticinin kendi sorumluluk alanları ile ilgili kararlar almaları için kullanılır. Bu sistemin tümüne Sağlık Enformasyon Sistemi (SES) denir.

Bir çok başka ülkede de olduğu gibi Türkiye'de sağlık yönetiminin bilgiye dayandığını söylemek zordur. Sağlık planlamasını ve yönetimini destekleyecek bilgi elde edilememekte, ülkenin morbidite ve mortalite durumu net olarak bilinmemektedir. Toplanan verilerin kalitesinin düşük olduğu, doğruluk ve güvenilirliklerinin denetlenmediği, mevcut sistemde bir geri besleme (feed-back) yapısının yer almadığı, toplanan veri ve üretilen bilginin istatistik bütünden öteye geçemediği, çoğu yöneticilerin bilgiyi nasıl kullanacaklarını bilmedikleri, kullanılmayan ama toplanan birçok veri olduğu, etkin bilgisayar desteğinden yoksun olduğu, eldeki bilgisayarların da verimli bir şekilde kullanılmadığı bilinmektedir.

İLKELER:

*Her kademedeki sağlık yönetim kararları bilgiye dayanmalıdır. Sübjektif gözlemler, kişisel kanılarla, objektif nedenlere dayanmayan yönetim kararlarından uzak kalınmalıdır.

^Veriler, zamanında, doğru, tam olarak toplanmalı, bunlardan elde edilecek bilgiler yararlı ve kullanılabilir olmalıdır. Çok fakat gereksiz veri yerine, seçilmiş ve etkili veri toplanmalıdır. Bilgi izleme sürecinde maliyet/etkililik esaslarına bağlı kalınmalıdır.

• Enformasyon sistemi başta "2000 Yılında Herkese Sağlık" programına yönelik olmak üzere sağlıkla ilgili tüm endikatörleri derleyecek bir yapıda olmalıdır.

*SES, diğer ulusal kurumlardan gerekli verileri alabilmeli ve onlara da aktarımında bulunabilmelidir. Sistem dağıtılmış (distributed) bir yapıya sahip olmalı, bilgilerin gerekli hız ve sürede yayılması (dissemination) sağlanmalıdır.

^Hastalık, sakatlık, sunulan hizmetlerin kalitesi, ulaşılabilirliği, uygunluğu gibi konularda daha iyi göstergeler geliştirmek amacıyla sağlık durumunun ve sağlık kaynakları ile bunların kullanımı konularına ilişkin olarak olağan veri toplama faaliyetlerinin enformasyon ihtiyacını karşılamadığı durumlarda sayım, anket vb. gibi araştırmalar yapılmalıdır.

*Bilgiler halkın, araştırmacıların, planlamacıların kullanımına açık olmalıdır.

*Bazı veri ve bilgilerin etik açısından özel ya da gizli olabileceği bir sistem geliştirebilmelidir.

*Başka ülkelerle sağlık enformasyonu alışverişinde bulunulmalıdır.

STRATEJİLER:

*Bir Sağlık Enformasyon Sistemi kurulacak ve Sağlık Bakanlığında bu fonksiyondan sorumlu bir birim oluşturulacaktır. Bu birimin bölge, il ve ilçe düzeyinde fonksiyon görmek üzere yapılanması sağlanacaktır.

^Sağlıkla ilgili tüm veri toplama ve bilgi işlem prosedürleri gözden geçirilecek ve bir SES master planı hazırlanacaktır. SES Master Planına yönelik stratejik planlama ve alt sistemlere yönelik detaylandırma çalışmaları 1993 sonuna kadar bitirilecektir. 1994 yılında ilk pilot uygulama yapılarak, Türkiye genelinde sistemin kademeli olarak yayılmasına başlanacaktır.

"Sağlık Enformasyon Sistemi 1997 yılında tüm Türkiye'de işler hale getirilecektir. 2000 yılına kadar sistemin çalışmasındaki aksaklıklar giderilecektir.

*SES için gerekli olacak yazılım ve donanım birimlerinin teknik özelliklerinin belirlenebilmesi için teknik olurluk, sistem analizi, sistem tasarımı ve gerçekleştirim aşamalarından geçilecektir.

"Geliştirilecek olan sistemler modüler olarak büyüyebilir özellikte olacaktır.

^Sağlık insan gücü yetiştiren okullarda SES ile ilgili eğitime yer verilecektir. Bu konuda yurtdışında eleman eğitilmesi sağlanacaktır.

*Kurulacak olan sistemin diğer ülkelerle özellikle Dünya Sağlık Teşkilatı'nın, Avrupa bölgesi ülkeleriyle uyumlu olması sağlanacak, Türkiye'nin bu konudaki bilgi birikimi" Bölgesel Sağlık İşbirliği Konseyine üye ülkeler başta olmak üzere diğer ülkelere de aktarılacaktır.

SAĞLIK HUKUKU

HEDEF - 3

2000 yılında "Sağlık Hukuku" kavram ve mevzuat olarak geliştirilmiş, vatandaşlar bu konudaki hak ve ödevlerin bilincinde olacak şekilde bilgilendirilmiş olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Bugün Türkiye'de **sağlığın** hukuki yapılaşma yönelik bir yapılanma yoktur. Sağlık Hukuku dendiğinde akla sadece mevzuat gelmektedir. Mevzuatın, sağlık hukukunun önemli bir parçası olmasına karşın bu alanda özellikle hasta hakları gibi somut ve güncel konular ile bireyin Devlet karşısındaki durumu veya bireylerin birbirleri ve diğer kurumlar ile olan sağlık etkileşiminin hukuki yönleri gibi kavramlar tartışılmaktadır.

Yürürlükteki sağlık mevzuatının büyük bir kısmı günün ihtiyaçlarına cevap veremeyecek kadar eskimiş olup, dağınık ve düzensiz bir yapı arz etmektedir. Kimi konularda duplikasyonlar mevcutken, kimi konular hiç düzenlenmemiştir.

İLKELER:

^Sağlıklı olmanın temel bir insan hakkı olduğu gerçeğinden hareketle bireylerin sağlık haklarına yönelik hukuki yapı oluşturulmalıdır.

*Sağlık açısından hak ve ödevler belirlenirken Devlet, diğer kurumlar ve birey arasındaki ilişkinin teorik ve pratik uygulama alanları ortaya konmalıdır.

*Bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanırken karşılaşılabilecekleri maddi ve manevi zararların tazmin edilmesine yönelik önlemler alınmalıdır.

"Sağlık mevzuatı, sade, anlaşılır, güncel ihtiyaçlara cevap verebilen ve gelişmeleri takip eden bir sistem içinde düzenlenmelidir.

*Sağlık hukuku alanında düzenlemeler yapılırken **Türkiye'nin** uluslararası anlaşmalara taraf olarak üstüne aldığı yükümlülükler ve Avrupa Topluluğu politikaları gözönünde tutulmalıdır.

STRATEJİLER:

*Mevcut sağlık mevzuatı 1993 yılının sonuna kadar gözden geçirilerek yenilenmiş olacak, "Bildiriler Dergisi" 1993 yılından itibaren çıkarılmaya başlanacaktır.

*Ulusal Sağlık Akademisi bünyesinde bir Sağlık Hukuku Bölümü kurulacaktır.

*Hukuk fakültelerinin idare hukuku, kamu hukuku, ceza hukuku, anayasa hukuku, sosyal güvenlik hukuku, medeni hukuk bölümlerinde sağlığın ele alınmasını sağlayacak girişimlerde bulunulacaktır.

*Mevcut sağlık mevzuatı bütünüyle ele alınarak güncelleştirilecektir.

*Avrupa Topluluğu ülkelerinin sağlık mevzuatı incelenerek uyumlandırma çalışmaları yapılacaktır.

*Sağlık hizmetleri ile ilgili yeni kanun, tüzük, yönetmelik, yönerge ve genelgeleri duyurabilmek amacıyla Sağlık Bakanlığınca bir "Bildiriler Dergisi" çıkarılacaktır.

*Sağlık hukuku kavramının kamuoyunda gelişmesi amacıyla konferanslar, paneller, açık oturumlar gibi etkinlikler düzenlenecektir.

SAĞLIK TEKNOLOJİSİ

HEDEF - 4

2000 yılından önce sağlık teknolojilerinin uygun kullanımının ve bunların etkililik, verimlilik, emniyet ve kabul edilebilirliğinin sistemli olarak değerlendirilmesi sağlanmış olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Sağlık teknolojisi ülke ihtiyaçları doğrultusunda kullanılmamaktadır. Birçok sağlık kumrusu teknolojinin sağladığı imkanlardan yoksun olarak hizmet vermeye çalışırken kimilerinde son derece pahalı yüksek teknoloji ürünleri kullanılmaktadır. Teknoloji kullanımında maliyet / etkililik prensiplerine uygun hareket edilmemekte olup, sağlık yöneticilerinde yeni teknoloji ürünü pahalı cihazların kullanılmasının yararlı olacağı gibi bir İnaniş vardır ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi dendiğinde akla hemen pahalı teknik cihazlarla donatılmış hastaneler gelmektedir. Temel sağlık hizmetleri vermek için kurulmuş birimlerde uygun teknoloji kullanımı yoktur. Mevcut tıbbi cihazlar da koruyucu bakım ve kalibrasyonları yapılmadığından **verimli** kullanılmamaktadır. "Onarım ihtiyacı olan cihazların mevcudun % 25'i olduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye'de sağlık cihazlarına yönelik sanayii yeni gelişmektedir. İleri teknoloji gerektiren cihazlar ithal edilmektedir.

Bu alanda eğitilmiş insangücü yetersizliği ve destek ünitelerinin kurulmamış olması önemli darboğazlardır.

İLKELER:

*Sağlık .hizmetlerinin her kademesinde gerek tıbbi cihazlar gerek tanı, tedavi ve bakım hizmetleri açısından "uygun teknoloji" kullanılmalıdır.

^Teknoloji kullanımında ve hizmet birimlerine paylaştırılmasında verimlilik ve etkinliik prensiplerine göre hareket edilmelidir. Tıbbi teknolojinin birinci basamak hizmetlerinde de kullanımı sağlanmalıdır.

•**Tıbbi** cihaz üretimine ve kullanımına yönelik insangücü yetiştirilmelidir.

*Yerli sanayii bu alanda üretim yapmaya teşvik edilmelidir.

STRATEJİLER:

*Her kademedeki sağlık hizmeti için kullanılacak teknoloji tanımlanacaktır.

*Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir teknoloji danışma kurulu oluşturulacak ve kalite kontrol belgelenmesi için TSE, Üniversiteler ve özel sektör arasında koordinasyon kurulacaktır.

"Teknoloji seçimi ve kullanımının verimli olması hizmeti veren birimin yetki ve sorumluluğunda olacaktır. Ancak Sağlık Bakanlığı ilgili birimlere rehberlik edecektir.

* Kalite güvence programları tüm birimlerde uygulanacak, tüm cihazlar belli sürelerle kalibrasyona tabi tutulacaktır.

* Tıbbi cihazların bakım ve onarımı ile ilgili **birimlerin kurulması** sağlanacaktır.

* Tıbbi teknolojiye yönelik insangücü geliştirilecek, bu alanda yurt dışında ve içinde personel eğitimi yapılacaktır. Hizmetliçi eğitim vermeye yönelik olarak bir uygulama atelyesi oluşturulacaktır.

* Sağlık teknolojisi üreten ve/veya satan firmaların performans sicili tutulacaktır. Satıcı **kuruluşların** satış sonrası bakım ve eleman yetiştirmesi için düzenlemeler yapılacaktır.

SAĞLIK YAPILARI

HEDEF - 5

Sağlık binalarının İhtiyaca uygun, fonksiyonel ve inşaat kalitesi olarak yüksek olmasını sağlayacak tedbirler 2000 yılından önce alınmış olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Sağlıkla ilgili binaların yapılmasında uzmanlaşmış kişi ve kurumlar yoktur. Sağlık hizmeti veren kurumlar çoğunlukla kamu kurumu niteliğinde olduklarından bunların projeleri Bayındırlık ve İskan Bakanlığınca hazırlanmakta ve İhaleleri birim fiyat esasına göre Devlet İhale Kanunu çerçevesinde yapılmaktadır. Bina hedefleri sadece kantitatif gerçekleşme oranlarına dayanmakta, hizmete uygunluk anlamında kalitatif gerçekleşme dikkate alınmamaktadır.

Sağlık mimarisine yönelik stratejik ve taktik kararlar alacak planlayıcıdan kullanıcıya kadar olan **grupları** içerecek bir organizasyon yoktur. Ülkenin her yanında 4 deprem ve 3 ısı bölgesi dikkate alınarak hazırlanmış olan tip projeler uygulanmaktadır. Periyodik bakım hizmetleri yoktur, mimari projelendirme mevcut ve geleceğe dönük ihtiyaçları sağlıklı saptamadığından, onarım ve tadilat ihtiyacı bina hizmete açıldığı anda başlamaktadır.

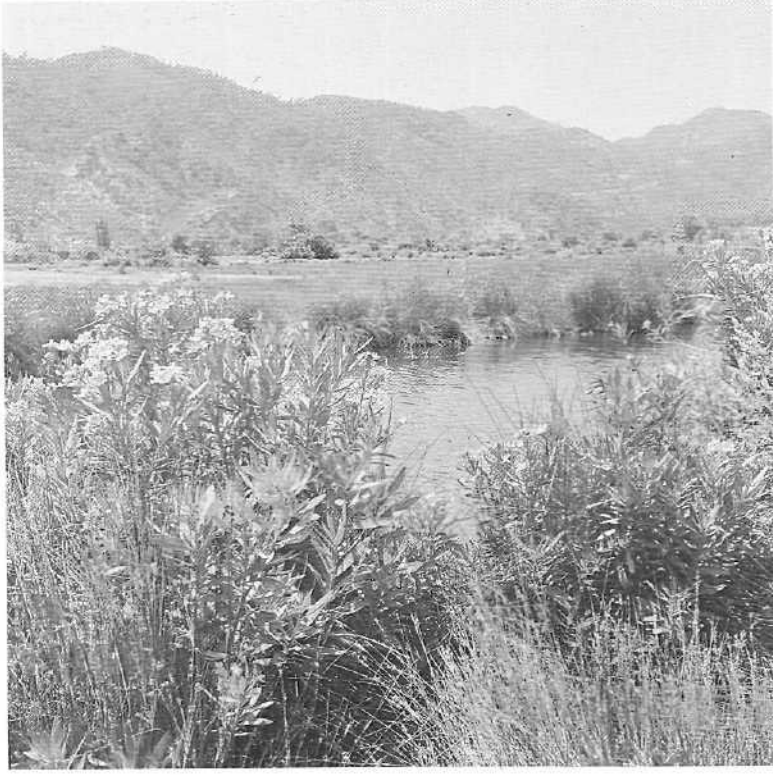
İLKELER:

- * Sağlık hizmetlerinin verildiği binaların yapımı uzmanlaşmış teknik kadrolarla sağlanmalıdır.
- * Binalar fonksiyonlarına göre inşa edilmeli, coğrafi, kültürel ve çevresel özellikler dikkate alınmalıdır. Bina tasarımı ve uygulaması ile donanım ve kullanım ile ilgili birimler arasında işbirliği ve koordinasyon kurulmalıdır.
- * Binaların ihale yönteminde, en ucuz teklifi veren değil, inşaatı, verdiği teklife göre en kaliteli şekilde yapacak müteahhit seçilmelidir.
- * Sağlık binaları ilerideki gelişmeler ve ihtiyaçlar da dikkate alınarak esnek inşa edilmelidir.
- * Sağlık binalarının sürekli bakımı sağlanmalıdır.
- * Sağlık binalarının yer seçiminde ulaşılabilirlik gözönünde tutulmalıdır.

STRATEJİLER:

- * Ulusal Sağlık Akademisi Bünyesinde bir "Sağlık Mimarisi" bölümü kurulacaktır. İlgili fakülte ve yüksek okullarda sağlık mimarisine yönelik sorunların ele alınmasını sağlayacak girişimlerde bulunulacaktır.
- * 1994 yılına kadar Sağlık Bakanlığı bünyesinde konu ile ilgili bir teknik kapasite yaratılacaktır.
- * Maliyeti ve ancak etkililiği de düşük tip proje uygulaması yerine sağlık hizmetinin gerektirdiği binayı tarif eden özgün çözümler aranacaktır.
- * Devlet İhale Kanununun yapısından ve uygulanişından kaynaklanan, sağlık yapılarını olumsuz yönde etkileyen yönleri gözden geçirilerek düzeltilecek ya da daha uygun bir mevzuat hazırlanacaktır.
- * Etüd proje ödeneği gerçekçi yeterli olarak çıkarılacak ve yatırımlara Özel olacaktır.
- * Planlı büyümeye imkan verebilecek modüler sağlık kuruluşları uygulamasına geçilecektir.
- * Periyodik bakım ve onarım çalışmalarının yürütülebilmesi için gerekli organizasyon yapılacaktır.

BÖLÜM - 2



ÇEVRE SAĞLIĞI

TEMİZ HAVA

HEDEF - 6

2000 yılına kadar bilinen hava kirliliği kaynaklarının toplum sağlığını tehdit etmeyecek şekilde **kontrol** altına alınması sağlanacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Kentsel ve endüstriyel **hava** kirliliği problemlerinin en fazla yaşandığı 23 ilimiz şunlardır: Ankara, Bursa, Çanakkale, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, Hatay (İskenderun), İstanbul, Kayseri, Kocaeli, Konya, Kütahya, Malatya, K. Maraş, Samsun, Sivas, Tokat, Van, Yozgat ve Zonguldak.

Birçok değişik yasanın çevre korunması ile ilgili hüküm içermesinin yarattığı yetki karmaşası ve uyumsuzluk Hava Kalitesinin Korunması Yönetmeliği'nin uygulanmasında güçlükler neden olmaktadır. Yönetmelikteki bazı hükümler ve öneriler, teknik usuller yeterince açık değildir. Hava kirliliğinin önlenmesi ve denetlenmesi amacıyla ayrılan mali kaynakların yetersizliği yanında organizasyonel ve teknolojik altyapı noksanlığı, kamuoyu çevre bilincinin yeterli düzeyde olmayışı, ekipman ve standardizasyon eksikliği, icra, denetim ve yaptırım yetkisinin dağınıklığı ve koordinasyon eksikliği öncelikli sorunlar olarak sıralanmaktadır.

İLKELER:

- * Kirleticilerin arıtımına gidilmeden önce, kirletici kaynağın en verimli şekilde işletilmesi, atıkların azaltılması, kirliliğin önemli problemler yaratmadan, -kaynağında ortadan kaldırılması ya da azaltılması yaklaşımı benimsenmelidir.
- * Araştırma ve geliştirme faaliyetleri desteklenmelidir. **Çevre** kirliliği konusunda çalışan kuruluşlararası işbirliği geliştirilerek bu konuda politikaların hazırlanmasına yardımcı, yönlendirici bilgileri toplayan bir yapı oluşturulmalıdır.
- * Dış ortam hava kirliliği ile birlikte mütalaa edilmesi gereken iç ortamda hava kirliliğini oluşturan kirletici kaynakların da azaltılmasına yönelik çalışmalar yürütülmelidir.
- * Kamuoyunun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır.
- * Konu ile ilgili **mevzuat** yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde gösterir ve koordinasyonu sağlar mahiyette olmalıdır.

- * Bu amaçla yapılacak çalışmalarda kullanılacak maddi kaynaklar "kirleten ejder" prensibinden hareketle yaratılmalıdır.

STRATEJİLER:

- * Belirtilen ilkeler doğrultusunda mevzuat çalışmaları yapılacak, 1994 yılı sonuna kadar hukuki alt yapı oluşturulacaktır.
- * 1998 yılına kadar Ulusal Sağlık Akademisi bünyesinde konu ile ilgili bir referans laboratuvarı oluşturulacak, araştırma ve geliştirme faaliyetleri bu kurumca yönlendirilecektir.
- * Ülke geneline yayılmış standart yöntemlerle çalışan, güvenilirliği ve uyumluluğu yüksek veri sağlayan bir ölçüm ağı kurulacaktır.
- * Kendisini kısa sürede amorti eden, tesislere kazanç getiren arıtım teknolojileri teşvik edilecektir.
- * Enerji üretiminde uzun vadeli tercihler temiz kaynaklardan yana olacaktır.
- * Çimento, gübre, demir-çelik gibi ana sektörlerde, işletmelerin bulunduğu yer ve etkiledikleri alan dikkate alınarak belirü öncelikler sıralaması dahilinde gerekli çevre koruma tesisleri tamamlanacaktır.
- * Alınacak ekonomik önlemler kirletmeyi caydırıcı ve kirletene Ödettirici nitelikte olacaktır. Kirleten öder prensibi uygulanırken "toplam sosyal maliyet" in geri dönüşü sağlanacaktır.

TEMİZ SU

HEDEF - 7

2000 yılından önce ülkede herkese yeterli miktarda temiz içme suyu sağlanmış olacak ve nehir, göl ve deniz kirliliği insan sağlığı için bir tehdit unsuru olmayacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Ortalama yağış miktarının dünya ortalamasının altında olduğu Türkiye'de su kaynaklarının dağılımı yöresel ve mevsimsel değişiklikler göstermektedir. Artan nüfus ve turizm de gözönüne alındığında bu durum su kaynaklarının geliştirilmesine ve kullanılmasına yönelik çalışma ve yatırımlara önem kazandırmaktadır. İçme ve kullanım sularındaki kirlilik ve bunların sağlığa olumsuz etkileri konusunda yeterli istatistiki bilgi bulunmamakla beraber birçok enfeksiyon hastalığının sulardan kaynaklandığı bilinmektedir. Sular üzerindeki denetim yetersizliği, özellikle yerel yönetimlerin kaynak (araç-gereç, nitelikli personel, para) sıkıntısı içinde olmaları ile açıklanmaktadır. Suların havza bazında kirlenmeye karşı korunması sağlanamamaktadır. Sulara yönelik mevzuat dağınık olup birbirini tamamlar nitelikte değildir.

İLKELER:

- * İçme suyu kaynakları **havza** bazında kirlenmeye karşı korunmalıdır.
- * Su kaynaklarının ekonomik kullanılması esastan hareket edilmelidir.
- * Su kirliliğinin denetlenmesinde kurumlararası koordinasyon sağlanmalıdır.

STRATEJİLER:

- * Sularla ilgili mevzuat 1994 yılı sonuna kadar bütünlük oluşturacak şekilde gözden geçirilecek ve aksayan noktalar düzeltililecektir.
- * Su kaynakları, beslenme havzalarında kentsel ve endüstriyel yapılaşmayı yasaklayan mevzuat kesinlikle uygulanacaktır.
- * İçme suyu havzalarında her türlü faaliyet ve yatırım için çevresel etki değerlendirme etüdünün karar aşamasında yerine getirilmesi sağlanacaktır.
- * Katı atık depolama sahaları havza dışında tutulacaktır.

* Tarımsal ilaçların ve kimyasal gübrelerin bilinçsiz kullanımı önlenerek ve tarımsal mücadele uygulamalarında entegre metodlara ağırlık verilerek özellikle biyolojik mücadele özendirilecektir.

* Evsel ve endüstriyel atık suların su kaynaklarına deşarjı önlenerek amaca uygun arıtılıp geri kazanılması ve kullanılması temin edilecektir,

" Su kirliliğinin önlenmesine ve denetlenmesine yönelik olarak yerel yönetimlerin kapasitesi geliştirilecektir.

* Mevcut su kaynakları envanterinin her yöreyi kapsayacak şekilde geliştirilerek yaygınlaştırılması 50 yıllık ihtiyaçlar (içme, kullanma, endüstri, sulama, su ürünleri, nakliye ve rekreasyon) dikkate alınarak planlar hazırlanacak ve her 10 yılda bir gözden geçirilerek ileriye götürülecektir.

ATIKLARIN DENETİMİ

HEDEF - 8

2000 yılına kadar zararlı atıklarla ilgili olarak bilinen önemli sağlık riskleri ortadan kaldırılmış olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Evsel ve endüstriyel atıklarla birlikte hastane atıkları ve diğer tehlikeli atıklar ülke sağlığı için bir tehdit **unsuru** olmaya devam etmektedir. Atık yönetiminin yeterince kurumlanmamış olması nedeni ile uygulamalar ekonomik ve sağlıklı olmamakta, bunların bilimsel yöntemlerle izleme ve değerlendirmesi de yapılamamaktadır. Katı atık hizmetleri yerel yönetimlerde sadece temizlik hizmetlerinden sorumlu birimin görevi olarak görülmektedir. İmar yönetmeliklerinde ve nazını imar planlarında bertaraf alanları ve transfer istasyonları yer almamaktadır. Endüstriyel atıkların nasıl muhafaza ve bertaraf edildiği bilinmemekte, tehlikeli atıkların diğerleri ile birlikte toplanması ve uzaklaştırılması sağlık ve çevre sorunlarına yol açmaktadır. Bu tür atıkların toplanması, değerlendirilmesi ve bertaraf edilmesi konularına özel sektör yeterince ilgi göstermemektedir. Sanayi kuruluşlarının dağınık olması, belirli sanayi bölgelerinde toplanmayışı atık denetimini ve yönetimini zorlaştırmaktadır. Yatırım projelerinde sosyal risk ve maliyetlerin değerlendirmeye alınmaması, teknoloji transferlerinde demode ve kirleten teknolojilerin ülkeye girmesine yol açmaktadır. Hastane atıklarına yönelik özel ve ayrı bir sistem bulunmamaktadır. Tehlikeli atıklarla ilgili mevzuatın bulunmaması, bunları üreten tesisler için çevresel etki değerlendirme raporu düzenleme zorunluluğunun olmaması bu alandaki sorunların **boyutlarını** büyütmektedir.

İLKELER:

- * Atık yönetiminde yerel yönetimler, özellikle belediyeler temel sorumlu kuruluşlar olarak kabul edilmelidir. Atık yönetimi hizmetlerinin geliştirilmesi için merkezi düzeyde politika geliştiren ve eğitim veren örgütlenme sağlanmalıdır.
- * Katı atık hizmetlerinin özelleştirilmesine ağırlık verilmeli ve teşvik sistemleri geliştirilmelidir.
- * Bu hizmetlerin finansmanı için hizmetten yararlananların maliyete katılmaları sağlanmalıdır.

* Atıksız ve az atıklı teknolojiler teşvik edilmelidir.

* Atık yönetimi hizmetleri açısından dünya iletişim ağları ile gerekli entegrasyon sağlanmalıdır.

STRATEJİLER:

* 1994 yılı sonuna kadar atıklar konusundaki eksik mevzuat uluslararası anlaşmalar da gözönüne alınarak tamamlanacaktır.

* Katı ve sıvı atık alanında planlama, uygulama ve sorunların çözümü konusunda işbirliği ve koordinasyon sağlamak amacıyla meslek örgütlerinin, kamu organlarının ve gönüllü kuruluşların katılımının sağlandığı yerel ve ulusal düzeyde sürekli bir mekanizma oluşturulacaktır.

* İmar planlarında ve imar yönetmeliğinde gerekli önlemlerin alınması sağlanacaktır.

* Atık programlarının finansmanında hizmetlerden faydalananların katılımını sağlayacak mekanizmalar kurulacaktır.

* Ekosistem yapılan her türlü kirlетici müdahalenin doğaldan İnsan sağlığına yapılmış olacağı bilinci yaygınlaştırılacaktır.

GIDA EMNİYETİ

HEDEF - 9

2000 yılına kadar gıdalardaki mikroorganizmalara ve toksinlerine, kimyasal maddelere ve radyoaktiviteye bağlı sağlık riskleri önemli ölçüde azaltılacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Gıda ile ilgili sorunlar "mamul gıda üretimi" ve "toplu beslenme merkezleri" olarak iki grupta ele alınabilir. Hammadde pestisit, veterinerlik ilaçları, hormonlar, anabolizanlar, yem ve gübre kaynaklı kontaminasyonlar hammadde-lerin depolanmaları aşamasında haşare, parazit, mikrobiyolojik bozulmalara bağlı toksin oluşumu, mamul üretiminde katkı, yardımcı madde ve türevleri kalıntısı, paketlenmiş gıdalarda ambalaj anamaddesi ve katkıların migrasyonu, paketlenmiş gıdalarda yanlış veya eksik etiket beyanı mamul gıda üretimine ait problemlerdir. Toplu beslenme merkezlerinde ise ana sorun hijyenik kuralların uygulanmamasıdır.

Gıda analiz teknolojisinde ve metodların standardizasyonunda problemler vardır. Gıda kontrolünden ve sağlığından sorumlu olan kurumlar arasında işbirliği yoktur. Gıda ile ilgili bir yasa olmayıp konu çok çeşitli hukuki düzenlemelerde yer almıştır. Farklı kurumlar arasında görev, yetki ve sorumluluk kargaşası vardır. Gıdanın sağlığını ile kalitesine ait sorumluluklar da genellikle birbirine karıştırılmaktadır.

İLKELER:

- * Sağlık sektörü gıdayı insan sağlığına olan etkileri açısından ele almaktadır. Kaliteye yönelik endişeler başka sektörlerin sorumluluk sahasında olmalıdır.
- * Gıda ile ilgili hukuki düzenlemeler mümkün olduğunca bir başlık altında toplanmaya çalışılmalıdır.
- * Gıda standartları geliştirilirken Avrupa Topluluğu kriterleri de gözönüne alınmalıdır.
- * Tüketicinin bu konuda bilgilendirilmesi ve bilinçlenmesi sağlanarak toplumun bir denetim mekanizması kurması temin edilmelidir.
- * Gıda emniyeti konusunda devlet tarafından verilecek hizmetlere toplum katılımı sağlanmalıdır.

* Gıda emniyetinin sağlanmasında esas **sorumluluğun** yerel yönetimlerde olacağı bir yapı kurulmalıdır.

STRATEJİLER:

* Bir "Gıda Kanunu" ve bunun öngördüğü diğer mevzuat hazırlanarak yürürlüğe konacaktır.

* Gıda kontrolü ile ilgili insangücünün görev, yetki ve sorumlulukları hukuki bir temele dayandırılacaktır.

* Periferden başlayıp merkez referans laboratuvarlarında son bulacak bir denetim laboratuvarları zinciri oluşturulacaktır.

* Gıda denetiminde çalışacak tüm görevlilerin standart bir hizmetiçi eğitimden geçmeleri sağlanacaktır.

* Gıda hijyeni konusunun okulların müfredat programlarında yeterli ölçüde yer alması sağlanacaktır.

* Gıda emniyeti ile ilgili olarak yerel yönetimlerin yeterli teknik eleman ve ekipmana sahip olmaları sağlanacaktır.

YERLEŞİM ALANLARI VE KONUT

HEDEF - 10

2000 yılına kadar, herkesin sağlıklı ve emniyetli bir ortamda yaşamasına katkıda bulunacak önlemler alınmış olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Türkiye'nin nüfus artış hızı %2'nin üzerinde olup kırsal alandan kentlere doğru hızlı bir göç vardır. Kentlerde oluşan sağlıklı yaşam çevrelerinin yanı sıra kırsal yerleşim alanlarında da sorunlar vardır. Kentsel yaşam çevrelerinde insan sağlığını etkileyen sorunlar, kırsal alandakilerin **devamı** özelliğindedir. Mevcut imar yasası ekolojik kaygılardan uzak olup kent planlaması "parcele"⁷ bağlı bir anlayışla yapılmaktadır. Kent planlamasında parçacı bir yaklaşım uygulaması olan mevzi imar planları sakıncalar yaratmakta, kentsel bütünlük çerçevesinde ele alınması gereken altyapı ve sosyal donatılar sağlıklı ve yetersiz bir kentleşme sonucunu doğurmaktadır.

Ekolojik açıdan yüksek üretkenliği olan alanlar kentsel yapılaşmaya açılmaktadır. Yapılaşmalarda çevresel, fiziksel faktörleri yeterince dikkate almayan yer seçimleri yapılmaktadır. Kırsal yerleşimlerde çevresel altyapının olmaması, evler ve ahır atıklarının köy içinde açıkta olması, enerji ihtiyacının karşılanmasında hayvansal atıkların kullanılması sorun yaratmaktadır.

Konut yapımında kullanılan malzemeler ve bunların detaylandırılması insan sağlığına ve güvenliğine etki açısından ele alınmamakta, ev kazalarına yol açabilecek tasarım ve malzeme kullanımına engel olunmamaktadır. Konutlar ve yakın çevreleri yaşlı, çocuk ve özürliülerin **kullanımını** kolaylaştıracak şekilde düzenlenmemiştir.

HHBİ^H

HSHBBI

İLKELER:

* Sağlıksız yaşam çevrelerine bağlı halk sağlığı sorunlarının çözülmesi, kentsel ve kırsal yerleşmelerde kalitenin yükseltilmesi ile mümkündür. Bu amaçla, palyatif çözümler bulmak yerine konuya köktenci bir anlayışla yaklaşılmalıdır.

* Çevre ve sağlık **sorunlarının** çözümü için bölge planlarından başlayarak çevre düzeni planı, kent imar planı, köy yerleşmeleri için gelişme planı ve konutlar için mimari tasarıma kadar inebilen kademeli planlama sistemleri kurulmalı ve insan doğa ilişkisi tüm plan kademelerinde temel yaklaşım olarak kabul edilmelidir.

- * Mevcut sorunlarla mücadelede yetersiz kalan ve hatta güçlük yaratan yasal ve örgütsel yapıda günün koşullarına uygun ve geleceğe yönelik yeni düzenlemelere gidilmelidir.
- * Yerleşim alanlarında çevresel düzenin sağlanmasına yönelik yeni tip insan gücü geliştirilmelidir.
- * Sorunların çözümü için multisektörel ve bakanlıklararası bir yaklaşım benimsenmelidir.

STRATEJİLER:

- * Bu konudaki mevzuatın düzensizliğinden kaynaklanan yetki belirsizliklerini giderecek şekilde çağdaş bir hukuki altyapı hazırlanacaktır.
- * Planlamada insan-doğa ilişkisini kuran metodlar uygulanacak, kent ekolojisi yaklaşımı ile yeni bir imar planlama sistemi kurulacak, bu kapsamda alıcı ortamların "kaldırma kapasitesi" yaklaşımı kullanılacaktır.
- * Kentsel yeşil alanlar İçin belirlenen 7 m²/kişi standardından vazgeçilerek aktif ve pasif yeşil alanların kentsel ekoloji kavramı içinde ele alınmasına geçilecektir.
- * "Kent Denetçisi" adı verilebilecek ve Belediye zabıtasının yerini alacak yeni tip insangücü geliştirilecektir.
- * Kırsal yerleşimlerde tezek yerine biogaz kullanımını yaygınlaştırılacak önlemler araştırılacaktır.
- * Kırsal alanda hijyenik foseptik sistemler yaygınlaştırılacaktır.
- * Konutların ve diğer binaların inşaatlarında İnsan sağlığını bozucu malzemelerin kullanımı önlenecektir.
- * Konutlarda yaşam riski oluşturan yangın ve ev kazalarına yol açabilecek eşyalar için önlemler alınacak, bunların tasarımına standartlar getirilecek, satışı, tesisatı ve kullanımı için denetim sistemleri oluşturularak kamuoyu bu konularda aydınlatılacaktır.

İŞ GÜVENLİĞİ VE İŞÇİ SAĞLIĞI

HEDEF - 11

2000 yılına kadar iş yaşamıyla ilgili sağlık risklerine karşı etkin biçimde korunma' sağlamaya yönelik önlemler alınmış olmalıdır.

SORUNUN TANIMI:

Türkiye'de iş kazaları gelişmiş ülkelerle itkililerden daha siktir, meslek hastalıkları tanılarının konulmasında iş. _yon • i, • :"' naktadır. Karşılaştırılabilir gösterge olarak ölümle sonuçlanan iş kazaları gelişmiş ülkelerdekiden 2,5-26 kat daha fazladır.

Bu alandaki yasal düzenlemelerin dağınıklığı, bilgi iletişimi ve kayıtlama yöntemlerindeki yetersizlik, epidemiyolojik analitik değerlendirmelerin yapılmaması, işyeri hekimliği müessesesinin gerektiği gibi çalışmaması, işçi sağlığı ve iş güvenliği müfettişlerinin azlığı, teknolojik yetersizlikler, işçi sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetleri ile entegre olmaması, işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili eğitim düzeyinin düşük olması, yüksek işsizlik oranı bu alandaki başlıca sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır.

İLKELER:

- * İşçi sağlığı genel sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak ele alınmalıdır.
- * İş güvenliği ve işçi sağlığı ile ilgili düzenlemeler uluslararası (ILO,WHO) ilke ve tavsiyelere uygun olarak geliştirilmelidir.
- * Konu ile ilgili ihtiyaç duyan insan gücü yetiştirilmelidir.
- * Bu alandaki gelişmeleri takip etmeye yarayacak kriterler geliştirilmelidir.
- * İşçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili araştırmaların yapılması, uygulamaların yönlendirilmesi amacı ile gerekli veri tabanının oluşturulması sağlanmalıdır.

STRATEJİLER:

- * Konu ile ilgili hukuki düzenlemeler Umumi Hıfzıssıhha Kanununun çağdaştırılması çalışmalarında ele alınacaktır.
- * Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçildiğinde işçi sağlığı birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmiş olarak ele alınacaktır. Gereken sağ-

lık ocaklarında konu ile ilgili uzman İstihdam edilecektir.

* İhtiyaç duyulan İş güvenliği uzman iş hekimi, iş hijyenisti, iş psikologu gibi insangücünün yetiştirilmesi, üniversitelerin bu alanlarda lisans üstü eğitim vermesi sağlanacaktır.

* Ulusal Sağlık Akademisi bünyesinde iş güvenliği ve işçi sağlığı ile ilgili bir birim oluşturulacaktır.

* Mesleki sağlık hizmetleri ev dahil bütün İşyerlerini kapsayacaktır.

* İşyerinde kimyasal madde, toz, elyaf ve radyasyonu denetleme yöntem ve usulleri geliştirilecektir.

* Makİna koruyucuları, kişisel koruma araç ve gereçleri standartları saptanacak, bunların üretimi ve dışalımları teşvik edilecektir.

BÖLÜM - 3



YAŞAM
BİÇİMİ

SAĞLIKLI DAVRANIŞ İÇİN KAMU POLİTİKALARI, BİLGİ VE YÖNLENME

HEDEF - 12

2000 yılına kadar sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gereken, halkı sağlıklı davranışlara yönlendirecek kamu politikaları ve halk eğitim sistemi geliştirilmiş ve kurulmuş olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

İnsanlar karşılaşacakları riskler ya da sağlıklı seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadıklarından veya değer yargıları, edindikleri bilgiye göre davranış biçimlerini değiştirmeleri için yeterli olmadığından sağlıklarını bozan davranışlarda bulunabilmektedirler. Örneğin sigaranın zararını bilen kişi (bilgi) sigarayı bırakmak için bir istek duymakta (tutum) ancak bunu başaramamaktadır (davranış). Sağlıkla ilgili olumsuz davranışlardan kurtulup olumlulara yönelmek ancak bilgi-tutum ve davranış gelişmesi ile olabilecektir. Halkın sağlıklı davranışlara yönelmek, sağlıksızlardan uzaklaşmak konusunda bir eğilim içinde olduğunu söylemek zordur. Burada sistemli eğitim programlarının olmayışı önemli bir neden olarak ortaya çıkmaktadır. Bunların yanında halk, sağlık hizmetlerini kullanmak konusunda ve kendi kendine bakım hizmetleri ile ilgili olarak da sistemli bir şekilde bilgilendirilmemektedir.

İLKELER:

- * Sağlığın geliştirilmesine, bireylerin sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesine yönelik sektörlerarası politikalar geliştirilmelidir.
- * Mevcut **politikaların** sağlık üzerine etkileri değerlendirilmelidir.
- * Bireylerin yaşamlarında önemli yer tutan birimlerde sağlığın geliştirilmesini sağlayacak politikalar ve programlar geliştirilmelidir.
- * Sağlığın geliştirilmesine yönelik gerekli hukuki, mali ve idari destek sağlanmalıdır.
- * Sağlıklı davranışlar için bilgi ve yönlendirme amacıyla yapılacak eğitim bireyin

okul öncesi yaşlarında başlayıp bütün hayatı boyunca sürmelidir.

- * Düzenlenecek olan programların nihai amacı bireylerde olumlu davranış değişikliği meydana getirmek olmalıdır,
- * Eğitim İhtiyacı tespit edilirken araştırmalara dayanılmazdır.
- * Toplumun kabul edeceği mesajlar hazırlanıp bütün medyalardan faydalanılarak halka ulaştırılmalıdır.
- * Programlar kurumlararası işbirliği ile hazırlanmalı, aynı tür mesajlar farklı kurumlarca verilmelidir.

STRATEJİLER:

- * Ulusal Sağlık Akademisi"nde halkın sağlık eğitimi ile ilgili bir ünite oluşturulacaktır.
- * Sağlık Bakanlığı halka yönelik eğitim programlarını da üstlenecek şekilde teşkilatlanacaktır.
- * Bu konuda çalışan çeşitli kurumların, gönüllü kuruluşların ve uluslararası örgütlerin aynı amaca yönelik olarak güç birliği yapmaları ve bir koordinasyon içinde çalışmaları sağlanacaktır.
- * Sağlık eğitimi ve sağlık propagandası konusunda uzman insangücü geliştirilecektir.
- * Sağlıklı davranışa yönelmek konusundaki mesajlar ilkokulda başlanarak eğitim programlarına konulacaktır.

TOPLUMBESLENMESİ

HEDEF - 13

2000 yılına kadar malnütrisyon, raşitizm, hafif ve orta derecedeki anemi oranı % 50 oranında azaltılacak, endemik guatr insidansı % 10'dan aşağı çekilecek, beslenmeye bağlı ağır anemi ortadan kaldırılacak, toplumun dengeli beslenmesi konusundaki alt yapı kurulmuş olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Halkın beslenmesi tahıl ve tahıl ürünlerine dayalı olup, batıdan doğuya, kentsel alandan kırsal alana gidildikçe ve gelir düzeyi düştükçe tahıl tüketiminde artma, hayvansal gıdaların tüketiminde azalma görülmektedir. Süt ve süt ürünleri tüketimi düşük düzeyde olup et tüketimi de yıllara bağlı olarak azalma göstermektedir. Beslenme yönünden risk altında bulunan gruplar, gebe-emzikli kadınlar, bebek ve okul öncesi çocuklar, ağır işte çalışan işçiler ve yaşlılardır. Bebek ve okul öncesi çocuklarda protein enerji malnütrisyonu (büyüme ve gelişme geriliği), raşitizm, anemi (kansızlık), okul çağlarında, gençler arasında ve gebe-emzikli annelerde zayıflık ya da şişmanlık, vitamin yetersizlikleri, anemi, basit guatr, yaygın diş çürükleri görülmektedir.

Emzirme yaygın olmakla beraber doğumu takiben ilk yarım saat içinde anne sütünün bebeğe verilmemesi, 4-6 aylıktan önce gereksiz gıdaların verilmesi sorunları vardır.

Halkın beslenme konusundaki bilgi eksikliği, hatalı beslenme alışkanlıkları ve uygulamaları başlıca sorunlardandır.

İLKELER:

- * Beslenme politikaları mevcut **duruma** değerlendirilerek ve risk gruplarına öncelik verilerek geliştirilmelidir.
- * Eksikliği duyulan maddeler açısından temel gıdalar ve suyun zenginleştirilmesi sağlanmalıdır.
- * Temel gıdaların zenginleştirilmesi ve özel beslenme için gerekli mamul gıdaların üretimini yapabilecek teknolojinin kurulması sağlanmalıdır.
- * Halk eğitime öncelik verilmelidir.
- * Beslenmeyle ilgili bir **bilgi** sistemi kurulmalıdır.

STRATEJİLER:

- * Toplum beslenmesi Sağlık Bakanlığı'nca yürütülen sağlık programları arasına alınacaktır. Risk gruplarına yönelik özel programlar geliştirilecektir (Mevzuatlara ilave olarak).
- * Hayvansal protein tüketimini artıracak tedbirler alınacaktır.
- * İyotlu tuz üretiminin teşviki, suların Horlanması, ekmeğin zenginleştirilmesi konularında çalışma yapılacaktır.
- * Beslenme ve sorunlarına yönelik olarak her 5 yılda bir ulusal çapta araştırmalar yapılacak, bunlar bölgesel ve belirli nüfus gruplarına yönelik diğer araştırmalarla desteklenecektir.
- * Gıda üretimi politikaları beslenme politikasına göre yönlendirilecektir.
- * Türkiye'ye özgü gıda kompozisyon cetvelleri hazırlanacaktır.
- * Beslenme ve gıda ile ilgili yayınların halkı doğru yönlendirmesi sağlanacaktır.

SAĞLIĞA ZARARLI ALİŞKANLIKLAR

HEDEF -14

2000 yılına kadar sigara ve alkol tüketimindeki artış tersine çevrilecek, uyuşturucu kullanımında % 25 düşüş sağlanacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Sağlığa zararlı alışkanlıkların toplumda ne ölçüde yaygın olduğuna dair yeterli bilgi mevcut değildir. 1988 yılında yapılan bir araştırma Türkiye genelinde sigara içme oranını % 43.6 (Erkeklerde % 62.8, Kadınlarda % 24.3.) olarak ortaya koymuştur. Hekimler arasında erkeklerin % 55'i, kadınların % 40'ının sigara içtiği ortaya konmuştur. Öğretmenler arasında yapılan yerel bir araştırmada sigara içme oranı % 77 bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşı ise ortalama 11'dir. Gelişmiş ülkelerdekine aksine Türkiye'de sigara içme oranı artmaktadır. Batıda sigarayı bırakanlar nedeni ile yılda 2 milyon müşterisini kaybeden çokuluslu sigara endüstrisi yeni pazarlarını aralarında Türkiye'nin de bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde yaratmaktadır. En önemli ve vahim sorun ise gerek kamuoyunun gerek yöneticilerin sorunun büyüklüğünü hala kavrayamamış olmalarıdır.

Alkol kullanımının diğer ülkelere göre düşük olduğu izlenimi vardır, ancak D.İ.E. verilerine göre 1990 yılı alkol üretimi 447 milyon litre olup bunun % 75'ini bira oluşturmaktadır. Alkol için risk grubu üniversite çağı ve çalışma yaşamı başlangıcı olarak belirtilmektedir.

Uyuşturucu kullanımı açısından da elde yeterli bilgi olmamasına rağmen yapılan gözlemler risk altındaki grupların ergenlik ve üniversite çağı gençliği olduğunu ortaya koymuştur. İstanbul, İzmir ve Diyarbakır ön plandadır.

İLKELER:

- * Sağlığa zararlı alışkanlıklardan korunmak insanların hakkıdır.
- * Bu maddelerle mücadelede hukuki, ekonomik, örgütsel ve eğitim tedbirleri alınmalıdır.
- * Gençlere ve çocuklara yönelik tedbirlere öncelik verilmelidir.

- * Kültürel, ahlaki ve dini öğeler işlenmelidir.
- * Konuyla ilgili **bilimsel** araştırmalar desteklenmelidir.

STRATEJİLER:

- * İnsanlara sigarasız bir yaşam seçme hakkı tanınacak ve bu hak korunacaktır. Sigara içmeyenlerin, içenlerin zararlı etkilerinden korunmaları için ortak çevrelerin sigarasız olmasını sağlayacak yasal düzenlemeler yapılacaktır.
- * Sigara ve alkol tüketiminin azaltılması amacı ile fiyat ve vergi politikaları gözden geçirilerek, talebin fiyat elastikiyetine göre ayarlamalar yapılacaktır.
- * Sigara ve alkol reklamlarının tamamen kalkmasına yönelik çalışmalar yapılacaktır.
- * Kurtulmak isteyen madde bağımlılarına yönelik geniş bir yardım ağı oluşturulacaktır.
- * Bu maddelere karşı yapılacak mücadelede bu maddelerden elde edilen gelirin bir kısmı kullanılacaktır.
- * Sigaranın alkol ve uyuşturucuya geçişte ilk basamak olduğu gözönünde tutularak Öncelik sigara ile mücadeleye verilecektir.
- * Bu alışkanlıkların epidemiyolojisini, ekonomik ve sosyal boyutlarını ortaya koyacak araştırmalar yapılacaktır.
- * Sektörler ve kurumlararası işbirliği ile sürekli bir halk eğitim programı yürütülecektir.

BÖLÜM - 4



SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜT VE YÖNETİM YAPISI

HEDEF - 15

2000 yılına kadar desantrile bir sağlık yönetimi sistemi kurmuş olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Sağlık hizmetleri çok başlı, aşırı derecede merkeziyetçi, yetkilerin daima üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir. Koordinasyon eksikliğinin yol açtığı duplikasyonların yanısıra yetki kargaşası vardır. Sağlık Bakanlığı sağlıkla ilgili diğer kurumlar üzerinde etkili olmayıp mevcut mevzuatla kendisine verilen yetkileri de tam anlamıyla kullanamamaktadır.

Sağlık Bakanlığı makro planları yapan ve sektörü yönlendiren bir yapıdan ziyade günlük işlerle uğraşan bir uygulama Bakanlığı şeklinde çalışmakta, üst düzey yöneticilerin zamanının çok Önemli bir kısmı personel tayinleri ile geçmektedir. Bakanlık yönetiminde en üst düzey yöneticiden taşradaki en uç birime kadar profesyonel sağlık yöneticilerine pek rastlanmamaktadır. Bakanlığın merkez ve taşra teşkilat yapısı modern yönetim anlayışı ile bağdaşmamaktadır.

İLKELER:

- * Yönetim yapısı **sağlık** hizmetlerinin gelişmesini, sağlık hedeflerini en etkili ve verimli olarak ulaşılabilmesini sağlayacak biçimde oluşturulmalıdır.
- * Sağlık sistemi, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve yaşam standardının iyileştirilmesinde, sağlık hizmetlerinin ekonomik verimliliğinin artırılmasında ulaşılan başarı düzeyine göre değerlendirilmelidir.
- * Sağlık hizmetlerinin örgüt ve yönetim yapısında yerinden yönetim ilkeleri benimsenmelidir.
- * Sağlık Bakanlığı, sektörü tek elden planlayan politikalar üreten ve denetleyen bir kurum haline gelmelidir.
- * Yönetime halkın, meslek teşekküllerinin ve diğer sektörlerin de katılımı sağlanmalıdır.

- * Sağlık yönetimi profesyonel yöneticilerce yürütülmelidir.
- * Örgütienmede dikey modeller bırakılmalı, entegrasyon anlayışı benimsenmelidir.

STRATEJİLER:

- * Sağlık Bakanlığı'mn merkez ve taşra teşkilat kanunu hazırlanacaktır.
- * Bakanlık merkezi, operasyonel sorumluluklarını oluşturulacak bölge yönetimlerine devredecek, kendi asli görevlerine dönecektir.
- * Oluşturulacak bölgesel idareler sağlıkla ilgili tüm kaynakları kendi bölgesi içinde sevk ve idare edecektir.
- * Bölge sağlık yönetiminde katılıma bir anlayış benimsenecektir.
- * Profesyonel sağlık yöneticiliği teşvik edilecek, bu konuda insangücü yetiştirilecektir.

TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

HEDEF - 16

2000 yılından önce güçlü bir temel sağlık hizmetleri sistemi kurulmuş olmaktadır.

SORUNUN TANIMI:

Ülkenin epidemiyolojik tablosu gerek önlenabilir ölümler ve gerek korunulabilir hastalıklar yönünden sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin yeterince sunulmadığını göstermektedir. Toplam Sağlık Harcamaları içinde bu amaçlarla ayrılan payın da % 2'ler düzeyinde oluşu mevcut durumu açıklar mahiyettedir. Birinci basamak tedavi hizmetlerine ise muayenahaneler ve ilaç harcamaları yolu ile önemli ölçüde kaynak harcanmaktadır. Ancak bu kaynaklar kamusal kontrol altında değildir.

Temel sağlık hizmetlerinin verilisinde hala entegrasyon sağlanamamıştır. Çok çeşitli birinci basamak kuruluşları (Sağlık Ocakları, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, SSK Dispanserleri, Milli Eğitim Dispanserleri, özel muayenahane ve poliklinikler, hastane poliklinikleri vs) duplikasyonlara neden olarak faaliyet göstermektedirler.

Vatandaşlar konuya ait birimlerden aldıkları hizmetlerden memnun değildir; kuyruklar, kaba davranışlar, kirli birimler, araç gereç yetersizliği gibi nedenler bu memnuniyetsizliğin başlıca sebepleridir. Nedenleri konusunda değişik görüş ve yaklaşımlar olmasına rağmen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi son 30 yıllık uygulamada arzu edilen sonuçları doğurmamıştır.

İLKELER:

- * Bütün vatandaşların yararlanacağı bir temel sağlık hizmetleri kurulmalıdır.
- * Hizmetlere kolay ulaşılabilmesi, vatandaşların arzu ettiği nitelikte olmalı ve hizmet almak uzun formaliteleri gerektirmemelidir.
- * Hizmetlerde entegrasyon sağlanmalıdır.
- * Temel sağlık hizmetleri kamusal kontrol altında sunulmalıdır.
- * Bireylere hekim seçme şansı tanınmalıdır.

* Hizmetler ülkenin Öncelikli sağlık sorunlarına çözüm getirecek şekilde örgütlenmelidir.

STRATEJİLER:

* Temel sağlık hizmetlerinin verilmesini düzenleyen yasa 1993 yılı içinde çıkarılacak ve 1994 yılı içinde pilot uygulamaya geçilecektir. Sistem ülke genelinde Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile paralel olarak yayılacaktır.

* Temel sağlık hizmeti veren birimler uniform hale getirilecektir.

* Kırsal alanda sağlık-evi, sağlık ocağı yapılan sürerken kentlerde küçük nüfus esasına dayalı genel pratisyen/aile hekimi sistemi oluşturulacaktır.

* Aile hekimleri bireylere yönelik koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmetlerini vermekten sorumlu olacaklardır. Ücretlerini kendilerine kayıtlı kişilerin adedine göre genel sağlık sigortası sisteminden alacaklardır.

HASTANELER

HEDEF - 17

2000 yılında uygun maliyette ve kalitede hizmet sunan, otonom, temel sağlık hizmetlerine entegre bir ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sistemi kurulmuş olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Türkiye'de başta Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversiteler, çeşitli kamu kuruluşları olmak üzere hastane işleten birçok kurum ve kuruluş olmasına rağmen özel hastanelerin yatak sayısı toplam yatakların % 5'i civarındadır. Toplam yatakların % 70'inden fazlasına sahip olan Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri sorunların özellikle yoğunlaştığı kurumlardır. Bu hastanelerin katı merkeziyetçi ve bürokratik yönetim yapısı, yönetimin profesyonel hastane yöneticiliği esaslarına dayanmaması ve verimlilik prensiplerinin uygulanmaması başlıca sorunlardır. Merkeziyetçilik başta personel ve bütçe yönetimi olmak üzere yönetimin her alanında kendisini göstermektedir.

Hastanelerde maliyet kavramı gelişmemiştir. Dolayısıyla maliyet muhasebesi sistemleri de yoktur. Yönetim performansını değerlendirecek veri/bilgi sistemleri de bulunmamaktadır.

Maliye ve Gümrük Bakanlığının Bütçe Uygulama Talimatındaki fiyatlar, maksatlar bilinmediğinden, gerçekçi olmamakta, tarifeler güncelleştirilememekte ve hizmetlerin karşılığının hastanelere dönüşü sağlanamamaktadır. Ödeme gücü olmayan vatandaşlar için Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndan yapılan ödemeler çok düşük düzeylerde kalmakta, hastanelerin finansman sorunu gittikçe büyümektedir.

Hastaneler ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin yanında yoğun bir şekilde birinci basamak poliklinik hizmeti de vermektedirler.

Hastane çalışanları motive edilememiştir. Çalışmaya ve faydaya dayalı bir ücretlendirme, liyakata dayalı bir hiyerarşi sistemi yoktur.

İLKELER:

- * Hastaneler yerinden ve çağdaş yönetim ilkelerine göre yönetilmelidir.
- * Her türlü yönetim fonksiyonu bizzat hastane yönetimi tarafından yerine getirilmelidir.

- * Bir hastanenin işlerini sürdürmesinde verimlilik esasına dayanılmalıdır.
- * Hastane fiyatları gerçek maliyetlere göre ayarlanmalıdır.
- * Çok özel ihtiyaç gösteren **durumlar** dışında işletmesi verimsiz olan hastanelerin faaliyeti durdurulmalıdır.
- * Hastane hizmetleri temel sağlık hizmetleri ile entegre edilmelidir.

STRATEJİLER:

- * Sağlık Bakanlığı hastanelerinden başlamak üzere desantralizasyon yapılacaktır. Hastaneler kendi kaynakları hakkında karar veren ve bu kaynakları kullanan işletmeler haline getirilecektir.
- * Hastanelerde maliyet muhasebesi sistemine geçilecektir.
- * Hastane enformasyon sistemleri kurulacaktır.
- * Hastane yönetimi için İhtiyaç duyulan insangücü yetiştirilecek, gelişmiş ülke uygulamaları yakından takip edilecektir.
- * Acil durumlar dışında, kullanılacak temel sağlık hizmetleri sisteminden geçmeyen hastalar, hastaneye kabul edilmeyecek, aile hekimlerinin hastalarını hastanede de takip edebilmesi sağlanacaktır.
- * Hastane çalışanları, katkıları oranında ücretlendirileceklerdir.
- * Bu stratejiler doğrultusunda hastanelerin özerkleşmesi sağlanacaktır.
- * Hastanelerin özerkleştirilmesi ve verimlilik esasına dayalı kurumlar olarak çalışmasına ilişkin çalışmalar 1993 yılı içinde bitirilecek ve pilot uygulamalara başlanacaktır. Hastaneler tedricen gruplar halinde bu uygulamaya dahil edilecektir.

SAĞLIK İNSANGÜCÜ

HEDEF - 18

2000 yılına kadar rasyoneî bir insangücü politikası bütün yönleri ile uygulamaya konulmuş olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Sağlık insangücünün kalite ve kantitesine yönelik tartışmalar hala devam etmektedir. Üzerinde görüş birliğine varılan hususlar şu şekilde sıralanabilir:

Sağlık personeli ülke ihtiyacı doğrultusunda bir eğitim almamaktadır, mezuniyet sonrası eğitimleri hiç yok denecek kadar azdır; istihdam, ücret ve özlük hakları bakımından problemleri vardır; ülke sathına dengeli dağılmamışlardır; mesleki ve fonksiyonel dağılım bozukluğu da vardır; mesleki örgütlenmeleri tam değildir ve ülkede akılcı bir sağlık insangücü planlaması yoktur. Mesleklerin görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen mevzuat çok eskidir, bazı meslekler için hiçbir hukuki düzenleme yoktur.

İLKELER:

- * Sağlık hizmetleri ekip işidir ve sağlık İnsangücünün iş tatminini sağlayacak, motive edici tedbirler **geliştirilmelidir**.
- * Sağlık insangücü planlamaları sayısal esaslara (nüfus/personel gibi) göre değil, işgücü esasına göre yapılmalıdır.
- * Sağlık insangücü ülke ihtiyaçları doğrultusunda yetiştirilmeli, eğitimleri temel sağlık hizmetlerine yönelik olarak planlanmalıdır.
- * Sağlık insangücünün temel sağlık hizmetleri alanında çalışmasını teşvik edecek Önlemler alınmalıdır.
- * Değişen koşullar ve bilim doğrultusunda sürekli eğitimleri sağlanmalıdır.
- * Coğrafi, mesleki ve fonksiyonel olarak dengeli dağılımları sağlanmalıdır. Bu dağılım zorlayıcı olmayan ve adil bir yöntemle yapılmalıdır.
- * Sağlık çalışanları ürettikleri hizmetin gerçek bedelini almalıdırlar.
- * Sağlık insangücünün mesleki-demokratik örgütlenmesi sağlanmalıdır.

STRATEJİLER:

- * 1994 yılından Önce gerekli yasal düzenlemeler yapılacak, sağlık İnsangücü ana planı hazırlanacaktır.
- * Türkiye'nin 20 yıllık projeksiyonlarla dinamik bir sağlık insangücü planlaması yapılacaktır. Bu planlama epidemiyolojik, demografik verilerle, sağlık hizmetleri kullanımı araştırmalarına dayanacaktır.
- * Her meslek grubunun eğitim programlarının temel sağlık hizmetleri anlayışına dayanması sağlanacaktır.
- * Hemşirelik/ebelik eğitimi tekrar düzenlenecek ve liseye temeliendirilecektir.
- * İstihdamda merkezîyetçilik bırakılacaktır. Sağlık insangücünün dengeli dağılımı başta ekonomik olmak üzere zorlayıcı olmayan tedbirlerle sağlanacaktır.
- * Mezuniyet sonrası sürekli eğitimin sağlanması İçin Sağlık Bakanlığı meslek teşekkülleri ile işbirliği yapacak ve "kredilendirme sistemi" uygulanacaktır.
- * Sağlık meslek gruplarının görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen yasa hazırlanacaktır.
- * Sağlık meslek gruplarının sayısal olarak yeterli olanlarının meslek birliklerini kurmaları İçin yasal düzenlemeler yapılacak, mevcut birliklerin de çağdaş bir yapıya kavuşmaları için çalışılacaktır.

İLAÇ VE DENETİMİ

HEDEF - 19

2000 yılına kadar, kaliteli ve ekonomik ilaç üretiminin devamı sağlanacak ve rasyonel ilaç tüketimine dayalı bir sistem geliştirilmiş olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Türkiye geliştirmekte olan bir ilaç sanayiine sahiptir. Hammadde ithaline dayalı üretimin yanında, hammadde imalatı da gelişmektedir. Sanayii son yıllarda ihracata **da** yönelmiştir. Şu anda endüstri temel araştırma yapamamakta ancak mevcut veya üretilmesi planlanan yeni ilaçlara ait araştırma ve geliştirme çalışmaları yapılabilmektedir. İlaç üretiminde üretici firmanın otokontrolü yanında GMP/GLP yönetmeliklerine göre periyodik üretim yeri kontrolleri şeklinde gerçekleştirilen devlet kontrolü ile denetlenmektedir. İlacın ruhsatlandırılmasına yönelik problemler vardır. Özellikle insangücü darboğazı, alt yapı, yerleşme **sorunları** ve hammadde üretiminde rantibilite ve maliyet, üretime yönelik problemlerdir. Sanayüde atıl kapasite mevcuttur. İlaçların fiyatlandırılması ile ilgili sorunlar devam etmektedir. İlaç kontrolü yapan devlet laboratuvarlarının ileriye dönük olarak yetersizliği söz konusu olabilecektir. Rasyonel ilaç kullanımı yoktur. Polifarmasi ve uygun olmayan basamakta gereksiz ilaç kullanımı devam etmektedir.

İLKELER:

- * İlaç bulunabilir, güvenilir ve alınabilir olmalıdır.
- * İlaçların ruhsatlandırılmalarında bilimsel ve sürekli yöntemler izlenmelidir.
- * İlaç fiyat politikasında gerçek maliyetler gözönünde **tutulmalıdır**.
- * Yerli ilaç sanayii teşvik edilmeli, dünya pazarlarına **uyum** konusunda desteklenmelidir.
- * İlaç kontrol sistemleri daha da geliştirilmeli, bu konuda eğitsel ve bilimsel olarak otorite kuruluşlar ihdas edilmelidir.
- * Rasyonel ilaç kullanımı sağlanmalıdır.

STRATEJİLER:

- * Ulusal Sağlık Akademisi'nde ilaçların kontrolü ve ruhsatlandırılması ile sorumlu bir birim ve laboratuvarlar kurulacaktır.
- * Fiyatlandırmaya ilişkin olarak 1984 Kararnamesinin uygulanmasına devam edilecek, uzun vadede ilaç fiyatlarının serbest bırakılmasının sağlık sektörüne etkileri konusunda araştırmalar yapılacaktır.
- * İlaç endüstrisinin kurulup gelişebileceği organize sanayii bölgeleri oluşturulacaktır.
- * İlaç üretiminde istihdama yönelik eğitim programları geliştirilecektir.
- * Birinci basamak hizmetlerde kullanılacak ilaçlar sınırlanacak, bazı ilaçların sigorta kapsamı dışına çıkması sağlanacak, reçete kontrol sistemi getirilecek, ilaçla ilgili sağlık personeline sürekli eğitim verilerek rasyonel ilaç kullanımı sağlanacaktır.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

HEDEF - 20

2000 yılına kadar "sağlıkta eşitlik, kaynak dağılımının iltiyaca göre yapılması, kaynak kullanımında maliyet/etkililik" ilkelerine dayalı bir finansman modeli kurulacak, GSMH'dan sağlığa ayrılan pay en az % 5 olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Sağlık harcamaları GSMH içerisinde % 3-3.5 gibi düşük bir seviyede bulunmaktadır. Devlet Bütçesinden sağlığa ayrılan pay ise % 3-4 civarında olmaktadır. GSMH'dan ayrılan payın takriben % 50'si vatandaşların doğrudan yaptığı harcamalar, % 15'i **sigorta** primleri % 35'i ise Devlet Bütçesinden yapılan harcamalardır.

Tüm bu kaynakların takriben % 2'si sağlık koruyucu ve geliştirici hizmetlere, % 60'ı birinci basamak tedavi hizmetlerine (özellikle muayenehanelere ve ilaç masraflarına), % 38'i ise yataklı tedavi hizmetlerine harcanmaktadır (PW, 1990), Görüldüğü gibi, başka ülkelerle kıyaslandığında sağlığa oldukça düşük harcama yapan bir ülke olan Türkiye'de mevcut kaynaklar da koruyucu hizmetlere harcanmayarak verimsizlik yaratılmaktadır. Kaynak dağılımındaki bu verimsizliğin yanı sıra kurumlar bazında da maliyet/etkililik prensipleri doğrultusunda çalışmadığından kaynak israfı büyük boyutları bulmaktadır.

Ülke nüfusunun takriben yarısının sağlık açısından sosyal güvence altında olduğu tahmin edilmekle birlikte bu oran kesin olarak bilinmemektedir. Sosyal güvenlik kapsamında olduğu halde kendisine sağlanan hizmetleri kullanmayarak özel hizmet alan veya özel sağlık sigortası yaptıran kesimler de mevcuttur. Sosyal güvenlik kuruluşlarının üyelerine temin ettiği hizmetlerde ve prim toplama prensiplerinde uniforme yoktur. Toplanan primlerin sağlık dışında amaçlara yönelik olarak kullanılması özellikle SSK'da darboğazlar meydana getirmektedir.

Finansman ve hizmet sunumunun aynı elde toplandığı **uygulamalarda** (Sağlık Bakanlığı, SSK gibi) etkili bir kontrol ve yarışma ortadan kalkmıştır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili olarak elde bulunması gereken veri ve bilgide önemli eksiklikler vardır.

Kaynakların ülke genelinde dağılımında tutarlı bir politika yoktur. Mevcut

durumda hastane hizmetleri kamu kaynaklarından subvanse edilmektedir. Hastaneler ülkenin ban kesimlerinde yaygınlaştığı ve kentsel alanlarda bulunduğu için sübvansiyon ülkenin gelir dağılımı yapısında daha avantajlı olan kesimlerin desteklenmesi sonucunu doğurmaktadır.

İLKELER:

- * Sağlıkta eşitlik esastır.
- * Sağlık hizmetlerine yeterli kaynağın ayrılmasını sağlayacak bir sistem kurulmalıdır.
- * Kaynakların coğrafi dağılımında kişilerin sağlık hizmeti ihtiyacı ve nüfus esasma dayalı olarak kriterler konulmalı ve kaynak kullanımı desantriHze edilmelidir.
- * Kullanılan kaynakların ülkenin epidemiyolojik ve demografik özellikleri gözönünde tutularak sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere öncelikle tahsis edilmesi sağlanmalıdır.
- * Ülke nüfusunun tamamı sağlık açısından sosyal güvenceye kavuşmalıdır.
- * Kaynak yaratmada toplumun farklı gelir düzeyine sahip kesimleri arasında riskin bölüşümü **prensibinden** hareketle sosyal adalet korunmalıdır.
- * Kamu sübvansiyonu hizmetler yerine gelir dağılımı açısından dezavantajlı kişilere yöneltilmelidir.
- * Kaynak kullanımında etkililik ve verimlilik prensiplerinden hareket edilmelidir.
- * Hizmetlerin maliyetini kontrol altında tutacak, sağlık hizmetlerine olan talebi mümkün olduğunca ihtiyaç ölçüsü ile sınırlayacak bir mekanizma geliştirilmelidir.
- * Her vatandaş optimum koşulları sağlanmış hizmete kolaylıkla ulaşabilmeli bunun üzerinde olabilecek taleplerini de kendi İmkanları ile elde etme koşullarına sahip olmalıdır.
- * Kaynakların coğrafi dağılımında kriterler konularak kaynak kullanımı desantrilize edilmelidir.

STRATEJİLER:

- * Bir Genel Sağlık Sigortası sistemi kurulacaktır.
- * Genel Sağlık Sigortası sistemini kurmak için gereken bilgileri elde etmeye yönelik araştırmalar 1993 yılı içinde tamamlanacak, aynı yıl Genel Sağlık Sigortası Kanunu çıkarılacak ve ilk pilot uygulamaya geçilecektir. Sistem bütün Türkiye'ye kademeli olarak yayılacaktır. 1999 yılında bütün vatandaşları kapsayacak bir Genel Sağlık Sigortası kurulmuş olacaktır.
- * Sistemin finansmanı aktüeryel hesaplamalara dayalı olarak belirlenecek primlerden sağlanacaktır, prim Ödeme gücü olmayanların primleri genel bütçeden ödenecektir.
- * Kamu Sağlık Sigortalı arasında uniformite sağlanacaktır.
- * Hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılacaktır.
- * Toplanan sağlık primlerinin sadece sağlık hizmetlerinin finansmanı amacı için kullanılması sağlanacaktır.
- * Genel Sağlık Sigortasının işleyebilmesi için gereken enformasyon sistemi kurulacaktır. Enformasyon sistemi kurulmadan önce İhtiyaç duyulan bilgiler için araştırmalar yapılacaktır.
- * Genel Sağlık Sigortası ile ilgili oluşan fonlar bölge veya il düzeyindeki birimlere aktarılacak, hizmetlerin kişi başına (per capita) ödeme yapılarak sözleşmeler yoluyla **alınması** sağlanacaktır.
- * Hizmet alan şahıslar belirli oranlarda maliyetin karşılanmasına iştirak edeceklerdir.
- * Sigorta kuruluşu (veya kuruluşları) hizmeti daha kaliteli ve ucuz verenden alarak hizmet sunumunda yarışma ortamı yaratılacaktır.
- * Sağlık hizmeti sunanla vatandaş arasındaki para ilişkisi ortadan kalkacaktır.
- * Kaynakların **yurt** sathına dağılmasında ülkenin epidemiyolojik, demografik, sosyolojik ve ekonomik koşullarına göre bir yöntem geliştirilecek ve sağlık alanındaki farklılıklar ortadan kaldırılacaktır.

BÖLÜM - 5



SAĞLIKLI TÜRKİYE HEDEFLERİ

BEBEK ve ÇOCUK SAĞLIĞI

HEDEF - 21

2000 yılına kadar 5 yaş altı ölümler binde 50'ye, bebek ölüm **hızı** binde 30'a düşürülecektir.

SORUNUN TANIMI:

Nüfusun % 37'sini 0-14 yaş çocuklar, % 15'ini 5 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır. Çocukların sağlık düzeyleri dünyanın diğer ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye 129 ülke arasında 61. sırada yer almaktadır. 5 yaş altı ölüm oranı 1990 yılı projeksiyonuna göre binde 78, bebek ölüm hızı binde **59'dur**. 1988 araştırmasına göre BÖH kırsal alanda binde 105 iken kentlerde binde **51'dir**. Ayrıca önemli bölgelerarası farklılıklar da vardır. Türkiye'de tüm ölümlerin % 50'si 5 yaşından küçüklerde, % 34'ü ise 1 yaşından küçüklerde görülmektedir. Bu ölümlere yol açan hastalıkların hemen hepsi önlenabilir hastalıklardır. Bunların başında gebelik ve doğuma bağlı nedenler yer almakta olup bunu zatürre ve ishal izlemektedir. Bunlar malnutrisyon zemininde gelişerek bir kısır döngü oluşturmaktadırlar.

Okul çağı çocuklarında diş çürükleri, boğaz hastalıkları, barsak parazitleri, görme bozuklukları ve eleri hastalıkları en sık görülen sorunlardır.

Bütün bu **sonuçların**, nedenleri olarak anne ve babaların temel eğitim düzeyinin yetersizliği, hızlı nüfus **artışı**, ailenin ekonomik **durumu**, sağlık hizmetlerinin sunumunda eksiklikler ve koordinasyon olmaması, aile planlaması eksikliğine bağlı nedenler, akraba **evliliklerinin** yaygınlığı, okul sağlığı hizmetlerinin yetersizliği sayılabilir. Konuyla ilgili mevzuat geliştirilememiştir.

İLKELER:

- * Sağlık açısından çocuk tek başına değil ailesiyle bir bütün olarak ele alınmalı, hizmet aileyi hedef alacak şekilde geliştirilmelidir.
- * Çocuk sağlığı ile ilgili programların alt yapıyı güçlendirici olmasına çalışılmalıdır.
- * Sağlık hizmeti sunan ve finanse eden bütün kurumların **koruyucu** sağlık hizmetlerine yönelmesi için gereken düzenleme yapılmalıdır.
- * Çocuk sağlığı ile ilgili sorunlar bölgelere göre farklılıklar gösterdiğinden ye-

rinden yönetim ilkelerine dayanılmalıdır.

- * Sorunlar çözülürken öncelikli alanlardan başlanmalıdır.
- * Çocukluk çağı aşılarının Türkiye'de üretimi sağlanmalıdır.
- * Sektörler ve uluslararası işbirliğine gidilmelidir.

STRATEJİLER:

- * Sağlık mevzuatı çalışmaları çerçevesinde, çocuk sağlığı ile ilgili düzenlemeler Sağlık Kanunu'nda yer alacaktır.
- * Topluma sağlık hizmeti sunumunda "Aile Hekimliği" sistemi uygulanacaktır. Bütün vatandaşların (hangi sosyal güvenlik kumlusunun üyesi olursa olsun) bu sistemden faydalanması sağlanacaktır.
- * Sağlık Ocaklarının bölgelerindeki çocuk sağlığı politikalarını geliştirecek yeterlilikte olmaları sağlanacaktır.
- * Sektörlerarası işbirliğini daha da geliştirecek tedbirler alınacaktır.
- * Temel sağlık hizmetlerine yönelik stratejiler uygulandığında, hizmete ulaşılabilirlik ve hizmetin etkililiği artacaktır; bu kapsamda verilen hizmetin kalitesini yükseltmek için gerekli teknolojik destek sağlanacaktır.
- * Halkın sağlık eğitimi çerçevesinde çocuk sağlığı ile ilgili konular öncelikli olarak yer alacaktır.
- * Bebek ve çocuk Ölümlerinin azaltılmasında anneye bağlı nedenler, zatürre, ishal ve malnutrisyon programları öncelikle ele alınacaktır.
- * Sağlık Akademisi bünyesinde modern aşı üretim kapasitesi oluşturulacak, özel sektör de bu alanda teşvik edilecektir.
- * Aşılama takvimi ve stratejiler gözden geçirilecektir.
- * Bebek ve çocuk sağlığına yönelik enformasyon sistemi kurulacak ayrıca bu alandaki araştırmalar desteklenecektir.
- * Okul sağlığına yönelik sektörlerarası bir program geliştirilecektir.

ANNE SAĞLIĞI

HEDEF - 22

2000 yılına kadar etkili kontraseptif kullanımı % 70'e çıkarılacak, anne ölüm hızı bugünkü düzeyinden % 50 oranında azaltılacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Eldeki veri ve bilgilere dayanarak Türkiye'de anne ölüm hızının yüzbinde 134, toplam doğurganlık hızının binde 3.4, isteyerek düşüklerin her 100 canlı doğumda 35, doğum öncesi bakımın % 43, evde kendi kendine doğumun % 24, gebelikte anemi oranının % 50, etkili aile planlaması, yöntemi kullanma oranının % 38 ve kadınlarda okur-yazarlık oranının % 36 olduğu belirtilmektedir. Anne sağlığına yönelik göstergelerde kırsal/gecekondu/kent. bölgeler arası ve sosyo-ekonomik düzeyler arasında belirgin farklılık **vardır**. Aile planlaması uygulamalarında etkili yöntem kullanımı görüldüğü gibi düşük düzeylerde olup karşılanamayan ihtiyaç yüksektir. Nüfusun yaklaşık 13 milyonu doğurgan çağda kadın olup bir anlamda aile planlaması yönünden risk altındaki popülasyonu oluşturmaktadır.

İLKELER:

- * Anne sağlığının düzeltilmesine yol açacak önlemlerin ailenin sağlığını tümüyle olumlu yönde etkileyeceği bilinmelidir.
- * Anne sağlığına yönelik hizmetler entegre temel sağlık hizmetleri anlayışı ile sunulmalıdır.
- * Anne sağlığının düzeltilmesinde en önemli rolün her ailenin istediği sayıda çocuk sahibi olmasını sağlayacak etkili aile planlaması uygulamaları olduğu kavranmalıdır.
- * Kaynak kullanımında önceliklere göre hareket edilmelidir.
- * Anne sağlığının çeşitli gruplar arasında gösterdiği farklılıklar giderilmelidir.
- * Toplumda, hizmet almayı engelleyen sosyo-kültürel faktörler ortadan kaldırılmalıdır.
- * Hizmetler toplumun örf ve adetleri, dini inançları gözönünde tutularak verilmelidir.

STRATEJİLER:

- * Sağlık mevzuatında anne sağlığı ile ilgili düzenlemeler yapılacaktır.
- * Anne sağlığına yönelik bir enformasyon sistemi kurulacaktır.
- * Her gebenin mutlaka tesbiti, her trimesterde en az bir kez izlenmesi ve bunlardan en az birinin hekim tarafından yazılması sağlanacaktır.
- * Doğumların tümünün sağlıklı koşullarda (evde veya sağlık kuruluşunda) yapılması sağlanacaktır.
- * Kadın hastalıkları ve doğum bölümü olan her hastanede bir aile planlaması kliniği kurulacaktır.
- * Her sağlık evinde ikili (hap, kondom), her sağlık ocağı ve aile hekimi muayenehanesinde üçlü (hap, kondom, RİA) ve her aile planlaması kliniğinde dördü (hap, kondom, RİA, cerrahi sterilizasyon) yöntemler uygulanacaktır.
- *-Aile planlamasında erkek eğitimi, toplumun bilgilendirilmesi, topluma dayalı dağıtım postpartum ve post-abortion aile planlaması gibi özel programlar uygulanacaktır.
- * Aile planlaması eğitimi Milli Eğitim, Milli Savunma, Diyanet İşleri Başkanlığı gibi ilgili Bakanlık ve Kurumların işbirliği ile kurumsallaştırılacaktır.

YAŞLI SAĞLIĞI

HEDEF - 23

2000 yılına kadar yaşlıların sağlık sorunlarına yönelik ulusal bir strateji uygulamaya konulmuş olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Türkiye, genç bir nüfusa sahiptir. 65 yaş üzerindeki nüfus toplam nüfusun % 4.2'sidir. Ancak bu oran 2000 yılında % 5.3'e çıkacak. 2025 yılında % 10'a yaklaşacaktır. Bugün 65 yaş ve üzerinde bulunan kişilerin % 90'ının bir kronik hastalığı olup bunların % 35'inde iki, % 23'ünde üç ve % 15'inde dört veya daha fazla hastalık birarada bulunmaktadır. Yaşlanma ile hastalıkların klinik görünümleri ve tedavi protokolleri değiştiğinden konu ayrı bir uzmanlık dalı altında incelenmelidir. Ancak bu uzmanlık dalı Türkiye'de mevcut değildir. Yaşlılara sağlık hizmeti veren eğitilmiş personel sayısı çok yetersizdir, toplum da bu konuda eğitilmiş değildir.

İLKELER:

- * Yaşlıların toplumun **bir** parçası olduğu ilkesinden hareket edilmelidir.
- * Yaşlı bakımı, zorunlu haller dışında toplum ve aile içinde yapılmalı, yaşlıları toplumdan soyutlayacak uygulamalardan kaçınılmalıdır.
- * Yaşlılara yaşam aktivesi kazandırılmalıdır.
- * Toplum bireyleri bu konuda eğitilmelidir.
- * Yaşlılığın kendine özgü sorunları olduğu bilinmelidir.
- * Bu konuda kurumlararası işbirliği ve koordinasyon sağlanmalıdır.

STRATEJİLER:

- * Türkiye'de yaşlılık ve sorunlarına yönelik araştırmalar yapılacaktır.
- * Sağlık Bakanlığı bünyesinde yaşlılarla ilgili bir sağlık programı geliştirilecek ve diğer ilgili kurumlarla koordinasyon sağlanacaktır.
- * Yaşlıların öncelikle evde bakımına yönelik uygulamalar geliştirilecek, gündüz bakım merkezleri ve evde bakım ünitelerinin geliştirilmesine öncelik verilecektir.
- * Geriatriinin bir uzmanlık dalı olması sağlanacaktır.
- * Yaşlı bakımı ile ilgili insangücü nitelik ve nicelik olarak geliştirilecektir. Konuya multidisipliner bir anlayışla yaklaşılacaktır.
- * Aile hekimliği sistemi yaşlı sağlığını kapsayacak şekilde düzenlenecektir.

AGIZ-DİŞ SAĞLIĞI

HEDEF - 24

2000 yılına kadar ağız ve diş sağlığına yönelik hizmetlerin temel sağlık hizmetlerine entegre olması sağlanacak, 2005 yılına kadar 12 yaşındaki çocuklarda DMF indeksinin 2 ve daha aşağı değerlerde, 15 yaşındaki çocuklarda CPI değerinin % 90 nüfusta en az 3 bölümde 0 olduğu bir düzeye ulaşılacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Ağız-diş sağlığı problemleri ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur, ö yaş grubunda % 88 olan çürük prevalansı, 35-44 yaş grubunda % 96'yı bulmaktadır. Bu yaygınlık içinde kişi başına düşen çürük ve sonuçlarını taşıyan diş sayısı ise ortalama 2.73 ile 28.8 arasında değişmektedir. Periodontal hastalık belirtilerinin görülme yaygınlığı 10 yaşında % 50 iken ileri yaşlarda % 96'ya çıkmaktadır. Ancak şiddet açısından özellikle çocuk ve genç erişkin yaşlarında diş çürüğünde olduğu gibi geniş kapsamlı uygulamalarla kontrol edilebilecek düzeyde bulunmaktadır.

İLKELER:

- * Diş hekimleri birey ve topluma yalnızca tedavi edici hizmetler değil, bunun yanı sıra koruyucu uygulamalar sunmakla yükümlü olmalıdır.
- * Kamu kesiminin sunduğu ağız diş sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmetlerine entegre olmalıdır.
- * Belirlenmiş hedeflere ulaşmak için Öncelikli gruplar seçilerek var olan ağız diş sağlığı düzeyini artırmak üzere planlamalar yapılmalıdır.

STRATEJİLER:

- * Toplumun ağız diş sağlığı alanında değişen ihtiyaçlarını belirleyerek eğitim ve hizmet sektörleri arasındaki koordinasyonu sağlamaya yönelik bir komisyon oluşturulacak ve bu komisyonun sağlık akademisi içinde yer alması temin edilecektir.
- * Sağlık Bakanlığı örgüt yapısı içerisindeki ağız diş sağlığı ile ilgili üniteler temel sağlık hizmetlerine entegrasyonu sağlanacak şekilde yeniden organize edilecektir.

* Diş hekimliği eğitiminde ülke ihtiyaçları doğrultusunda toplum ağız diş sağlığına yönelik teorik ve pratik eğitimin daha ağırlıklı olarak yer alması sağlanacaktır.

* Diş çürüklerini önlemek amacıyla hükümetler düzeyinde alınan kararlarla uygulanan bazı sistemik flor uygulamaları ve diğer lokal uygulamalar pilot çalışmalardan başlayarak yaygınlaştırılacaktır.

* Ulusal Sağlık Akademisi İçinde halkın sağlık eğitimi ile ilgili oluşturulacak ünitenin çalışmalarının ağız diş sağlığını da kapsamı sağlanacaktır.

* Toplum bazındaki geniş kapsamlı koruyucu yöntemleri uygulamak üzere diş hekimliği yardımcı personelinin tanımı yapılarak bu personel yetiştirilecek ve birinci basamak sağlık hizmeti veren ünitelerde diş hekimi grup başkanlıkları denetiminde görevlendirilecektir.

* İlk ve orta öğretim kurumlarının ders programlarında ağız-diş sağlığının yer alması, konunun halka yönelik eğitim programlarının bir parçası olması sağlanacaktır.

BULAŞICI HASTALIKLAR

HEDEF - 25

2005 yılına kadar kızamık, çocuk felci, difteri, yenidoğan tetanozunun eradikasyonu sağlanacak, tüberküloz prevalansı binde Tin altına çekilecek, Strata I'de sıtmanın yerii intibakı kesilecek, AİDS tamamen kontrol altına alınmış olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Bulaşıcı hastalıklar önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Aşıyla korunabilen kızamık, difteri, boğmaca ve poliomylit görülme sıklığında önemli azalmalar olmasına rağmen, tetanozda bu saptanamamıştır. Tüberküloz ve sıtma sorun olmaya devam ederken paratifo, bruselloz, viral hepatit vakalarında artma gözlenmektedir. Enformasyon sistemi iyi işlemediğinden yıllık bulaşıcı hastalık vakaları konusunda belli bir izleme sistemi yoktur. Çevre sağlığı sorunlarının büyümesi, kişisel hijyen alışkanlıklarının yeterli ölçüde gelişmemiş olması tabloyu ağırlaştıran faktörlerdir. Bulaşıcı hastalıkların teşhisinde önemli rol oynayan laboratuvarların yaygın ve güvenilir bir şekilde kurulmamış olması tanıya yönelik bir engel yaratmaktadır. Uygunsuz ve yaygın antibiyotik kullanımı sonucu dirençli bakteri popülasyonu gelişmesi, yan etki ve komplikasyonların çıkmasına ve ekonomik kayıba yol açmaktadır.

İLKELER:

- * Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, iyi bir bildirim kayıt sistemine dayanmalıdır.
- * Çevre sağlığı ve toplumun hijyen alışkanlıklarının geliştirilmesi asıl önemli faktörlerdir.
- * Bulaşıcı hastalık kontrolü ile ilgili bilimsel bir yapı geliştirilmeli, araştırmalar, politika üretme ve laboratuvarlar açısından referans bir merkez kurulmalıdır.
- * Yeterli miktar ve kalitede aşı sağlanmalıdır.
- * Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, sektörlerarası bir anlayışla ele alınmalıdır.

STRATEJİLER:

- * Ulusal Sağlık Akademisi bünyesinde, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile ilgili epidemiyoloji, laboratuvar, tanı kriterleri geliştirme gibi konularda politika üretecek, ilkeler getirecek, eğitim yapacak üniteler kurulacaktır.
- * Sağlık evi, sağlık ocağı ve aile hekimlerinden başlayarak laboratuvarlar geliştirilecek, ilçe merkezlerindeki sağlık ocakları bunlara lojistik destek sağlayacak ve daha gelişmiş imkanlar ile hizmet sunacak il halk sağlığı laboratuvarlarının işler hale getirilmesi sağlanacaktır.
- * Sağlık Enformasyon Sistemi içinde bulaşıcı hastalıklarla ilgili alt birimler yer alacaktır.
- * Ulusal aşı programı tekrar gözden geçirilecek, yerli aşı üretimi daha da geliştirilecektir.
- * Bulaşıcı hastalıklarla dikey değil, entegre sağlık programları ile mücadele edilecektir.
- * Antibiyotik kullanımında yeni ilkeler getirilecek, bazı antibiyotiklerin birinci basamakta kullanılmaması sağlanacaktır.
- * Bulaşıcı hastalıklarla ilgili mevzuat yeniden düzenlenecektir,
- * Halkın genel hijyen kurallarına uyması ve uygulaması için yoğun eğitim programları düzenlenecektir.
- * Sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimleri, bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik olarak gözden geçirilecektir.

DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALIKLARI

HEDEF - 26

2005 yılına kadar 65 yaş altı grubunda dolaşım sistemi hastalıkları nedeni ile ölüm oranı en az % 15 azaltılacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Dolaşım sistemi hastalıkları hakkında eldeki verilerin yetersizliği ve mortalite istatistikleri ile ilgili rakamların gerçeği göstermediği bilinmektedir. Bununla beraber yapılan kentsel bir çalışmanın sonuçlarına göre Türkiye'de koroner kalp hastalıklarının % 35, hipertansif kalp hastalıklarının % 20, romatizmal kalp hastalıkları % 5 ve doğuştan ve akciğere bağlı kalp hastalıklarının % 3 oranında olduğu saptanmıştır. Kalp hastalıklarından korunma için geliştirilmiş bir sağlık programı olmadığı gibi birkaç çok gelişmiş kalp cerrahisi merkezi dışında sağlık kuruluşlarının dolaşım sistemi hastalıklarının tanı ve tedavisi yönünden olanakları yetersizdir.

İLKELER:

- * Dolaşım sistemi hastalıklarının önlenmesi, teşhis ve tedavisi temel sağlık hizmetleri ile entegre bir bütünlük içinde ele alınmalıdır.
- * Dolaşım sistemi hastalıkları risk faktörlerinin kontrolü sağlanmalıdır.
- * Sağlık personelinin gelişen tıp ve teknoloji paralelinde bilgilerinin taze tutulması sağlanmalıdır.

STRATEJİLER:

- * Sağlık Bakanlığında dolaşım sistemi hastalıkları ile ilgili bir program geliştirilecektir.
 - * Dolaşım sistemi hastalıkları açısından başlıca risk faktörü olan sigara içimi ve aşırı yağlı beslenmenin önlenmesi için programlar uygulanacaktır.
 - * Risklerden kaçınmak için halka gerekli egzersiz ve sportif yaşam biçimi alışkanlığı kazandıracak önlemler alınacaktır.
 - * Risk gruplarının dolaşım sistemi hastalıkları bakımından taranarak erken tanı ve tedavi ile kontrol altına alınması sağlanacaktır.
 - * Akraba evliliklerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılacaktır.
- ^{S:} 30 yaşından büyük nüfusun aile hekimlerince yılda bir kez periyodik sağlık muayenesinden geçmesi sağlanacaktır.

KANSER

HEDEF - 27

2005 yılına kadar 65 yaşın altındakiler arasında kanser nedeniyle ölüm oranı en az % 15 oranında azaltılacaktır.

SORUNUN TANIMI:

1985 yılından beri kanser ülke düzeyinde bildirimi zorunlu olmakla beraber bildirim sisteminin başarıya ulaştığı söylenemez. Yıllık bildirimi yapılan vakalar 25 bin dolayındadır. Değişik faktörler gözönüne alınarak yapılan değerlendirmelerde yıllık kanser İnsidasının yüzünde 150 olduğu varsaydırsa ülkede beklenen yıllık kanserli hasta sayısının 100 bin civarında olması gerekir. Mevcut verilerle sağlıklı yorum yapmak mümkün değildir. Beklenildiği şekilde kadınlarda meme, erkeklerde akciğer kanseri ilk sırayı almaktadır. Erkeklerde larenks kanserinin de ön sıralarda yer alması önemlidir. Erkeklerde görülen kanserlerin yarısı sigara içimiyle ilişkilidir. Lenfomaların ve mide kanserlerinin doğu bölgelerinde daha sık görüldüğü yönünde bulgular vardır. Gelişmiş ülkelerde duraklama ve düşme eğilimi gösteren akciğer kanserinin Türkiye'de artma eğilimi göstermesi, yine bu ülkelerde mortalitesi önemli ölçüde düşürülen serviks kanserinin de mortalitesinin halen yüksek olması dikkat çekicidir. Özellikle çocukluk çağı lenfomaları belirgin derecede sık görülmektedir. Türkiye'de kanserle ilgili bir erken tanı sistemi yoktur. Tedavi alanında da önemli darboğazlar vardır. Kanser tedavisine yönelik insan gücünde eksiklikler vardır.

İLKELER:

- * Öncelikle kanserin önlenmesi ve erken tanısına yönelik politikalar takip edilmelidir.
- * Erken tanıda I. basamak sağlık hizmetlerinin rolü geliştirilmelidir.
- * Kansere karşı izlenecek mücadele yöntemlerini destekleyecek ve yönlendirecek bir kayıt ve bildirim sistemi kurulmalıdır.
- * Kanser tedavisi multidisipliner bir anlayışla ele alınmalıdır.
- * Kanserle mücadele eden resmi, gönüllü, özel kurumlar arasında işbirliği sağlanmalıdır.

STRATEJİLER:

- * Kanserden primer korunma konusunda yapılabilecek en etkin uygulama olan sigara içiminin azaltılmasına yönelik önlemler öncelikle uygulanacaktır.
- * Kanserin erken tanısında sağlık ocağı ve aile hekimleri fonksiyon kazancak, kadınlara yönelik serviks taramaları gerçekleştirilecektir.
- * Ulusal Sağlık Akademisi bünyesinde kanserle ilgili bir bölüm oluşturulacaktır.
- * Kanslerle ilgili enformasyon sistemi yeniden düzenlenerek topluma ve hastaneye dayalı kayıt sistemleri kurulacaktır.
- * Tedavisinde görev alacak cerrahi, medikaî, pediatrik ve radyasyon onkoloğu ve patoloğlar ile hekim dışı personel yetersizliğini giderecek tedbirler alınacaktır.

RUH SAĞLIĞI

HEDEF - 28

2000 yılında her kademe sağlık hizmeti ve sosyal hizmetlerle bütünleşmiş bir ruh sağlığı hizmetler sistemi kurulmuş olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Genel epidemiyolojik bilgiler ve ülke nüfusu gözönüne alınarak yapılan hesaplamalara göre 500 bin dolayında ciddi düzeyde ruhsal rahatsızlığı ve özürü olanlar vardır. Bunların çoğu Türk toplumunun sosyokültürel özellikleri gereği aile içinde ve yaşadığı küçük çevrede, yeterli sağlık hizmeti almaksızın hayatlarını sürdürmektedirler. Ülkedeki ruh sağlığı hizmetleri tedavi ağırlıktadır. Birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri gelişmemiştir. İkinci basamak hizmetleri Devlet Hastaneleri psikiyatri kliniklerince verilmektedir. Bazı illerde hiç psikiyatri servisi yoktur. Bu da özel dal hastanelerinde aşırı yığılmaya neden olmaktadır. Az sayıda bulunan özel dal hastanelerinde zihinsel özürlülerin, kronik veya demanslı hastaların ve adli vakaların "bakım" ve "muhafaza" hizmetleri görüldüğünden esas ağırlık verilmesi gereken tedavi hizmetleri aksamaktadır.

İLKELER:

* Koruyucu ve tedavi edici **ruh** sağlığı hizmetleri birlikte ele alınmalı ve temel sağlık hizmetlerine entegre edilmelidir.

^{a:} Ruh sağlığına yönelik tedavi edici hizmetler genel hastanelerde de verilmelidir.

* Ruh hastaları ile ilgili bakım ve muhafaza fonksiyonları sosyal hizmetler kapsamında mütalaa edilmelidir.

* Ruh sağlığı ile ilgili sık karşılaşılan risk etkenleri incelenerek konu topluma dayalı ruh sağlığı hizmetleri çerçevesinde ele alınmalıdır.

* Ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili sağlık insangücü geliştirilmelidir.

STRATEJİLER:

- * 1995 yılına kadar toplumu hem bireyler hem de bir bütün olarak ele alan ruh sağlığı uygulama planı hazırlanmış olacaktır.
- * Birinci basamak sağlık kuruluşları ayakta tedavi, evde **rehabilitasyon** hizmetlerini verecek şekilde örgütlenecektir.
- * Psikiyatri kliniği olmayan genel hastanelerde, öncelik eğitim hastanelerine verilmek üzere, uygun psikiyatri hizmeti verecek ayrı birer klinik oluşturulacaktır.
- * Özel dal hastaneleri bakım ve muhafaza yükünden kurtarılarak tedavi hizmetlerine yönelecek, kademeli olarak ruh hastalıkları hastanelerine eğitim ve araştırma işlerini de görececek nitelik kazandırılacaktır.
- * "Bakım" ve "**muhafaza**" hizmetleri konusunda sosyal hizmet kurumlarının ve ilgili Bakanlıkların devreye girmesi sağlanacaktır.
- * Ülkede sık rastlanan beslenme yetersizlikleri, doğum ve erken çocukluk dönemine ait travmalar, akraba evlilikleri, göçler, doğal afetler, ekonomik güçlükler gibi risk faktörlerinin incelenmesi sağlanacak, bunlara göre aksiyon planları geliştirilecektir,
- * öncelikle büyük şehirlerde olmak üzere halkın kolayca ulaşabileceği "Kriz Müdahale Merkezleri" kurulacaktır.
- * Sosyal psikiyatri konularına eğitimin her aşamasında ve her disiplinde yer verilecektir.

KAZALAR

HEDEF - 29

2005 yılına kadar trafik, ev ve iş kazalarından kaynaklanan ölümler % 25 oranında azaltılacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Türkiye'de kazaların % 40'ını trafik kazaları, % 20'sini iş kazaları. % 25'ini ev kazaları, % 15'ini de ateşli silahlarla yaralanmalar, tarım ve spor kazaları oluşturmaktadır. 1991 yılında 141546 trafik kazası olmuş, 90244 kişi yaralanmış ve 8830 kişi hayatını kaybetmiştir. Trafik kazalarının % 97'sinde insan sorumlu veya suçludur. Uluslararası birim olan 10 milyon taşıt kilometreye göre yaralanma ve ölüm Avrupa ülkelerindekinden 6-15 kat daha fazladır.

1990 yılında Türkiye'de 3446502 sigortalı işçi vardır. Toplam 155857 iş kazası olmuş (işçilerin % 4,5'i). 3224 devamlı malûl (% 0.93.) ve 1565 ölüm (% 0.04) meydana gelmiştir. Nüfusu Türkiye kadar olup sigortalı sayısı 7-8 kat fazla olan İngiltere'de İş kazalarının sayısı Türkiye'dekinden fazla olmasına rağmen ölümler Türkiye'dekinden yarısından azdır.

Diğer kazalar incelendiğinde, hastaneye yatırılan 49416'sının düşme (1078'i ölmüştür), 8246'sının yangın (349'u ölmüştür), 280181'inin ilaç, uyuşturucu, gaz ve bütanla zehirlenme (202'si ölmüştür), 717'sinde boğulma ve batma (16'sı ölmüştür), 136'sının ateşli silahla yaralanma (130'si ölmüştür) olduğu görülmektedir.

İLKELER:

- * Bütün kazaları azaltıcı hukuki, teknik, organizasyonel ve eğitimle ilgili önlemler alınmalıdır.
- * Kazalardan kaynaklanan ölümleri azaltabilmek için ilk yardım ve acil yardım ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.
- * Gerek kazaları, gerek kazalardan kaynaklanan ölümleri azaltabilmek için öncelik verilecek en önemli konu eğitimidir.
- * Sektörlerarası işbirliği mutlaka sağlanmalıdır.

STRATEJİLER:

- * Sürücü adaylarının sağlık durumlarının daha iyi tesbit edilmesi sağlanacaktır. Sakatların sürücülük koşulları yeniden gözden geçirilecektir.
- * Bir geçiş dönemi ile birlikte ağır vasıta sürücülerinin en az lise mezunu olma zorunluluğu getirilecektir.
- * Emniyet kemerlerinin arka koltukta oturanlar ve taksi sürücülerince de kullanılma zorunluluğu getirilecektir.
- * Örgün eğitim ve kitle iletişim araçları ile yoğun programlar düzenlenecektir.
- * Demir ve denizyolu taşımacılığı geliştirilecektir.
- * Trafikten sorumlu birimin daha güçlü bir şekilde örgütlenmesi sağlanacaktır.
- * İş kazalarını önlemeye yönelik iş yerlerinde gerekli önlemler alınacaktır.
- * Ev kazalarını özellikle düşmeleri engellemeye yönelik olarak yapıya ait standartlar belirlenecek ve yapı yönetmeliklerine alınacaktır.
- * Halka ve özel gruplara (sürücüler, öğrenciler v.b.) yönelik ilk yardım kursları düzenlenecektir.
- * Acil hizmetlerle ilgili bir ana plan hazırlanacaktır.

SAĞLIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ FARKLILIKLARIN AZALTILMASI

HEDEF - 30

2000 yılında bu bölgeler alt **yapı** açısından ülkenin diğer bölgeleri ile eşit düzeye gelmiş olacak, 2005 yılında bölgenin sağlık göstergeleri açısından dezavantajlı durumu % 75 oranında azaltılmış olacaktır.

SORUNUN TANIMI:

Türkiye'de sağlık düzeyleri açısından coğrafi bölgeler arasında farklılıklar vardır. Sağlık alanındaki bu farklılıklar bölgenin sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıklarının bir sonucudur. Ülkenin Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri bu farklılıkların en bariz şekilde görüldüğü yörelerdir. Bebek ve anne ölümleri, bazı hastalıkların sıklığı gibi göstergelere, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık kuruluşlarının fiziki yapıları, sağlık personelinin dağılımı gibi hizmetlerle ilgili verilere bakıldığında önemli farklılıklar görülmektedir. Bu bölgelerdeki iller kalkınmada birinci derecede öncelikli iller olarak belirlenmiş ve gelişmelerine yönelik olarak çeşitli politikalar uygulanmıştır. Bölgede gerçekleştirilen Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP) sulama ve enerji yönünden büyük potansiyele sahip, bunların yanında bölge coğrafyasını, ekolojik ve sosyal dengesini değiştirecek, bölge ve ülke kalkınmasını amaçlayan dev bir projedir. Projenin sağlık açısından getirecekleri yanında muhtemel olumsuz etkileri de olacaktır.

İLKELER:

- * Kaynak dağılımında Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerine öncelik **verilmelidir.** "
- * Sağlık personelinin bu bölgelerde kendi arzulan ile çalışmasını sağlayacak önlemler alınmalıdır.
- * Bölgelerin kendi koşullarına yönelik stratejiler geliştirilmelidir.
- * Güneydoğu Anadolu **Projesi'nin** olumsuz sağlık etkilerine yönelik önlemler alınmalıdır.

STRATEJİLER:

* Bütün Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerini kapsayacak bir sağlık projesi geliştirilecektir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Sağlık Projesi en geç 1993 yılı içinde hazırlanacak ve finansmanı sağlanacak, 1994 yılında uygulamaya konarak 1999 yılında bitirilecektir.

* Bu proje kapsamında olmak üzere;

- Bölgenin fiziki **sağlık** alt yapısı
- Tıbbi cihaz ve malzeme
- Taşıt aracı
- Sağlık personeli ihtiyacı karşılanacaktır.
- Kuvvetli bir birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri sistemi kurulacaktır.
- Bölgedeki bütün sağlık insangücü hizmetiçi eğitimden geçirilecektir.
- Bölgede güçlü III. Basamak hizmet verecek bölge hastaneleri kurulacaktır.
- Bölgede özel sağlık programları geliştirilecektir.

* GAP sulama projeleri ile birlikte ortaya çıkabilecek paraziter ve tropikal hastalıklarla mücadele için bir merkez kurulacak ve programlar geliştirilecektir.

SONUÇ

Bu doküman Türkiye'de bireylerin ve toplumun sağlıklı olmalarına yönelik sektörlerarası ve uzun vadeli bir politikanın uygulamaya konmasını sağlayacaktır. Her iki yılda bir Mart ayının son haftasında toplanması sağlanacak olan " Ulusal Sağlık Kongreleri"nde her bir hedef ayrı ayrı ele alınarak nereye gelindiği gözden geçirilecek, neler yapılması gerektiği konusunda da Hükûmete görüş bildirilecektir. Bu çalışmaların sekreteryâ hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecek. Ulusal Sağlık Politikası ile ilgili ilerleme raporları diğer kurum ve kuruluşlardan istenerek Kongre öncesinde katılımcılara ulaştırılacaktır. Böylece politika, katılımcı ve aktif bir anlayışla takip edilecektir.

I. ULUSAL SAĞLIK KONGRESİ KATILIMCI LİSTESİ

DOÇ. DR. NURETTİN ABACIOĞLU
Gazi Üniv. Farmakoloji ABD

DR. HADUN **ABDULLAH**
TÜBİTAK-AEAGE

AHMET ACAR
Tarım ve Köyışleri Bakanlığı

DR. SAVAŞ AĞAOĞLU
Trafik Hastanesi Başhekimi

DOÇ. DR. MELTEM AĞZİTEMİZ
İzmir Sağlık Müdür Yrd.

ERGİN AK
Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü

PROF. DR. ERDAL AKALIN
H.Ü. Tıp Fakültesi

KEMALETİN AKALIN
Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü

PROF. DR. TURHAN **AKBULUT**
Emekli Öğretim Üyesi

PROF. DR. ALAADDİN AKCASU
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

DR. AKİF AKÇA
Türkiye Özel Sağlık Kuruluşları Birliği Derneği

DOÇ. DR. NURAN **AKDEMİR**
Hacettepe Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu

DOÇ. DR. RECEP **AKDUR**
A. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD

LEVENT AKIN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak.

PROF. DR. TURGUT AKINTÜRK
Yüksek Öğretim Kurulu

DR. KORKUT **AKOĞUZ**

SEÇİL AKSAYAN
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

SERDAR AKÜNAL
Sağlık Bakanlığı, Danışman

DR. NEJAT AKYOL
Samsun R.S.H. Hastanesi Başhekimi

ECZ. ORGÜL ALANYA
Türk Eczacılar Birliği

LALE ALGIER
Hacettepe Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu

TURAN ALKAN
Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü

SEMA ALPAN
DPT

DOÇ. DR. MEHMET AITINOK
Onkoloji Hastanesi

PROK. DR. GAZANFER AKSAKOĞLU
Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

PROF. DR. BAHATTİN AKŞİT
ODTÜ Rektörlüğü

PROF. DR. ZİYA AKTAŞ
ODTÜ Bilgisayar Mühendisliği Bölümü

DOÇ. DR. SERDAR AKTAR
Ankara Üniv. Radyoloji ABD Başkanlığı

ALİ EKBER AKYOL
Ankara Şoförler Odası

PROF. DR. CANDAN ALGÜN
H.Ü. Tıp Fak. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
Yüksekokulu

DR. KAZIM ARAL
Zekai Tahir Burak Doğumevi

İBRAHİM ARISOY
Niğde Milletvekili TBMM Sağlık İşleri Komisyonu Üyesi

PROF. DR. ERİŞ ASİL
Ankara Üniv. Eczacılık Fak. Dekanı

DOC. DR. ÖZEN AŞUT
Türk Tabipler Birliği

DR. MUSTAFA ŞE\TJ ATAÇ
Marmara A.Ş.

DOÇ. DR. MELİHA ATALAY
C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu

DOÇ. DR. OKAN ATAV
Gazi Üniv. Eczacılık Fak.

ŞEBNEM ATEŞ
Esam Üyesi Günaydın Gazetesi

H. BEHÇET ATLI
Genel Sağlık İş Sendikası

BİLAL AYDOS
Sağlık Bakanlığı

DOÇ. DR. REMZİ AYGÜN
Gazi Üniv. Halk Sağlığı ABD

PROF. DR. İS\LAİL HAKKI AYHAN
A.Ü. Tıp Fak. Farmakoloji ABD

UĞUR AYTAÇ
S.B. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Gn. Md.

PROF. DR. HAMDİ AYTEKİN
Uludağ Üniv. Tıp Fak. Başhekimi

DR. ŞEVKAT BAHAR
H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

DR. ENİS BALKAN

Türkiye Aile Planlaması Vakfı

PROF. NAMIK KEMAL BARAN

Gazi Üniv. Tıp Fak. Gazi Hastanesi

LZM. MURAT BARDAK

Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama Koordinasyon Kurulu Bask.

DR. MUSTAFA BAŞDURAK

TSE

GÜNSEL BAŞER

H.Ü. Hemşire Yüksekokulu

PROF. DR. SEMİH BAŞKAN

Ankara Üniv. Tıp Fak. Dekanı

DR. KONURALP BAŞOL

Bursa Konur Hastanesi

BANU BAYAR

Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı

DOÇ. DR. NİHAT BAYKAN

H.Ü. Sağlık idaresi Yüksek Okulu

DR. SELMA BAYRI

T.C. Karayolları Genel Müdürlüğü

PROF. DR. AYŞE BAYSAL

H.Ü. Sağ.

DOÇ. DR. SİNAN BEKSAÇ

H.Ü. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD

MEHMET BERK

İSGÜM

PROF. DR. UFUK BEYAZOVA

Gazi Üniv. Tıp Fak. Gazi Hastanesi

BASRİ BEYAZ

GAP Daire Başkanlığı

DOÇ. DR. MANSUR BEYAZYÜREK

AMATEM Başkanlığı

DR. SEVGİN BİÇER

Devlet Demiryolları Hastanesi

DIŞHEKİMİ YILMAZ BİLGİN

Türk Dişhekimleri Birliği Başkanı

ÖMER BİLGİN

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Genel Müdürü

PROF. DR. NAZMİ BİLİR

Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı

PROF. DR. MÜNEVER BERTAN

H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

DR. ALİ İLHAM BİLGE

Sosyal Sigortalar Kurumu

BETÜL BİLTİFKİN

Ankara Eczacılar Odası

SENCER BİNAL

Türk Dişhekimleri Birliği

SEMA BİNGÖL

Milliyet Gazetesi

PROF. DR. LEMAN BİROL

Hacettepe Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu

SELÇUK BODRURLU

Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığı

PROF. DR. İİAMİT BOSTANCI

A.Ü. Dış Hekimliği Fak.

YRD. DOÇ. DR. NAFİZ BOZDEMİR

Çukurova Üniv. Halk Sağlığı ABD

PROF. DR. ATILA BOZKURT

Türk Tabipler Birliği

NECLA BOZKURT

Sağlık Bakanlığı APK Kurulu Başkanlığı

DR. DERMAN BOZTOK

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü

CZM. FCZ. TEZEL BURAT

S.B. Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Başkanlığı

ZİR. MÜH. GÜLSEN CANTÜREKLİ

CENGİZ CELAYİR

Türk İlaç Sanayi Derneği

HAYDAR CEYLAN

Özel Gültepe Sağlık İşletmeleri Ltd.Şti.

DR. ESER CİLASUN

Türk Dişhekimleri Birliği

DR. GÜRCAN CİVANER

Mardin Sağlık Müdürü

ZEYNEP GONK

Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu

GÜLEİDAN COŞAR

S.B. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Gn.Md.

DR. NAMIK KEMAL COŞKUN

Sağlık Bakanlığı Personel Genel Md.

DR. NABİ COŞKUN

Muğla Sağlık Müdürü

DOÇ. DR. BÜLENT COŞKUN

İnönü Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD öğr. üy.

PROF. DR. KRİTON CURI

B.Ü. Müh. Fak. Katıatık Milli Komitesi Bşk.

PROF. DR. NECLA ÇEVİK

Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ABD

NURİ CAĞIŞ

Veteriner Hekimler Birliği

SARE ÇAKIR

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hiz. Gn. Md.

DR. NİYAZI ÇAKMAK

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü

PROF. DR. LÜFÜ ÇAKMAKÇI

DR. ZEKİ ÇAKMAKÇI

Özel Trabzon Karadeniz Hastanesi

FATMA İTİR ÇAĞLAYANGİL

Türkiye İlaç Sanayi Derneği

GÜNEY ÇAKINER

Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama Koordinasyon Kurulu

CEM ÇAKIROĞLU

Çevre Mühendisleri Derneği

DR. MECİT ÇALIŞKAN

Türkiye Kamu Çalışanları V.

GÜNGÖR ÇAMLIYURT

İller Bankası Genel Müdürlüğü

DOÇ. DR. CİHAT ÇEKİÇ

İİ.Ü. Dişhekimliği Fak. Protetik Diş Ted. ABD ögr. üyesi

YUSUF ÇELİK

Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası

METİN ÇELİK

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

PROF. DR. ENVER TALİ ÇETİN

İstanbul Üniv. Çapa Tıp Fak. Mikrobiyoloji ABD Başkanı

BÜLENT ÇETİNER

Serbest Mimar

DR. ŞİTASİ ÇİÇ

Adana Tabip Odası

NESRİN ÇİLINGİROĞLU

H.Ü. Halk Sağlığı ABD

DR. BİROLÇİNUÇEV

İzmir Diş Hastanesi Başhekimi

PROF. DR. MİTHAT ÇORUH

Bilkent Üniversitesi Rektörü

DR. ECZ. AKIN ÇUBUKÇU

Ankara Eczacılar Odası Başkanı

SABRİ ÇUHADAR

Ziraat Odaları Birliği

AYDIN ÇULFAZ

DPT

DOÇ. DR. ELİF DAĞLI

Marmara Üniv. Çocuk Hastalıkları ABD

PROF. DR. NECATİ DEDEOĞLU

Antalya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD Öğr. üyesi

PROF. DR. SAMİMİ DEMİRALP

Ankara Üniv. Diş Hekimliği Fak. Ağız Diş Çene Hast. Cer. Bask.

PROF. DR. ERGUN DEMİRALP

GATA Kardiyoloji ABD

DR. HÜSEYİN DHMİRDİZEN

Türk Tabipler Birliği

HAKKI DEMİRTAŞ

Sağlık Kaynak Suyu İşi.

NAZİF DEMİRÖZ

İçişleri Bakanlığı

DR. TURGUT DENİZEL

UNFPA Türkiye Temsilciliği

PROF. DR. AYŞE AKIN DERVİŞOĞLU

İİ.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

SABAHATTİN DERTLİ

TÜRK-İŞ

DR. FİLİZ BENGÜ DİLEK

ODTÜ

ŞEVKİ DİNÇAL

İçişleri Bakanlığı

DOÇ. DR. TEVHİK DİNÇER

H.Ü. Sağlık idaresi Yüksekokulu

PROF. DR. RAHMİ DİRİCAN

Uludağ Üniv. Tıp Fak. Toplum Hekimliği ögr.üyesi

GÜLER DİZDAR

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı

DR. İLHAN DOĞAN

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu

FİLİZ DOĞANAY

DPT

DR. SABRİ DOKUZOĞLU

Türk Tabipler Birliği

PROF. DR. HALİS DÖRTLEMEZ

Gazi Üniv. Tıp Fak. Kardiyoloji ABD Bşk.

PROF. DR. SUNA DURU

H.Ü. Eczacılık Fak.

PROF. DR. RIDVAN EGE

Emekli Öğretim üyesi

PROF. DR. AYTEN EGEMEN

H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

SEVGİ EKE

GAP Daire Başkanı

UZM. DR. LEVENT EKFR

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

M. FATİH EKİNCİ

Maliye ve Gümrük Bakanlığı

FİLİZ ELGEZDİ

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

HÜSEYİN ELMACI

Türk Dışhekimleri Birliği

FERHAT EMİL

Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı

HASAN ENEY

BAĞ-KUR Genel Müdürlüğü

DOÇ. DR. GÜNAY ENGİN

T. Hastane Müt. Dr.

TOKAN ENGİN

Çevre Sağlığı Mühendislik ve Müşavirlik Şirketi

ŞENNUR ERDOĞAN

Anadolu Ajansı

DR. ŞEN ERDURAN

Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire **Başkandığı**

PROF. DR. ESAT ERENOĞLU

Anadolu Üniv. Tıp Fak.

TEVFİK ERTÜZÜN

DYP Genel İdare Kurulu Üyesi

PROF. DR. RENGİN ERDAL

19 Mayıs Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

PROF. DR. İNCİ EREFE

Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü

DOÇ. DR. NEZAT EREN

Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

CEMİL ERGENE

Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı

PROF. DR. DOĞU ERGİL

Ankara Üniv. Siyasal Bilgiler Fak.

PROF. DR. GÜROL ERGİN

Ziraat Mühendisleri Odası

PROF. DR. SEVİN FRGİN

Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

DR. TULİN ERGİNAY

Ruh Sağlığı Dispanseri

YRD. DOÇ. DR. BANU ERGÖÇMEN

H.Ü. Nüfus Elüdları Enstitüsü

DİŞHEKİMİ FARUK ERİŞEV

Türk Dışhekimleri Birliği Temsilcisi

İzmir Dışhekimleri Odası Genel Sekreteri

DOÇ. DR. KORKUT ERSOY

H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksekokulu

VEDAT ERTÜRK

Emekli Sandığı

PROF. DR. ALİ ESİN

ODTÜ öğretim üyesi

HASAN ESKİL

Özel Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği

NECATİ EŞSİZ

DPT Müsteşarlığı

PROF. DR. MUZAFFER M. EVİRGİN

Hacettepe Üniv. Çevre Uygulama ve Araşt. Merk. Müdürü

ALİ EVRANOSOĞLU

Sağlık Bakanlığı Müfettişi

BERRİN EYLEN

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Gn. Md.

DOÇ. DR. CANER FİDANER

Türk Tabipler Birliği

DOÇ. DR. GÜRHAN FİŞEK

Türk Tabipler Birliği

DOÇ. DR. HULKİ FORTA

Şişli Eftal Hastanesi Nöroloji Klinik Şefi

DR. JOHN FOWLER

9 Eylül Üniv. Tıp Fakültesi

DOÇ. DR. OYA GÖKMFN

Zekai Tahir Budak Doğumevi Başhekimisi

DR. SÜLEYMAN GÖRFELİOĞLU

Aile Hekimleri Derneği

ÇETİNGÖKSU

ODTÜ Şehircilik Bölümü

RİFAT GÖKSU

Çevre Mühendisliği Derneği

DR. UĞUR GÖNÜL

İlaik Sağlığı Uzmanı

BİLGİN GÖZÜM

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Gn.Md.

PROF. DR. ÖZDFMİR GÜLESEN

Uludağ Üniv. Tıp Fak.Halk Sağlığı ABD Bşk.

KORAY GÜNERİ

İlter Bankası

SELÇUK GÜNDAY

İstanbul Büyükşehir Belediye Başkanlığı Sağlık İşleri Müdürü

DOÇ. DR. ENİS GÜNEY

Sağlık Bakanlığı Ted. Hizmetleri Gn.Md. Ağız-Diş

Sağ.Dai.Bşklığı

SEVAL GÜLSEN

Sanayi Bakanlığı

DR. BARKIN GÜRCAN

Türk Tabipler Birliği

R. FERZAN GÜRPINAR

Sağlık Bakanlığı Araştırma **Planlama** Koordinasyon Kurulu

PROF. DR. HİLMİ GÜRSES

A.Ü. Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları ABD

PROF. DR. GÜLER GÜRSU

Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Plastik ve Rekonstiktif Cer. ABD

DR. ERTAN GÜVEN

Numune Hastanesi 5. Cerrahi Şefi

İBRAHİM GÜVEN

Türk Eczacılar Birliği

HARİKA GÜZEL

Bilkent Üniversitesi

DIYETİSYEN AYSEL GÜZEY

Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü

DR. ATILLA HANCIOĞLU

H.Ü. Nüfus Elüderi Enstitüsü

PROF. DR. SENİHA HASİPEK

YÜKSEL HAYIRLIOĞLU

Türk Kadını Güçlendirme Vakfı

DOÇ. DR. OSMAN HAYRAN

Marmara Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı ABİ")

DİLEK HAZNEDAROĞLU

Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü

PROF. DR. ATILLA HINCAL

H.Ü. Eczacılık Fak. Dekanı

KEMAL HOŞGEÇİN

Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genci Md.

İ.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

Tıpta Bilgisayar Uyg. B.D.

MÜBERRA İBİLİ

Sağlık Bakanlığı GNSEE

PROF. DR. FİKRİ İÇLİ

Ankara Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

PROF. DR. ZİYA İDER

ODTÜ Biyomedikal Bölümü

NERMEN İDİKAT

Bayındırlık ve iskan Bakanlığı Mimari Proje Dairesi Başkanlığı

GÜNDÜZ İMŞİR

Cumhuriyet Gazetesi

NURDAN İNAN

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Gn. Md.

DR. AHMET FEVZİ İNCFÖZ

Tokat Milletvekili

FEVZİ İŞBİLİR

Çevre Bakanlığı

DR. MELİH KENAL İŞYAPAR

PROF. DR. ENVER İZGÜ

A.Ü. Eczacılık Fak.

PROF. DR. ERDAL İŞİK

Gazi Üniv. Tıp Fak. Gazi Hastanesi

DR. GÜLAY İŞİK

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

PROF. DR. GÜLER KANRA

H.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ABD Öğr. Üy.

PROF. DR. HİLMİ KANSU

H.Ü. Dişhekimliği Fak. Oral Diagnoz ve Rad. Bil. Öğr. Üy.

PROF. DR. EMİN KANSU

Hacettepe Üniv. Tıp Fak.

PROF. DR. İLKER KANZİK

Gazi t'ni. Eczacılık Fakültesi Dekan Yrd.

NURAY KAPLAN

İlaç ve kimya Endüstrisi İşverenleri Sendikası

PROF. DR. LEVENT KARACA

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı

HAVA KARACA

Biyologlar Derneği

ABDULLAH KARACIK

Halk Yaşam Sigorta

DR. ZEKİ KARAGÜLLE

Türk Tabipler Birliği

PROF. DR. ALİ ESAT KARAKAYA

Gazi Üniv. Toksikoloji Bölümü

ELVER KARAMANOĞLU

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Kadın Doğum ABD Ebesi

PROF. DR. DOĞAN KARAN

Emekli Öğretim Üyesi

DOĞAN KARSLI

Sosyal Hizmetler Uzmanları Derneği

DR. ÖZDEN KAVAKLIOĞLU

Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı

KENAN KAYA

Sağlık İdareciler Derneği

DR. MEHMET KAYA

Balıkesir Tabip Odası Başkanı

PROF. DR. OĞUZ KAYAALP

H.Ü. Tıp Fak. Farmakoloji ABD

PROF. DR. MUAMMER KAYAHAN

Ankara Üniv. Ziraat Fakültesi Öğretim Üyesi

HÜLYA KAYIHAN

Türkiye Fizyoterapistler Derneği

YRD. DOÇ. DR. RATİP KAZANCIGİL

Trakya Üniv. Tıp Fak.

CAN KAYNAR

DATA SEL

ESRA KAZANCIBAŞI

ESAM Üyesi

ADEM KESKİN

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği

DİYETİSYEN SEVİM KILIÇBAY

DR. ORHAN İZZET KILIÇBEYLİ

DOÇ.DR. DURSUN KIRBAŞ

Şişü Eftal Hastanesi Nöroloji KL Şef. Yrd.
İstanbul Tab. Odası YKÜ

AYHAN KIZILATEŞ

Çevre Mühendisleri Derneği

DR. EMEL KİBAROĞLU

Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanı

PROF.DR.HÜKNÜKİŞNİŞCİ

H.Ü. Kadın ve Doğum Hastalıkları ABD

PROF.DR. BIKE AKSU KOCAOĞLU

DOÇ.DR. GÜNAY KOCASOY

Boğaziçi Ünİv.

SEVİM KOÇ

Sağlık Bakanlığı Sağl. Eğit. Gen. Md.

PROF.DR.GÜLÜMSERKOÇAK

Türk Diş Hekimleri Birliği

DOÇ.DR. FERİT KOÇOĞLU

Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

MAHMUT KONUK

Tüm Sağlık Sendikası Temsilcisi

DR. SEMRA KORAL

Türkiye Aile Planlaması Derneği

PROF.DR. MÜRŞİT KORYAK

Haydarpaşa Göğüs Cerrahisi Hastanesi Merkezi

DR. ÖZ KORYÜREK

SSK Genel Müdürlüğü

DOÇ.DR. GÜLDEN KOKSAL

Hacattepe Üniv. Çocuk Hastanesi

PROF.DR. ORHAN KOKSAL

Emekli Öğretim Üyesi

SEMİH KOKSAL

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı

RIZA KÖKSOY

Sağlık Bakanlığı Eski Müsteşar Yardımcısı

DR. LÜTFİ KÖSEOĞLU

Halk Sandığı

PROF.DR. HAYRETTİN KÖYMEN

Bilkent Üniv. Öğretim Üyesi

SERAP KULELİ

DSİ Genel Müdürlüğü

PROF.DR. EREN KUM

H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu

ZİYAD KURT

Başbakanlık Bilgi İşlem Başkanlığı

PROF.DR. İNCİ KUŞÇU

İ.Ü. Eczacılık Fakültesi

REMZİ KUTOĞLU

Türk Eczacılar Birliği

PROF.DR. YAHYA LALELİ

Düzen Laboratuvarları

DR. İSMAİL MERT

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı

ÜLKÜ MERTER

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı

HASAN METİN

Veteriner Hekimleri Birliği

DR. RIFAT MUTLU

Marmara Sağlık Hizmetleri A.Ş.

PROF. KAMİL MUTLUEK

YÖK

AHMET MÜDERRİSOĞLU

Sağlık Bakanlığı

ALİ MÜDERRİSOĞLU

İlaç İşveren Sendikası

LALEZAR MÜRŞİTPINAR

T.H.D. Genel Başkanı

DR. İSMET NARDAL

Manisa Sağlık Müdürü

DR. DOĞU NEBİOĞLU

Ankara Üniversitesi Eczacılık Fak.

DR. ZEKİ NECİPOĞLU

Çevre Bakanlığı

ZEYNEP NEFES

Sosyal Hizmetler Uzmanları Derneği

MUAMMER NİKSARLI

KENT-KOOP

PROF.DR. OLCAY NEYZİ

İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü

AZMİ OFLUOĞLU

Vatan Hastanesi

DR. HASAN OĞAN

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Müdürlüğü

DOÇ.DR. SEVGİ OKTAY

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

PROF.DR. İNCİ OKTAY

İ.Ü. Diş Hekimliği Fak. Toplum Ağız Diş Sağlığı Birimi

DOĞAN OMURTAY

Ankara Büyükşehir Belediye Başkanlığı

DOÇ.NURSEL ONAT

Mimar Sinan Üniv. Mimarlık Fak.

İHSAN ONRAT

Bayındırlık ve İskan Bakanlığı Mimar Proje Dairesi Başkanlığı

DİŞHEKİM MUSTAFA ORAL

T.D.B. İzmir **Dişhekimleri** Odası Başkanı

PROF.DR. SEVİNÇ ORAL

H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

DR. MAHMUT ORTAKAYA

Diyarbakır Tabipler Odası

ENVER OYMAK

Türk Standartları Enstitüsü **Başkanlığı**

PROF.DR. DİNÇER ÖĞÜN

Onkoloji Hastanesi

DR. SELİM ÖLÇER

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Başkanı

AHMET ÖLMEZ

Refik Saydam **Hrfzssihha** Merkezi Başkanlığı

DR. BEHİRE ÖNCÜER

UNICEF

SELVAN ÖREN

T.H.D. Yönetim Kurulu Üyesi

NURHAYAT ÖRÜNDÜ

Turizm Bakanlığı

DR. H.HAYAT ÖZ

Antalya Sağlık Müdürü

DR. SEMİH ÖZALP

Manisa R.S.H. Hastanesi Başhekim

PROF.DR. İMRAN ÖZALP

ECZ. AKIN ÖZBAŞ

Türk Eczacılar Birliği

ABDÜLKADİR ÖZBİLEN

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu

DR. CİHANGİR ÖZCAN

Devlet Demiryolları Hastanesi Başhekim

PROF.DR. NURETTİN ÖZCAN

GATA

DOÇ.DR. M. AKİP ÖZDEMİR

Erciyeş. Üniv. Tıp **Fakültesi**

DR. ŞENAY ÖZDEMİR

Sağlık **Bakanlığı** Tedavi Hizmetleri Genel Md.

DR. KÜRŞAD ÖZDEMİR

Niğde Sağlık Müdürü

ŞÜKRÜ ÖZEN

TODAİE

YÜCEL ÖZEL

DİSK

AYŞE ÖZNUR ÖZER

H.Ü. Uygulama ve Anırtırma Merkezi

PROF.DR. HARUN ÖZER

Yıldız Üniv. Mimarlık Fak.

DR. ORHAN ÖZKAN

Türk Dişhekimleri Birliği

DR. S.HALUK ÖZSARI

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Müdür Koordinatörlüğü

PROF.DR. ZAFER ÖZTEK

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

DR. FAHRETTİN ÖZTEKİN

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu

ENGİN ÖZTÜRK

HASVAK

PROF.DR. ORHAN ÖZTÜRK

Hacettepe **Üniv.** Psikiyatri ABD

PROF.DR. ALPARSLAN ÖZYAZICI

Türk Yeşilay Cemiyeti

SAKİR ÖZYURT

Biyologlar Derneği

DR. NURVERDİ PAKTİN

Milli Savunma Bakanlığı

NEVİN PAMUKÇU

Çevre Bakanlığı

ŞÜKRÜ PAMUKÇU

Psikolog Ruh Sağlığı Dispanseri

PROF.DR. HİKMET PEKCAN

H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

DOÇ.DR. ÇAYUAN PEKTEKİN

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

DR. SEMA PİŞKİNSÜT

Aydın Devlet Hastanesi Başhekim

DR. BİRGÜL PİYAL

Türk Tabipler Odası Başkanı

DOÇ.DR. NURGÜN PLATİN

Hacettepe Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu

HİLMİ ZİYA POSTACI

Türk Eczacılar Birliği

PROF.DR. ŞEVKET RUACAN

Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Dekanı

SAĞLIK EĞİT. ZELİHA SAAT

UNICEF

AKİF SAATÇIOĞLU

UNICEF

DR. HANDAN UYSAL SABİR

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Enstitüsü Müdürlüğü

PROF.DR. HİLMİ SABUNCU

DOÇ.DR. FERİDE **SAÇAKLIOĞLU**
Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

PROF.DR. AHMET SALTİK
Trakya Üniv. Tıp Fakültesi

ERGİN SARAL
Yaşar Hastanesi

DOÇ.DR. FAİK **SARIALIOĞLU**
Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Pediatri Onkoloji

DR. B.SERDAR SAVAŞ
Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Vekili

FÜSUN SAYEK
Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Gn.Md.Yrd.

PROF.DR. İSKENDER SAYEK
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD

PROF.DR. IŞIK SAYIL
Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD

OLCAY SELES
Ankara Ecza Odası

CLAUDIO SEPULVEDA
UNICEF

BERRAK SEREN
Türkiye Mimar Mühendis **Odaları** Birliği

YRD.DOÇ.DR. ÜMİT SEViÇ
Hemşireler Derneği

CENGİZ SEZER
BAĞ-KUR Genci Müdürlüğü

DR. HALDUN SİRER
ŞİŞE-CAM A.Ş. İş ve Meslek **Hastalıkları** Müşaviri

BETÜL FAHİKA SÖNMEZ
Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel
Müdürlüğü

FİKRETSÖNMEZ
Diyanet İşleri Başkanlığı

KADİR SÖNMEZ
S.B. Ted. Hizm. Genel Müdürlüğü

DR. TURAN SÖNMEZER
Turizm Bakanlığı

AYHAN SUCAK
Sağlık Bakanlığı Refik Saydam **Hıfeissihha** Ens.
Başkanlığı

RABİA SUCU
Sağlık Bakanlığı

PROF.DR. SADİR SÜMBÜLOĞLU
H.Ü. Tıp Fakültesi Biyoistatistik ABD

TAHİR SÜMER
Ankara Büyükşehir Belediye Başkanlığı

ZİR. MÜH. CELAL SÜRMELİ

DR. MUSTAFA SÜTLAŞ
İstanbul Lepra **Araştırma** Uygulama Merkezi

DR. VAHAP ŞAHİN
Sivas Sağlık Müdürü

GÜRALŞAHİNOĞLU
Türk Eczacılar Birliği

PROF.DR. COŞKUN SARMAN
Ankara Üniv. Tıp Fakültesi

PROF.DR. SITKI ŞAYLI
Ankara Üniv. Tıp Fak.

YRD.DOÇ.DR. DENİZ ŞEİİMEN
M.Ü. Hastanesi Hemşirelik Hizm. Md.

GÜLŞENER
Türkiye **Fizyoterapistler** Derneği

DR. SERAP ŞENER
Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hiz. Gn. Md.

DR. HÜSEYİN ŞENGÜL
Numune Hastanesi Hızır Acil Şefi

DR. ZEHRA KALKAN **ŞENÖZ**
İzmir Sağlık Müdür **Yrd.**

DİYETİSYEN FUNDA **ŞENSOY**

YRD.DOÇ.DR. SELVA ŞENTÜRK.
İ.Ü. Tıp Fak. Hemşirelik Hizmetleri Md.

SABAHATTİN YUVAT
SSK Teftiş Kurulu

PROF.DR. ŞAKİR TANINDI
Gülhane Askeri Tıp Akademisi

PROF.DR. N.F.CMİ **TANYOLAÇ**
Boğaziçi Üniv. Riyomedikal Bölümü

PROF.DR. MEKİN TANKER
A.Ü. Eczacılık Fak.

GÜNŞEN TANTEKİN
DPT Uzmanı

DOÇ.DR. NEJDET TARKAN
ODTÜ Fen Edebiyat Fakültesi Kimya Bölümü

NEVRES **TARLAN**
Sağlık Bakanlığı

UYGUR TAZEBAY
Yüksek Öğretim Kurulu

GÜLSEN TERAKEYE
Hacettepe Üniv. Hemşirelik Hastalıkları

PROF.DR. EMİN **TEKELİ**
A.Ü. Tıp Fak. Enfeksiyon Hastalıkları

DR. NURPERİ TEKİNER
Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel
Müdürlüğü

PROF.DR. MAHİR TEVRÜZ

Haydarpaşa Numune Hastanesi

PROF.DR. SABAHAT TEZCAN

Hacettepe Üniv.Tıp.Fak. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Öğretim Üyesi

DOÇ.DR. MEHMET TOKAT

H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksek Okulu

DR. FETHİ TOKER

Ö.S.Y.M.

PROF.DR. ERDİNÇ TOKGÖZ

H.Ü. İkt. Tic. İlim. Fak. İktisad Film.

DR. ENGİN TONGÜÇ

İBRAHİM GÜRAY TOPALOĞLU

Sağlık Bakanlığı Biyologlar Derneği

ATANER TOPÇU

Ankara **Büyükşehir** Belediyesi Metropol İmar A.Ş.

DR. ERSİN TOPÇUOĞLU

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

DR. HALİL TOPLAMAOĞLU

Bakırköy R.S.H. Hastanesi Başhekimi

DOÇ.DR. İSMAİL TOPUZOĞLU

Türk Tabipler Birliği

PROF.DR. AYKUT TOROS

Hacettepe Üniv. **Nüfus** Etüdleri Enstitüsü

PROF.DR. CANKAT TULUNAY

Ankara Üniv. Tıp Fak. **Farmakoloji** ABD

BAHAR TUNALI

Yeni Günaydın Gazetesi

PROF.DR. İLHAN TUNCER

Çukurova Üniv. Tıp **Fakültesi**

PROF.DR. MUZAFFER TUNCER

H.Ü. Dişhekimliği Fak. Ağız Diş Çene Hast. Cer. ABD
Öğrt.Üy.

FİGEN TUNÇKANAT

UNICEF

NURETTİN TURAN

İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenler Sendikası

KAYA TURGUT

İlaç İşverenler Sendikası

PROF.DR. KAZIM TÜRKER

A.Ü. Tıp Fak. Farmakoloji ABD Bask.

PROF.DR. TOMRİS TÜRMEN

S.B. Ana Çocuk Sağlığı Aİla Planlaması Genel Müdürü

PROF.DR. YILDIZ TÜMERDEM

İ.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

DR. ALİ FİKRİ TÜRKAY

Pasteur Merieux

İİAMİTÜRKELİ

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Gen.Md.
Biyomedikal Dai.Bşk.

NECATİ TÜRKER

Turist Sağlığı Derneği

DOÇ.DR. EMİN TÜRKÖZ

G.Ü. Dislek. hak. Dekan Yrd.

Ağız Diş Çene Hastalıktan Cer. ABD Üyesi

PROF.DR. ERGÜL TUNÇBİLEK

H.Ü. Nüfus Etüdleri Enstitüsü

DOÇ.DR. EROL ULUĞ

ODTÜ Çevre Mühendisliği Fakültesi

DOÇ.DR. FİLİZ ULUSOY

H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu

DR. ZUHAL ULUSOY

Toplu Konut İdaresi Başkanlığı

PROF.DR. TEZER ULUSU

Gazi Üniv. Dişhekimliği Fak.

MELAHAT UTKU

Meteoroloji Genel Müdürlüğü

SAKIP UYSAL

Sanayi Bakanlığı

DR. YAŞAR NACİ UZ

Tekirdağ Sağlık Müdürlüğü

GÜVEN UZBAY

GAP Transportasyon Koordinatörü

MÜMRAN UZBEK

Yerli İlaç Sanayi Derneği

ECZ. AHMET YÜKSEK URAS

Türk Eczacılar Birliği Başkanı

PROF.DR. GÜLTENUYER

H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu

PROF.DR. FEHİM ÜÇİŞİK

Marmara Üniv. Hukuk Fakültesi

DOÇ.DR. SAADET ÜLKER

H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu

DR. NİLAY ÜLKÜ

Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı

PROF.DR. MÜTTALİP ÜNAL

Ankara Üniv, Tıp hak.

PROF.DR. SUNDAY ÜNER

Türkiye Aile Planlaması Vakfı

HÜLYA ÜNLÜ

Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfızısıhha Enstitüsü

SUMRU ÜNVER

UNICEF

MÜSLÜM ÜZÜLMEZ

İstanbul Büyükşehir Belediyesi

ZEKÂ VARNACI

Tarım ve Köyşleri Bakanlığı

PROF.DR. PERİHAN VELİOĞLU

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

AYKUT VEZİROĞLU

Emekli Hemşire

DOÇ.DR. FATOŞ VURAL

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

DOĞAN VURAL

Trafik Vakfı

PROF.DR. SEZÂİ YAMAN

Türk Kanser Araş. ve Savaş Kurumu ve Vakfı

B.KEMALYARDIMCI

Emekli Sandığı

DR. FİRUZ DEMİR YAŞAMIŞ

Yönetim, Planlama ve Çevre Danışmanı

BATUHAN YAŞAR

Türkiye Gazetesi

YAŞAR YAŞER

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı

NİGAR YAVUZ

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Ebelik Önlisans Okulu

DOÇ.DR. BİHTER YAZICIOĞLU

H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Grup Başkanı

DR. METİN EROL YENER

Bandırma Özel Hastanesi

MERAL YENİOVA

Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı

DR. NURŞEN YILDIRIM

Halk Sağlığı Uzmanı

YAŞAR YILDIRIM

International Hospital

UZM. HEMŞ. AYTOLAN YILDIRIM

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fük. Hemş. Hizm. Md.

DİŞHEKİMİ CELAL KORKUT YILDIRIM

T.D.B. İstanbul Dişhekimleri Odası Başkanı

DR. KÜRŞAT YILDIZ

Türk Tabipler Birliği

PERİHAN YILDIZ

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü

SELMA YILDIZ

Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanlığı

KEMAL YILMAZ

Tüm Sağlık Sendikası

GÜLSEN YILMAZ

Sağlık Bakanlığı Kanser Savaşı Daire Bşk.

AYSEL YILMAZ

Türk Kadını Güçlendirme Vakfı

CEVAT YILMAZ

İstanbul Büyükşehir Belediye Başkanlığı

AYSEL YILMAZCAN

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

DR. NİYAZI YURTSEVEN

Adana R.S.H. Hastanesi Başhekim

PROF.DR. SEVİNÇ YÜCESAN

PERİHAN YÜKSEK

Sağlık Bakanlığı Ted. Hizm. Gn.Md. Hemş. Dair. Bşk.

KADRIYE YÜKSEL

ESAM Üyesi Hürriyet Gazetesi

TASLAK DOKÜMAN EDİTÖRLER GRUBU

DR. B. SERDAR SAVAŞ
PROF. DR. ZAFER ÖZTEK
DOÇ. DR. ÇAĞATAY GÜLER
DR. CİHANGİR ÖZCAN
DR. F. GÜLİN GEDİK

ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI TASLAK DOKÜMANI ÜZERİNE GÖRÜŞ BİLDİRENLER

PROF.DR. **ALAADDİN** AKCASU
İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fak. Farmakoloji ABD

DR. ADNAN AKÇAM
Aydın Sağlık Müdürü

PROF.DR. SERMET AKGÜN
Ege Üniversitesi Rektörü

PKOF.DR. GAZANFER AKSAKOĞLI
Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

PROF.DR. CANDAN ALGUN
Hacettepe Üniv. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
Yüksekokulu

ORHAN ALPDOĞAN
Gaziantep Vali Yardımcısı

AMASYA VALİLİĞİ

YRD.DOÇ.DR. GÖKAY ARAR
Ee Üniv. Eczacılık Fak. Öğr. Üy.

DOÇ.DR. ÖZEN AŞUT
Türk Tabipler Birliği

ZEKFRİYA ATEŞ
Sağlık Bakanlığı Bütçe Daire Bşk.

DR. İHSAN AYDIN
Siirt Sağlık Müdürü

DOÇ.DR. REMZİ AYGÜN
Gazi Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

YRD.DOÇ.DR. MUSTAFA BAYSAL
Ege Üniv. Eczacılık Fak. Öğr. Üy.

MEHMET BERK
İşçi Sağlığı Bilim Uzmanı

DR. KONURALP BAŞOL
Konur Hastanesi **Mesul** Müdürü

YRD.DOÇ. NAKİZ BOZDF.MİR
Çukurova Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD Öğr. Üy.

PROF.DR. MALİ BUMİN
Gazi Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD Bşk.

BURDUR SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

DOÇ.DR. ZEYNEP GONK
Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu

PROF.DR. SELMA CUMİ
Selçuk Üniv. Halk Sağlığı ABD

ÇANKIRI SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

DR. ŞEVKET ÇELİK
içel Sağlık Müdürü

PROF.DR. NECLA **ÇEVİK**
Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları ABD

NESRİN ÇİLİNGİROĞLU
DPT

DT. BİROL ÇİNUÇEV
Eğitim Dış Hastanesi

ZİYA COŞKUN
Şanlıurfa Vali Şardımcısı

PROF.DR. NECATİ DEDHOĞLU
Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD Öğr. Üy.

KAMİL DEMİRCİOĞLU
Kastamonu Valisi

DR. GÜLER DİZDAR
Tarım ve Köyşilire Bakanlığı İl Kontrol Lab.
Müdürlüğü

YUSUF DOMA
Giresun Sağlık Müdürü2

EMEKLİ SANDIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

FARUK ERİŞEV
İzmir Dışhe kimleri'Odası

İBRAHİM ERDEMİR
Burdur Sağlık Müdürü

DR. **ŞEN** ERDURAN
7 No.lu Dispanser Başhekimi

PROF.DR. HURŞİT ERTUĞRUL
Atatürk Üniv. rektörü

DOÇ.DR. AGÜRHAN FİŞEK

GAZİANTEP SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
RIZA GÖKTAŞ
29. Bölge Manisa Eczacı Odası

DR. ERTAN GÖNEN
Numune Hastanesi 5. Harciye Klinik Şefi

PROF.DR. BELKİS GÖZLER
Ege Üniv. Eczacılık Fak. Öğr. Üy.

PROF.DR. TEKANT GÖZLER
Ege Üniv. Eczacılık Fak. Öğr. üy.

YRD.DOÇ.DR. SEMİH GÜNEŞ
Fge üniv. Eczacılık Fak. Öğrt. Üy.

MAHİR GÜRBÜZ
TMMOB Ziraat Mühendisleri Odası **Başkanı**

HİKMET HIZLAN
Ankara Dışhekimleri Odası

PROF.DR. ENVER İZGÜ
Ankara Üniv. Eczacılık Fak.

NURAY KAPLAN
İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenleri Sendikası

DOÇ.DR. ÖMER KARAHAN
Konya Tabip Odası

DT. KAİL KARAKAYA
Denizli Dişhekimleri Odnası

PROF.DR. TUNCER KARPUZOĞLU
Akdeniz Üniv. Rektörü

PROF.DR. MUAMMER KAYAHAN
Ankara Üniv, Ziraat Fak.

DR. ORHAN İZZET KILIÇBEYLİ

KEMAL KILIÇDAROĞLU
SSK Genel Müdürü

DR. OSMAN KOÇAK
Sinop Sağlık Müdürü

SEMİH KÖKSAL
Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Koruma ve Kontrol Genel Müdürlüğü

RIZA KÖKSOY
Sağlık Bakanlığı Eski Müsteşar Yardımcısı

İSMAİL KURŞUN
Sağlık Bakanlığı İdari Mali İşler Daire Bşk.

CEVDET MARANGOZ
Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı

DR. ÜLKÜ MERTER
Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Koruma ve Kontrol Genel Müdürlüğü

YRD.DOÇ.DR. İLİRGÜN METF
Ege Üniv. Eczacılık Fak. Öğr. Üy.

ECZ. ALİ MÜDERRİSOĞLU
İ.E.İ.S. Temsilcisi

DR. AHMET OFLAS
Ağrı Sağlık Müdürü

PROF.DR. İNCİ OKTAY
İstanbul Üniv. Dişhekimliği Fak.

DOĞAN OMURTAY
Ankara Büyükşehir Belediyesi Başkanlığı

DR. SELİM ÖLÇER
Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Başkanı

YRD.DOÇ.DK. MUSTAFAALİ ÖNÜR
Ege Üniv. Eczacılık Fak. Öğr. Üy.

MEHMET ÖZDEN
Sağlık Bakanlığının Sağlık Eğitimi Gn.Md.

YRD.DOÇ.DR. PINAR ÖZİÇ
Ege Üniv. Eczacılık Fak. Öğr. Üy.

DT. ORHAN ÖZKAN
Ankara Dişhekimleri Odası

PROG.DR. OKTAY ÖZKARAKAŞ
Fırat Üniv. Tıp Fak. Dekanı

DR. İNCİ ÖZŞÖLEN
Çanakkale Sağlık Müdürü

DT. FAHRETTİN ÖZTÜRR
Artvin Sağlık Müdürü

PROF.DR. YUSUF ÖZTÜRK
Ege Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD

DOÇ.DR. VAROL PABUÇCUOĞLU
Ege Üniv. Eczacılık Fak. Öğr. Üy.

TABİB ALBAY NURVEBİ PAKTİN
MÜH Savunma Bakanlığı Sağlık Dairesi Başkanı

KAZMİRPAİR
İstanbul Dişhekimleri Odası

ALPER PİŞKİN
Adana Sağlık Müdürlüğü

SAĞLIK EĞİTİM ENSTİTÜSÜNÜ BİTİRENLER
DERNEĞİ

DR. HANDAN SABİR
İSGÜM Müdürü

HAYRİ SALTAN
Aydın Dişhekimleri Odası

DR. MUSTAFA SÜTLAŞ
İstanbul Lepra Araştırma ve Uygulama Merkezi

HALİL ŞEN
SEEB-DER Sağlık Eğitimi Enstitüsünü Bitirenler Derneği

DR. MUKTİM ŞEİÜ
Şanlıurfa Sağlık Müdürü

YRD.DOÇ.DR. MEHMET TANOL
Ege Üniv. Eczacılık Fak. Öğr. Üy.

PROF.DR. NECMİ TANYOLAÇ
Boğaziçi Üniv. Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü

ECZ. NURETTİN TURAN
İ.E.İ.S. Temsilcisi (Fako İlaçları A.Ş.)

KİM.YÜK.MÜH. KAYA TURGUT
İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenleri Sendikası Yönetim Kurulu İl Başkanı

TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİ

DR. HÜSEYİN UÇAR
Tokat Sağlık Müdürü

DR. ATIF UĞURLU
Kastamonu Tabip Odası

EROL UĞURLU
Bayburt Valisi

MUSTAFA ULUSOY "
Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü

DOĞAN ÜNLÜSOY

Elazığ Valisi

ZEKİ VARNACI

Tarım ve Köyşleri Bakanlığı Koruma ve Kontrol

Genel Müdürlüğü

DR. EDİP YAZAN

Afyon Sağlık Müdürü

MUSTAFA YILDIRIM

Çorum Valisi

PERİHAN YILDIZ

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

GÜLSEN YILMAZ

Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı

ÖGE YÜKSEL

Amasya Valisi

YRD.DOÇDR. ULM ZEBEK

Ege Üniv. **Eczacılık** Fak. **Öğr. Üy.**

**NİHAİ DOKÜMAN EDITÖRLER
GRUBU**

DR. B. SERDAR SAVAŞ

DR. F. GÜLİN GEDİK