



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ

DİLEKÇE KOMİSYONU

DÖNEM: 27

YASAMA YILI: 4

GENEL KURUL KARARI

SAYI: 11

Obezite ile Mücadele Yöntemleri ve Cerrahi Uygulamadaki Malpraktis İddiaların

Araştırılması ve Alınabilecek Önlemlerin Belirlenmesi

(Dilekçe No: 1557, 1627 ve 1637)

DAĞITIM TARİHİ

12 Ağustos 2021



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

İÇİNDEKİLER

1	DİLEKÇE VE ÖZETLERİ.....	3
2	GİRİŞ.....	4
3	DİLEKÇELERE KONU İDDİA VE TALEPLER.....	6
4	İLGİLİ MEVZUAT	7
	4.1 Anayasa.....	7
	4.2 Kanunlar.....	8
5	ALT KOMİSYONCA YAPILAN TOPLANTILAR VE YERİNDE	
	İNCELEMELER.....	32
6	KAMU KURUMLARININ YAZILI AÇIKLAMALARI	49
	6.1 Sağlık Bakanlığı.....	49
	6.2 Çevre ve Şehircilik Bakanlığı	71
	6.3 Tarım ve Orman Bakanlığı.....	75
	6.4 Milli Eğitim Bakanlığı.....	91
	6.5 Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	103
	6.6 Gençlik ve Spor Bakanlığı	107
	6.7 Ticaret Bakanlığı	119
	6.8 Adalet Bakanlığı	121
	6.9 Radyo ve Televizyon Üst Kurulu	139
	6.10 Türk Tabipleri Birliği	141
	6.11 Türkiye Belediyeler Birliği	153
	6.12 Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi.....	157
	6.13 Dernekler	160
7	UZMAN GÖRÜŞLERİ.....	225
	7.1 Uzman Doktor Ender SARAÇ	225
	7.2 Doç. Dr. Emel ERGÜL	226
8	DİLEKÇE KOMİSYONU GENEL KURULU TOPLANTILARI.....	228
	8.1 Dilekçe Komisyonu Genel Kurulu’nun 31 Ekim 2018 Tarihli Toplantısı.....	228
	8.2 Dilekçe Komisyonu Genel Kurulu’nun 9 Haziran 2021 Tarihli Toplantısı.....	228
9.	USUL VE ESASA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME	232
	9.1 Genel Olarak	232
	9.2 Obezite İle Mücadele ve Cerrahi Uygulamadaki Malpraktis İddiaları Açısından	
	252	
9.	SONUÇ	254



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

10. GEREĞİ DÜŞÜNÜLDÜ	257
Cumhurbaşkanlığı'ndan;	257
Sağlık Bakanlığı'ndan;	257
Milli Eğitim Bakanlığı'ndan;	261
Tarım ve Orman Bakanlığı'ndan;	263
Gençlik ve Spor Bakanlığı'ndan;	266
Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'ndan;	267
Ticaret Bakanlığı'ndan;	268
Hazine ve Maliye Bakanlığı'ndan	271
Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'ndan;	271
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan	272
Adalet Bakanlığı'ndan;	272
Radyo ve Televizyon Üst Kurulu'ndan	273
Türkiye Belediyeler Birliği'nden	274



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

1 DİLEKÇE VE ÖZETLERİ

Dilekçe No	Dilekçe Sahibinin Adı Soyadı ve Adresi	Dilekçe Konusu
1557	Ümmügülsüm ELKHATROUSHİ Burhaniye Mahallesi Tunuslu Mahmut Paşa Cad. Şehrizar Konakları 30/5 Üsküdar İstanbul	Mide küçültme ameliyatlarında vatandaşın yanlış bilgilendirilmesinin önlenmesi, hekim hatalarının azaltılması, kâr amacı güderek hasta mağduriyetlerine yol açanların cezalandırılmasına yönelik araştırma yapılmasını talep etmektedir.
1627	Balıkesir Milletvekili Pakize Mutlu AYDEMİR Türkiye Büyük Millet Meclisi Halkla İlişkiler Binası 1.Kat 4 Nolu Banko Oda: E114 Çankaya/ANKARA	Ülkemizde obezite oranındaki artışların, mide küçültme ameliyatlarına olan ilgiyi giderek artırdığını; kişiye özel bir diyet ve egzersiz programı uygulamak yerine, medyanın da etkisiyle cerrahi müdahalenin pratik ve hızlı bir şekilde kilo verme yolu olarak görüldüğünü; ancak ciddi komplikasyonlara sebep olabilen bu operasyonların yeterince denetlenmediğini ve trajik sonuçların ortaya çıktığını belirterek, yakınına mide küçültme ameliyatı nedeniyle kaybetmiş biri olarak konunun incelenmesini talep etmiştir.
1637	A.Y Denizli	Mide küçültme ameliyatlarından rant elde eden kişilerin araştırılmasını, bu ameliyatların incelenerek gerekli tedbirlerin alınmasını talep etmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

2 GİRİŞ

Türkiye Büyük Millet Meclisi Dilekçe Komisyonuna gelen, bazı sağlık kuruluşlarında kişiye özel bir diyet ve egzersiz programı uygulanmadan yapılan cerrahi müdahalenin pratik ve hızlı bir şekilde kilo verme yolu olarak görülmesi, ciddi komplikasyonlara sebep olabilen bu operasyonların yeterince denetlenmemesi ve trajik sonuçların ortaya çıkması nedeniyle konunun incelenmesini talep eden, 30/9/2018 tarih ve 1557, 5/10/2018 tarih ve 1627, 8/10/2018 tarih ve 1637 sayılı dilekçeler ile yapılan başvurular sonucu, Dilekçe Komisyonu Genel Kurulunun 31 Ekim 2018 tarihli ve 4 sayılı Kararıyla; İçtüzüğü'nün 115 ila 120'nci maddeleri gereğince ***“Obezite ile Mücadele Yöntemleri ve Cerrahi Uygulamadaki Malpraktis İddiaların Araştırılması ve Alınabilecek Önlemlerin Belirlenmesi Alt Komisyonu”*** kurulmasına ve bu Alt Komisyonun görevleri ile ilgili olmak kaydıyla, kamu kurum ve kuruluşları, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile özel kuruluşlardan her türlü bilgi ve belgeyi almak, ilgilileri çağırıp bilgi almak, idari denetimin yapılmasını istemek, bilirkişi görevlendirmek ve yerinde inceleme yapmak yetkilerini kullanabilmesine karar vermiştir.

Alt Komisyon, 17 Aralık 2018 tarihli 1'inci toplantısında, en yaşlı üye sıfatı ile Kayseri Milletvekili İsmail Tamer başkanlığında toplanmış, yapılan oylama sonucunda Dilekçe Komisyonu Başkanı İstanbul Milletvekili Mihrimah Belma SATIR Alt Komisyon Başkanı olarak seçilmiştir. Alt Komisyonun çalışmaları kapsamında yapılan 11 toplantıda;

1. 17.12.2018 tarihinde gerçekleştirilen birinci toplantısında Sağlık Bakanlığı'ndan
2. 20.02.2019 tarihinde gerçekleştirilen ikinci toplantısında Türk Tabipleri Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü'nden
3. 15.05.2019 tarihinde gerçekleştirilen üçüncü toplantısında Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Türkiye Diyetisyenler Derneği, Türkiye Spor Hekimleri Derneği ve Türkiye Diyabet Vakfı'ndan
4. 29.05.2019 tarihinde gerçekleştirilen dördüncü toplantısında Obezite Diyetisyenliği Derneği ve Dünya Sağlık Örgütü'nden
5. 16.10.2019 tarihinde gerçekleştirilen beşinci toplantısında Tarım ve Orman Bakanlığı, Ticaret Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı'ndan
6. 06.11.2019 tarihinde gerçekleştirilen altıncı toplantısında Radyo ve Televizyon Üst Kurulu Başkanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'ndan



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

7. 18.12.2019 tarihinde gerçekleştirilen yedinci toplantısında Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ile Türkiye Belediyeler Birliği'nden
8. 15.01.2020 tarihinde gerçekleştirilen sekizinci toplantısında Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı, Dr. Ender SARAÇ ve Doç. Dr. Emel ERGÜL'den
9. 16.01.2020 tarihinde gerçekleştirilen dokuzuncu toplantısında ise Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'ndan
10. 24.06.2020 tarihinde gerçekleştirilen onuncu toplantısında; dilekçiler dinlenmiş ve mide küçülte ameliyatlarında malpraktis yani hekim hatasının hukuki yönleri konusunda Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, Türk Tabipler Birliği ile Türkiye Barolar Birliğinden sunum alınmıştır
11. 28.04.2021 tarihinde gerçekleştirilen onbirinci toplantısında COVID-19 pandemisi ve obezite konusunda Sağlık Bakanlığımızdan

obezitenin önlenmesi ve obeziteyle mücadeleye ilişkin yapılan çalışmalar ve gelecekte yapılabilecekler dair öneriler konusunda bilgi alınmıştır. Ayrıca 1-2 Ağustos 2019 tarihlerinde, Cumhurbaşkanlığının 100 günlük Eylem Planlarında kurulması öngörülen Obezite Merkezlerinden İstanbul İlindkiler ile diğer faaliyetler yerinde incelenmiş olup, ilgili Müdürlüklerden brifing alınmıştır.

Ankara Milletvekili Sayın Arife DÜZGÜN POLAT, Komisyon üyesi olmamakla birlikte Türkiye Büyük Millet Meclisi Üyesi sıfatı ile katılım sağlamış ve Komisyon çalışmalarına katkıda bulunmuştur.

Ayrıca Komisyon çalışmalarına ve Komisyon Raporu yazımına teknik katkıda bulunmak üzere Dilekçe Komisyonunda görevli Yasama Uzmanları Demet AYDIN ve Akif Celal KOCAOĞLU ile Yasama Uzman Yardımcıları Yasemin AKİFOĞLU ve Hayrettin YILMAZ görev almışlardır.

Komisyonumuz, obezite ile mücadele yöntemleri ile cerrahi uygulamalardaki Malpraktis iddialarının araştırılması talebi hususunda başvuru yapılması ve konunun ülke çapında genellik arz etmesi gibi hususları dikkate alarak esastan incelemeyi uygun bulmuştur.



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**

3 DİLEKÇELERE KONU İDDİA VE TALEPLER

Komisyonumuza obezite ve mide küçültme ameliyatları konusunda gönderilen dilekçelerde özetle;

- Obeziteye neden olan etkenlerin belirlenmesi,
- Konulan obezite teşhisi sonucu ameliyata karar vermeden önce diyetisyen kontrolünde kişiye özel diyetlerin uygulanarak ilk adımın atılması,
- Obezite sonucu yetkisiz kişilerce steril olmayan yerlerde yapılan bariatrik-mide küçültme ameliyatlarında malpraktis iddialarının araştırılması,
- Yapılacak araştırmada obezitenin önlenmesi ve mide küçültme ameliyatlarının denetlenmesi hakkında alınabilecek tedbirlerin neler olduğunun belirlenmesi,

gerektiği ifade edilmiştir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

4 İLGİLİ MEVZUAT

4.1 Anayasa

II. Cumhuriyetin nitelikleri

MADDE 2- Türkiye Cumhuriyeti, toplumun huzuru, millî dayanışma ve adalet anlayışı içinde, insan haklarına saygılı, Atatürk milliyetçiliğine bağlı, başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, demokratik, lâik ve sosyal bir hukuk Devletidir.

VIII. Yürütme yetkisi ve görevi

MADDE 8- Yürütme yetkisi ve görevi, Cumhurbaşkanı tarafından, Anayasaya ve kanunlara uygun olarak kullanılır ve yerine getirilir.

VIII. Sağlık, çevre ve konut

A. Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması

MADDE 56 – Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.

XIII. Devletin iktisadî ve sosyal ödevlerinin sınırları

MADDE 65- (Değişik: 3/10/2001-4709/22 md.)

Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir.

VI. Tüketiciler ile esnaf ve sanatkârların korunması

A. Tüketicilerin korunması

MADDE 172- Devlet, tüketicileri koruyucu ve aydınlatıcı tedbirler alır, tüketicilerin kendilerini koruyucu girişimlerini teşvik eder.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

4.2 Kanunlar

4.2.1 11/4/1928 Tarihli ve 1219 Sayılı Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

Madde 3 – Yukarda ki maddelerde zikredilen tabip diplomasını ve fenni, cerrahi veya şuabatında ihtisas sahibi olduğuna dair işbu kanunun tarifleri dairesinde vesaikı lazimeyi haiz olmıyan hiç bir kimse hiç bir ameliyei cerrahiye icra edemez.

Madde 8 – Türkiye'de icrayı tababet için bu kanunda gösterilen vasıfları haiz olanlar umumi surette hastalıkları tedavi hakkını haizdirler. Ancak her hangi bir şubei tababette müstemirren mütehassıs olmak ve o unvanı ilan edebilmek için Türkiye Tıp Fakültesinden veya Sıhhiye Vekaletince kabul ve ilan edilecek müessesattan verilmiş ve yahut ecnebi memleketlerin maruf bir hastane veya laboratuvarından verilip Türkiye Tıp Fakültesince tasdik edilmiş bir ihtisas vesikasını haiz olmalıdır

Ek Madde 12 – (Ek: 21/1/2010-5947/8 md.) Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşıs sigorta yaptırmak zorundadır. Bu sigorta priminin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı döner sermayesi bulunankurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararlar ile bu sebeple kendilerine yapılacak rücuları karşılamak üzere mesleki malî sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır.

Zorunlu mesleki malî sorumluluk sigortası, mesleklerini serbest olarak icra edenlerin kendileri, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar için ilgili özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yaptırılır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanların sigorta primlerinin yarısı kendileri tarafından, yarısı istihdam edenlerce ödenir. İstihdam edenlerce ilgili sağlık çalışanı için ödenen



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

sigorta primi, hiçbir isim altında ve hiçbir şekilde çalışanın maaş ve sair malî haklarından kesilemez, buna ilişkin hüküm ihtiva eden sözleşme yapılamaz.

Zorunlu sigortalara ilişkin teminat tutarları ile uygulama usul ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığınca belirlenir.

Bu maddedeki zorunlu sigortaları yaptırmayanlara, mülki idare amirince sigortası yaptırılmayan her kişi için beşbin Türk Lirası idari para cezası verilir.

4.2.2 7/5/1987 Tarihli ve 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Temel Esaslar

Madde 3 – Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esaslar şunlardır:

b) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.

f) (Değişik: 24/3/2016-6698/30 md.) Herkesin sağlık durumunun takip edilebilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha etkin ve hızlı şekilde yürütülmesi amacıyla, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur. Bu sistem, e-Devlet uygulamalarına uygun olarak elektronik ortamda da oluşturulabilir. Bu amaçla, Sağlık Bakanlığınca, bağlı kuruluşları da kapsayacak şekilde ülke çapında bilişim sistemi kurulabilir

j) Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmeleri ve takipleri bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir.

k) Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretiminin ve kalitesinin teşvik ve temini esas olup, her türlü müstahzar, terkip, madde, malzeme, farmakope mamülleri, kozmetikler ve bunların üretiminde



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithal, ihraç, üretim, dağıtım ve tüketiminin, amaç dışı kullanılmak suretiyle fizik ve psişik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontroluna, murakabesine ve bunların yurt içinde ve yurt dışında ücret karşılığı kalite kontrollerini yaptırmaya, özel mevzuata göre ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme işlerini yürütmeye Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilidir

4.2.3 24/11/2004 Tarihli ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu

Amaç ve kapsam

Madde 1- Bu Kanunun amacı; Sağlık Bakanlığının (...) (2) belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir.

Tanımlar

Madde 2- Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.

4.2.4 23/1/1953 Tarihli ve 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu

Madde 1 – (Değişik: 7/6/1985 - 3224/48 md.) Türkiye sınırları içerisinde meslek ve sanatlarını icraya yetkili olup da sanatını serbest olarak yapan veya meslek diplomasından istifade etmek suretiyle resmi veya özel görev yapan tabiplerin katıldığı Türk Tabipleri Birliği; tabipler arasında mesleki deontolojiyi ve dayanışmayı korumak, (...) ve meslek mensuplarının hak ve yararlarını korumak amacıyla kurulmuş kamu kurumu niteliğinde mesleki bir kuruluştur.

Madde 4 – Birlik, aşağıda yazılı hizmetleri yapmakla mükelleftir:



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

a) Halk sağlığına ve hastalara fedakarlık ve feragatle hizmeti ideal bilen meslek geleneklerini muhafaza ve geliştirmeye çalışmak,

b) Azalarının maddi ve manevi hak ve menfaatlerini korumak ve bunları halkın ve Devletin menfaati ile en iyi bir şekilde denkleştirmeye çalışmak,

c) Halkın sağlığını korumaya, azalarını muayyen refah seviyesine ulaştıracak gerekli iş sahaları bulmaya, İş Kanunu ile sosyal kanunların ve ilgili diğer mevzuat hükümlerinin tatbikatında meslek ve meslektaşların hak ve menfaatlerini korumaya ve her türlü iş tevziinin adilane bir surette düzenlenmesine çalışmak,

d) Halk sağlığı ve tıp meslekleri ile ilgili meseleler için resmi makamlarla karşılıklı işbirliği yapmak,

e) Halk sağlığını ve tıp mesleğini ilgilendiren işlerde resmi makamlardan yardım sağlamak.

Madde 5 – (Değişik: 7/6/1985 - 3224/49 md.) Gerek tabipler ve gerekse bunları istihdam eden bilumum daire, müessese ve işyerleri, tayin, nakil, işten ayrılma ve sair suretlerle hâsıl olan değişiklikleri en geç 15 gün zarfında mahalli tabip odalarına bildirmeye mecburdurlar.

Madde 30 – 28 nci maddenin I ve III numaralı fıkralarının (a, b) ve (ç) bentleri şümulüne giren hareketler İdare Heyetince hal ve tesviye edilemediği takdirde meslek adabı ile bağdaşmayan hallere kalkıştıkları görülen meslek mensuplarının deontolojiye veya amme hizmet veya selametine aykırı hareketleri, hadiseler ve delillerle tespit olunarak müdafaaları istenir.

Yapılan tebligata 15 gün içinde cevap vermeyen azaların evrakı doğrudan doğruya, cevap verenlerin ki müdafaanmeleri ile birlikte Haysiyet Divanına tevdi olunur.

4.2.5 14/4/1982 Tarihli ve 2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu

Madde 2 – (Değişik: 19/2/2003-4810/2 Md.) Adli Tıp Kurumunun görevleri şunlardır:



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

a) Mahkemeler, hâkimlikler ve savcılıklar ile Kurumun uygun gördüğü alanlarda kamu kurum ve kuruluşları tarafından gönderilen adlî tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildirmek,

b) Adlî tıp uzmanlığı ve yan dal uzmanlığı eğitimini tıpta uzmanlık mevzuatına uygun olarak vermek,

c) Adlî tıp ve adlî bilimler alanlarında çalışmalarını yürütmek üzere seminer, sempozyum, konferans ve benzeri etkinlikler düzenlemek, bunlara ilişkin eğitim programları uygulamak ve ilgili kurum, kuruluş ve kurulların hazırlayacakları adlî tıpla ilgili eğitim programlarının yapılmasına ve yürütülmesine yardımcı olmak,

d) Adlî tıp hizmetlerinin görülmesi sırasında yapılması zorunlu sağlık hizmetlerini vermek.

Madde 16- Genel Görevleri

g) Adlî Tıp Yedinci İhtisas Kurulu: Ölümle sonuçlanmayan tıbbî uygulama hatalarına ilişkin işler,

h) Adlî Tıp Sekizinci İhtisas Kurulu: Ölümle sonuçlanan tıbbî uygulama hatalarına ilişkin işler,

Hakkında bilimsel ve teknik görüşlerini bildirmek.

4.2.6 24/5/1983 Tarihli ve 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu

Amaç

Madde 1 – Bu Kanunun amacı; korunmaya, bakıma veya yardıma ihtiyacı olan aile, çocuk, engelli, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetlere ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan teşkilatın kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklar ile faaliyet ve gelirlerine ait esas ve usulleri düzenlemektir.

Kapsam:



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Madde 2 – Bu Kanun, sosyal hizmetlerle ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişileri ve özel hukuk tüzelkişilerini, sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarında çalışan personeli, sosyal hizmetlerden faydalananları ve faydalananacak durumda olanları kapsar.

Genel esaslar:

Madde 4 – Sosyal hizmetlere ilişkin genel esaslar şunlardır:

1) İhtiyacı olan, engelli ve yaşlıların hayatlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmesi, ihtiyacı olan engellilerin toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek ve üretken hale gelebilecek şekilde bakım ve rehabilitasyonlarının yapılması, bunlardan tedavisi mümkün olmayanların sürekli bakım altına alınması amacıyla gerekli her türlü tertip ve tedbir alınır.

4.2.7 11/6/2020 Tarihli ve 5996 Sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda Ve Yem Kanunu

Gıda ve yem güvenilirliği şartları

MADDE 21- (1) Gıda güvenilirliği şartları aşağıda belirtilmiştir:

a) Güvenilir olmayan gıda, gıda ile temas eden madde ve malzeme piyasaya arz edilemez. İnsan sağlığı için tehlike oluşturan ve tüketime uygun olmayan gıda, güvenilir olmayan gıda kabul edilir.

b) Gıdanın güvenilir olup olmadığının belirlenmesinde, üretim, işleme ve dağıtım aşamaları, etiket bilgileri ve sağlıkla ilgili uyarı niteliğindeki bilgiler ile insanlar tarafından günlük normal kullanım koşulları dikkate alınır.

c) Gıdanın insan sağlığına zararlı olup olmadığının belirlenmesinde; tüketenin sağlığı üzerinde ani, kısa veya uzun vadede oluşturabileceği muhtemel etkileri yanında, gelecek nesiller üzerindeki etkileri, birikerek artan muhtemel toksik etkileri ve belirli tüketici gruplarının özel sağlık hassasiyetleri de dikkate alınır.

ç) Herhangi bir gıdanın insan tüketimi için uygun olmadığının belirlenmesinde, gıdanın yabancı madde karışması da dâhil olmak üzere her tür bulaşıklığı veya çürüme, bozulma veya kokuşma nedeniyle kullanım amacına uygun olmaması dikkate alınır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

d) Bir seri, parti veya sevkiyattaki aynı sınıf veya çeşit gıdanın bir bölümünün güvenilir olmadığına tespiti durumunda, geri kalanı ile ilgili daha kapsamlı yapılan değerlendirme sonucunda güvenilir olduğu ispat edilemez ise, o seri, parti veya sevkiyattaki aynı sınıf veya çeşidin tamamının güvenilir olmadığı kabul edilir.

e) Gıda, Bakanlıkça belirlenen şartlara uygun olsa bile, gıdanın güvenilir olmadığına dair yeterli şüphe veya sebebin oluşması durumunda, Bakanlık söz konusu gıdanın piyasaya arzını kısıtlayabilir veya piyasaya arz edilen gıdayı toplatabilir.

Gıda kodeksi

MADDE 23- (1) Bakanlık, gıda ve gıda ile temas eden madde ve malzemelerle ilgili asgarî teknik ve hijyen kriterleri, bitki koruma ürünü ve veteriner ilaç kalıntıları, katkı maddeleri, bulaşanları, numune alma, ambalajlama, etiketleme, nakliye, depolama esasları ve analiz metotlarını belirleyen gıda kodeksini hazırlar ve yayımlar. Bakanlık, kodeksin hazırlanmasında ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapabilir ve bu amaçla komisyonlar kurabilir. Bakanlık, uluslararası Kodeks Alimentarius Komisyonunun temas noktasıdır ve konu ile ilgili çalışmaları yürütür. Bakanlık gıda kodeksini hazırlamak üzere Ulusal Gıda Kodeks Komisyonu oluşturur. Komisyonun üye seçimi, görev süresi, alt komisyon oluşturulması, Ulusal Gıda Kodeks Komisyonu ve alt komisyonların çalışma usul ve esaslarını belirlemeye Bakanlık yetkilidir. Komisyonun sekretarya hizmetleri Bakanlıkça yürütülür.

Gıda ve yemde izlenebilirlik ve etiketleme, sunum ve reklâm ile tüketici haklarının korunması

MADDE 24- (1) Gıda veya yem işletmecileri izlenebilirliği sağlamak amacıyla, üretim, işleme ve dağıtımın tüm aşamalarında, sorumluluğundaki gıda veya yemin, gıda veya yeme ilave edilecek her türlü maddenin ve gıdanın elde edildiği hayvanın takibinin yapılabilmesi için, bir sistem oluşturmak ve talep hâlinde bu bilgileri Bakanlığa sunmak zorundadır.

(2) Piyasaya arz edilecek gıda ve yem, izlenebilirliği sağlamak amacıyla, uygun şekilde etiketlenmek veya Bakanlıkça belirlenecek bilgi ve belgelerle uygun şekilde tanımlanmak zorundadır.

(3) Gıda ile ilgili özel mevzuat hükümleri saklı kalmak kaydıyla, gıdanın ve yemin şekli, görünümü, ambalajı, kullanılan ambalaj malzemesi, tasarlanma ve sergilenme şekli, her tür



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

yazılı veya görsel basın aracılığı ile sunulan bilgi dâhil, etiketlenmesi, tanıtımı, reklâmı ve sunumu tüketiciyi yanıltıcı şekilde yapılamaz.

(4) Gıda ve yemde taklit ve tağşiş yapılamaz. (Ek cümle:28/10/2020-7255/29 md.)
Taklit ve tağşiş yapılmış ürün işleme tabi tutulamaz, piyasaya arz edilemez.

(5) Bu maddenin uygulanması ile ilgili usul ve esaslar Bakanlıkça çıkarılacak yönetmelik ile belirlenir.

4.2.8 25/10/1984 Tarihli ve 3065 Sayılı Katma Değer Vergisi Kanunu

Madde 28 – (Değişik : 3/12/1988 - 3505/23 md.) Katma değer vergisi oranı, vergiye tabi her bir işlem için % 10'dur. Cumhurbaşkanı bu oranı, dört katına kadar artırmaya, % 1 'e kadar indirmeye, bu oranlar dahilinde muhtelif mal ve hizmetler ile bazı malların perakende safhası ve inşaatın yapıldığı arsanın veya konutun vergi değeri ve bulunduğu yeri esas alarak konut teslimleri için farklı vergi oranları tespit etmeye yetkilidir.

4.2.9 6/6/2002 Tarihli ve 4760 Sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu

Oran veya tutar

Madde 12 – 1. Özel tüketim vergisi, bu Kanuna ekli listelerde yazılı malların karşılarında gösterilen tutar ve/veya oranlarda alınır. (Ek paragraf: 4/6/2008-5766/19 md.; Değişik: 24/5/2013-6487/28 md.) (II) sayılı listedeki mallardan alınacak vergi, mükellefin bu malı alış bedeli ile her hâlükârda bu malların imalatçısının satış bedeli veya ithalatta hesaplanan katma değer vergisi matrahı üzerinden malın tabi olduğu orana göre hesaplanan vergi tutarından az olamaz. Verginin, mükellefin alış bedeli üzerinden hesaplandığı durumlarda, malı teslim tarihine kadar bu malı mükellefe teslim eden tarafından yüzde 10'a kadar yapılan indirimler alış bedelinden de indirilebilir. Ancak bu indirimler sonrası kalan tutar, malın imalatçısının satış bedelinden veya ithalatta hesaplanan katma değer vergisi matrahından düşük olamaz. Maliye Bakanlığı, bu hükmün uygulanmasına ilişkin usul ve esasları belirlemeye yetkilidir.

2. Cumhurbaşkanı, topluca veya ayrı ayrı olmak üzere;

(1) a).....



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

b) (Değişik: 30/3/2006-5479/10 md.) (III) sayılı listedeki mallar için belirlenen oranları her bir mal itibarıyla sifıra kadar indirmeye, (A) cetvelindeki mallar için dört katına (B) cetvelindeki mallar için yarısına kadar artırmaya, asgari maktu vergiyi her bir mal itibarıyla sifıra kadar indirmeye, (A) cetvelindeki mallar için iki katına (B) cetvelindeki mallar için bir katına kadar artırmaya, bu sınırlar içinde malların cinsleri, özellikleri, fiyat grupları, alkol dereceleri ve içerdiği alkol miktarına göre farklı vergi oranı ve asgari maktu vergi tutarı belirlemeye, (B) cetvelindeki mallar için listede yer alan asgari maktu vergi tutarlarının, perakende satışa sunulan ürünlerin birim ambalajı içinde yer alan her bir sigara veya makaron adedi, diğer tütün mamullerinin birim ambalajı içindeki mamulün her bir gramı ile çarpımı sonucu bulunacak tutarın %20'sine tekabül eden tutarı aşmamak üzere; birim ambalaj itibarıyla maktu vergi tutarı belirlemeye, bu tutarı malların cinsleri, özellikleri, ambalajları (paketleri) ve bunların fiyatları ve fiyat grupları itibarıyla farklılaştırmaya,

.....

Yetkilidir.

4.2.10 11/2013 Tarihli ve 6502 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Kanunun amacı; kamu yararına uygun olarak tüketicinin sağlık ve güvenliği ile ekonomik çıkarlarını koruyucu, zararlarını tazmin edici, çevresel tehlikelerden korunmasını sağlayıcı, tüketiciyi aydınlatıcı ve bilinçlendirici önlemleri almak, tüketicilerin kendilerini koruyucu girişimlerini özendirmek ve bu konulardaki politikaların oluşturulmasında gönüllü örgütlenmeleri teşvik etmeye ilişkin hususları düzenlemektir.

Ticari reklam

MADDE 61- (1) Ticari reklam, ticaret, iş, zanaat veya bir meslekle bağlantılı olarak; bir mal veya hizmetin satışını ya da kiralanmasını sağlamak, hedef kitleyi oluşturanları bilgilendirmek veya ikna etmek amacıyla reklam verenler tarafından herhangi bir mecrada yazılı, görsel, işitsel ve benzeri yollarla gerçekleştirilen pazarlama iletişimi niteliğindeki duyurulardır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

(2) Ticari reklamların Reklam Kurulunca belirlenen ilkelere, genel ahlaka, kamu düzenine, kişilik haklarına uygun, doğru ve dürüst olmaları esastır.

(3) Tüketicuyu aldatıcı veya onun tecrübe ve bilgi noksanlıklarını istismar edici, can ve mal güvenliğini tehlikeye düşürücü, şiddet hareketlerini ve suç işlemeyi özendirici, kamu sağlığını bozucu, hastaları, yaşlıları, çocukları ve engellileri istismar edici ticari reklam yapılamaz.

(4) Reklam olduğu açıkça belirtilmeksizin yazı, haber, yayın ve programlarda, mal veya hizmetlere ilişkin isim, marka, logo veya diğer ayırt edici şekil veya ifadelerle ticari unvan veya işletme adlarının reklam yapmak amacıyla yer alması ve tanıtıcı mahiyette sunulması örtülü reklam olarak kabul edilir. Her türlü iletişim aracında sesli, yazılı ve görsel olarak örtülü reklam yapılması yasaktır.

(5) Aynı ihtiyaçları karşılayan ya da aynı amaca yönelik rakip mal veya hizmetlerin karşılaştırmalı reklamı yapılabilir.

(6) Reklam verenler ticari reklamlarında yer alan iddiaların doğruluğunu ispatla yükümlüdür.

(7) Reklam verenler, reklam ajansları ve mecra kuruluşları bu madde hükümlerine uymakla yükümlüdür.

(8) Ticari reklamlara ilişkin getirilecek sınırlamalar ile bu reklamlarda uyulması gereken usul ve esaslar yönetmelikle belirlenir.

Haksız ticari uygulamalar

MADDE 62- (1) Bir ticari uygulamanın; mesleki özenin gereklerine uymaması ve ulaştığı ortalama tüketicinin ya da yöneldiği grubun ortalama üyesinin mal veya hizmete ilişkin ekonomik davranış biçimini önemli ölçüde bozması veya önemli ölçüde bozma ihtimalinin olması durumunda haksız olduğu kabul edilir. Özellikle aldatıcı veya saldırgan nitelikte olan uygulamalar ile yönetmelik ekinde yer alan uygulamalar haksız ticari uygulama olarak kabul edilir. Tüketicie yönelik haksız ticari uygulamalar yasaktır.

(2) Ticari uygulamanın haksız olduğunun iddia edilmesi hâlinde, ticari uygulamada bulunan, bu uygulamasının haksız ticari uygulama olmadığını ispatla yükümlüdür.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

(3) Haksız ticari uygulamanın reklam yoluyla gerçekleştirildiği hâllerde bu Kanunun 61 inci maddesi hükümleri uygulanır.

(4) Haksız ticari uygulamaların tespit edilmesine ve bunların denetlenmesine ilişkin usul ve esaslar ile her hâlükârda haksız ticari uygulama olarak kabul edilecek uygulamalar yönetmelikle belirlenir.

Reklam Kurulu

MADDE 63- (1) Ticari reklamlarda uyulması gereken ilkeleri belirleme ve haksız ticari uygulamalara karşı tüketiciyi korumaya yönelik düzenlemeleri yapma, bu hususlar çerçevesinde inceleme ve gerektiğinde denetim yapma, inceleme ve denetim sonucuna göre durdurma veya aynı yöntemle düzeltme veya idari para cezası veya gerekli görülen hâllerde de üç aya kadar tedbiren durdurma cezası verme hususlarında görevli bir Reklam Kurulu oluşturulur. Kurul tedbiren durdurma kararı verme yetkisini Reklam Kurulu Başkanına devredebilir. Kurulun kararları Bakanlıkça uygulanır.

4.2.11 14/1/2015 Tarihli ve 6585 Sayılı Perakende Ticaretin Düzenlenmesi Hakkında Kanun

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Kanunun amacı; perakende işletmelerin açılış ve faaliyete geçiş işlemlerinin kolaylaştırılması, perakende ticaretin serbest piyasa ortamında etkin ve sürdürülebilir rekabet şartlarına göre yapılması, tüketicinin korunması, perakende işletmelerin dengeli bir şekilde büyüme ve gelişmesinin sağlanması ve perakende işletmelerin faaliyetleri ile bunların birbirleri, üretici ve tedarikçilerle ilişkilerinin düzenlenmesidir.

Görev ve yetkiler

MADDE 16 – (1) Bakanlık;

a) Perakende sektörünün ve perakende işletmelerin ülke genelinde dengeli bir şekilde yayılması, büyümesi ve gelişmesine yönelik çalışmalar yapmaya,

b) Taşınmaz ve ikinci el motorlu kara taşıtı alım satımı gibi ticari faaliyetleri yürütenlere yönelik mesleki davranış kurallarını belirlemeye ve bu faaliyetlerin yürütülmesine ilişkin düzenlemeler yapmaya,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

c) İstatistiki bilgileri derlemeye, düzenlemeye ve yayımlamaya,

ç) Bu Kanunun uygulanmasıyla ilgili olarak oluşan tereddütleri gidermeye, ikincil düzenlemeler yapmaya ve her türlü idari tedbiri almaya, görevli ve yetkilidir.

(2) Cumhurbaşkanı;

(1)a) (...) faaliyet konusu ve kollarına göre perakende işletmelerin açılış ve faaliyete geçişinde, işletme sayısı ve bunların birbirlerine yakınlığı, ulaşım imkânları, işletmelerin çevreye, altyapıya ve trafiğe getireceği yükler ile can ve mal güvenliği riski gibi ekonomik, sosyal, demografik ve çevresel faktörler açısından gözetilecek kriterleri belirleyerek, PERBİS işyeri açma ve çalışma ruhsatı onay sürecine dâhil edilmek üzere belirlediği kriterleri Bakanlığa iletmeye ve bu hususlara ilişkin usul ve esasları yönetmelikle düzenlemeye,

....

yetkilidir.

Denetim

MADDE 17 – (1) Bakanlık, bu Kanunun uygulanması, uygulamada çıkan sorunlar ve şikâyetlerle ilgili olarak perakende işletmeler nezdinde denetim yapmaya yetkilidir.

4.2.12 26/5/2005 Tarihli ve 5355 Sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu

Ülke düzeyinde birlik kurulması

Madde 20- Mahallî idarelerin menfaatlerinin korunması, gelişmelerine yardımcı olunması, personelinin eğitilmesi ve mahallî idarelerle ilgili kanun hazırlıklarında görüş bildirilmesi amacıyla il özel idarelerini ve belediyeleri temsil etmek üzere ülke düzeyinde sadece birer birlik kurulabilir. Bu durum ülke düzeyinde olmaksızın bu amaçlarla başka mahallî idare birliği kurulmasına engel oluşturmaz. İl özel idareleri ve belediyeler ülke düzeyinde kurulan birliklerden kendilerine ait olanın doğal üyesidirler. (Ek cümle:18/10/2018-7148/31 md.) İl özel idarelerinden oluşan ülke düzeyindeki birliğe yatırım izleme ve koordinasyon başkanlıkları da aynı hak, yetki ve yükümlülüklerle üye olurlar.

Ülke düzeyinde kurulan birlikler birinci fıkrada belirtilen amaçların yanında mahallî idarelere rehberlik etmek; mahallî idareler arasında yardımlaşma ve işbirliğini, teknik ve idarî



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

deneyim bilgi değişimini teşvik etmek; iyi uygulama örneklerinin yaygınlaşmasına yardım etmek konularında da faaliyette bulunabilir.

Birinci fıkrada belirtilen birliklerden belediyelere ait olanın birlik meclisi; büyükşehir, il merkezi ve nüfusu yüzbin ve daha fazla olan yerlerin belediye başkanları ile her ilden belediye başkanı ve belediye meclis üyeleri arasından o ilin milletvekili sayısı kadar seçilecek üyelerden oluşur. Seçim, birlik başkanlığının talebi üzerine büyükşehir olan yerlerde büyükşehir belediye başkanlığı, diğer yerlerde il belediye başkanlığınca tespit edilen gün ve yerde o il içindeki belediyelerin başkanları ve belediye meclis üyelerinin katılımıyla yapılır. Seçime katılacaklar kendilerini temsilen oy kullanmak üzere başka bir üyeye yazılı olarak yetki verebilirler.

4.2.13 9/8/1983 Tarihli ve 2872 Sayılı Çevre Kanunu

Amaç:

Madde 1 – (Değişik: 26/4/2006-5491/1 md.) Bu Kanunun amacı, bütün canlıların ortak varlığı olan çevrenin, sürdürülebilir çevre ve sürdürülebilir kalkınma ilkeleri doğrultusunda korunmasını sağlamaktır.

İlkeler:

Madde 3 –(Değişik: 26/4/2006-5491/3 md.) Çevrenin korunmasına, iyileştirilmesine ve kirliliğinin önlenmesine ilişkin genel ilkeler şunlardır:

a) Başta idare, meslek odaları, birlikler ve sivil toplum kuruluşları olmak üzere herkes, çevrenin korunması ve kirliliğin önlenmesi ile görevli olup bu konuda alınacak tedbirlere ve belirlenen esaslara uymakla yükümlüdürler.

b) Çevrenin korunması, çevrenin bozulmasının önlenmesi ve kirliliğin giderilmesi alanlarındaki her türlü faaliyette; Bakanlık ve yerel yönetimler, gerekli hallerde meslek odaları, birlikler ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yaparlar.

c) Arazi ve kaynak kullanım kararlarını veren ve proje değerlendirmesi yapan yetkili kuruluşlar, karar alma süreçlerinde sürdürülebilir kalkınma ilkesini gözetirler.

d) Yapılacak ekonomik faaliyetlerin faydası ile doğal kaynaklar üzerindeki etkisi sürdürülebilir kalkınma ilkesi çerçevesinde uzun dönemli olarak değerlendirilir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

e) Çevre politikalarının oluşmasında katılım hakkı esastır. Bakanlık ve yerel yönetimler; meslek odaları, birlikler, sivil toplum kuruluşları ve vatandaşların çevre hakkını kullanacakları katılım ortamını yaratmakla yükümlüdür. f) Her türlü faaliyet sırasında doğal kaynakların ve enerjinin verimli bir şekilde kullanılması amacıyla atık oluşumunu kaynağında azaltan ve atıkların geri kazanılmasını sağlayan çevre ile uyumlu teknolojilerin kullanılması esastır.

g) Kirlenme ve bozulmanın önlenmesi, sınırlandırılması, giderilmesi ve çevrenin iyileştirilmesi için yapılan harcamalar kirleten veya bozulmaya neden olan tarafından karşılanır. Kirletenin kirlenmeyi veya bozulmayı durdurmak, gidermek veya azaltmak için gerekli önlemleri almaması veya bu önlemlerin yetkili makamlarca doğrudan alınması nedeniyle kamu kurum ve kuruluşlarınca yapılan gerekli harcamalar 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun hükümlerine göre kirletenden tahsil edilir.

h) (Değişik:29/11/2018-7153/1 md.) Çevrenin korunması, çevre kirliliğinin önlenmesi ve giderilmesi, sıfır atığın yaygınlaştırılması, döngüsel ekonomi ilkelerinin uygulanması ve iklim değişikliği ile mücadele edilmesi için uyulması zorunlu standartlar ile vergi, harç, katılma payı, yenilenebilir enerji kaynaklarının ve temiz teknolojilerin teşviki, motorsuz veya elektrikli araçların teşviki, atıkların geri kazanımı ile arıtılmış atıksuların yeniden kullanımının teşviki, geri kazanım katılım payı, plastik içerikli poşet veya ambalaj ve tek kullanımlık materyallerin kullanımının azaltılması, depozito uygulaması, emisyon ücreti, kirletme bedeli ve kirliliğin önlenmesine yönelik teminat alınması ve sera gazı emisyonlarının takibine yönelik karbon ticareti gibi piyasaya dayalı mekanizmalar ile ekonomik araçlar ve teşvikler kullanılır.

ı) Bölgesel ve küresel çevre sorunlarının çözümüne yönelik olarak taraf olduğumuz uluslararası anlaşmalar sonucu ortaya çıkan ulusal hak ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi için gerekli teknik, idarî, malî ve hukukî düzenlemeler Bakanlığın koordinasyonunda yapılır.

Gerçek ve tüzel kişiler, bu düzenlemeler sonucu ortaya çıkabilecek maliyetleri karşılamakla yükümlüdür.

4.2.14 3/7/2005 Tarih ve 5393 Sayılı Belediye Kanunu

Belediyenin görev ve sorumlulukları

MADDE 14- Belediye, mahallî müşterek nitelikte olmak şartıyla;



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

a) İmar, su ve kanalizasyon, ulaşım gibi kentsel alt yapı; coğrafi ve kent bilgi sistemleri; çevre ve çevre sağlığı, temizlik ve katı atık; zabıta, itfaiye, acil yardım, kurtarma ve ambulans; şehir içi trafik; defin ve mezarlıklar; ağaçlandırma, park ve yeşil alanlar; konut; kültür ve sanat, turizm ve tanıtım, gençlik ve spor orta ve yüksek öğrenim öğrenci yurtları (Bu Kanunun 75 inci maddesinin son fıkrası, belediyeler, il özel idareleri, bağlı kuruluşları ve bunların üyesi oldukları birlikler ile ortağı oldukları Sayıştay denetimine tabi şirketler tarafından, orta ve yüksek öğrenim öğrenci yurtları ile Devlete ait her derecedeki okul binalarının yapım, bakım ve onarımı ile tefrişinde uygulanmaz.); sosyal hizmet ve yardım, nikâh, meslek ve beceri kazandırma; ekonomi ve ticaretin geliştirilmesi hizmetlerini yapar veya yaptırır. (Mülga son cümle: 12/11/2012- 6360/17 md.) (...) (Ek cümleler: 12/11/2012-6360/17 md.) Büyükşehir belediyeleri ile nüfusu 100.000'in üzerindeki belediyeler, kadınlar ve çocuklar için konukevleri açmak zorundadır. Diğer belediyeler de mali durumları ve hizmet önceliklerini değerlendirerek kadınlar ve çocuklar için konukevleri açabilirler.

b) (...) (2) Devlete ait her derecedeki okul binalarının inşaatı ile bakım ve onarımını yapabilir veya yaptırabilir, her türlü araç, gereç ve malzeme ihtiyaçlarını karşılayabilir; sağlıklı ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir; mabetlerin yapımı, bakımı, onarımını yapabilir; kültür ve tabiat varlıkları ile tarihî dokunun ve kent tarihi bakımından önem taşıyan mekânların ve işlevlerinin korunmasını sağlayabilir; bu amaçla bakım ve onarımını yapabilir, korunması mümkün olmayanları aslına uygun olarak yeniden inşa edebilir. (Değişik ikinci cümle: 12/11/2012-6360/17 md.) Gerektiğinde, sporu teşvik etmek amacıyla gençlere spor malzemesi verir, amatör spor kulüplerine ayni ve nakdî yardım yapar ve gerekli desteği sağlar, her türlü amatör spor karşılaşmaları düzenler, yurt içi ve yurt dışı müsabakalarda üstün başarı gösteren veya derece alan öğrencilere, sporculara, teknik yöneticilere ve antrenörlere belediye meclisi kararıyla ödül verebilir. Gıda bankacılığı yapabilir.

Belediyenin yetkileri ve imtiyazları

MADDE 15- Belediyenin yetkileri ve imtiyazları şunlardır:

a) Belde sakinlerinin mahallî müşterek nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla her türlü faaliyet ve girişimde bulunmak.

h) Mahallî müşterek nitelikteki hizmetlerin yerine getirilmesi amacıyla, belediye ve mücavir alan sınırları içerisinde taşınmaz almak, kamulaştırmak, satmak, kiralamak veya kiraya vermek, trampa etmek, tahsis etmek, bunlar üzerinde sınırlı aynî hak tesis etmek.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

4.2.15 10/7/2004 Tarih ve 5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu

Büyükşehir ve ilçe belediyelerinin görev ve sorumlulukları

MADDE 7- Büyükşehir belediyesinin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

a) İlçe (...) belediyelerinin görüşlerini alarak büyükşehir belediyesinin stratejik plânını, yıllık hedeflerini, yatırım programlarını ve bunlara uygun olarak bütçesini hazırlamak,

b) Çevre düzeni plânına uygun olmak kaydıyla, büyükşehir belediye (...) sınırları içinde 1/5.000 ile 1/25.000 arasındaki her ölçekte nazım imar plânını yapmak, yaptırmak ve onaylayarak uygulamak; büyükşehir içindeki belediyelerin nazım plâna uygun olarak hazırlayacakları uygulama imar plânlarını, bu plânlarda yapılacak değişiklikleri, parselasyon plânlarını ve imar ıslah plânlarını aynen veya değiştirerek onaylamak ve uygulanmasını denetlemek; nazım imar plânının yürürlüğe girdiği tarihten itibaren bir yıl içinde uygulama imar plânlarını ve parselasyon plânlarını yapmayan ilçe (...) belediyelerinin uygulama imar plânlarını ve parselasyon plânlarını yapmak veya yaptırmak,

c) Kanunlarla büyükşehir belediyesine verilmiş görev ve hizmetlerin gerektirdiği proje, yapım, bakım ve onarım işleriyle ilgili her ölçekteki imar plânlarını, parselasyon plânlarını ve her türlü imar uygulamasını yapmak ve ruhsatlandırmak, 20.7.1966 tarihli ve 775 sayılı Gecekondu Kanununda belediyelere verilen yetkileri kullanmak,

f) Büyükşehir ulaşım ana plânını yapmak veya yaptırmak ve uygulamak; ulaşım ve toplu taşıma hizmetlerini plânlamak ve koordinasyonu sağlamak; kara, deniz, su ve demiryolu üzerinde işletilen her türlü servis ve toplu taşıma araçları ile taksi sayılarını, bilet ücret ve tarifelerini, zaman ve güzergâhlarını belirlemek; durak yerleri ile karayolu, yol, cadde, sokak, meydan ve benzeri yerler üzerinde araç park yerlerini tespit etmek ve işletmek, işlettirmek veya kiraya vermek; kanunların belediyelere verdiği trafik düzenlemesinin gerektirdiği bütün işleri yürütmek.

g) (Değişik: 12/11/2012-6360/7 md.) Büyükşehir belediyesinin yetki alanındaki mahalleleri ilçe merkezine bağlayan yollar, meydan, bulvar, cadde ve ana yolları yapmak, yaptırmak, bakım ve onarımı ile bu yolların temizliği ve karla mücadele çalışmalarını yürütmek; kentsel tasarım projelerine uygun olarak bu yerlere cephesi bulunan yapılara ilişkin yükümlülükler koymak; ilân ve reklam asılacak yerleri ve bunların şekil ve ebadını belirlemek;



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

meydan, bulvar, cadde, yol ve sokak ad ve numaraları ile bunlar üzerindeki binalara numara verilmesi işlerini gerçekleştirmek,

h) Coğrafi ve kent bilgi sistemlerini kurmak,

j) Gıda ile ilgili olanlar dâhil birinci sınıf gayrisihhî müesseseleri ruhsatlandırmak ve denetlemek, yiyecek ve içecek maddelerinin tahlillerini yapmak üzere laboratuvarlar kurmak ve işletmek,

m) Büyükşehirin bütünlüğüne hizmet eden sosyal donatılar, bölge parkları, hayvanat bahçeleri, hayvan barınakları, kütüphane, müze, spor, dinlence, eğlence ve benzeri yerleri yapmak, yaptırmak, işletmek veya işlettirmek; gerektiğinde amatör spor kulüplerine nakdî yardım yapmak, malzeme vermek ve gerekli desteği sağlamak, amatör takımlar arasında spor müsabakaları düzenlemek, yurt içi ve yurt dışı müsabakalarda üstün başarı gösteren veya derece alan sporculara, teknik yönetici, antrenör ve öğrencilere belediye meclis kararıyla ödül vermek,

n) Gerektiğinde mabetler ile sağlık, eğitim ve kültür hizmetleri için bina ve tesisler yapmak, kamu kurum ve kuruluşlarına ait bu hizmetlerle ilgili bina ve tesislerin her türlü bakımını, onarımını yapmak ve gerekli malzeme desteğini sağlamak,

v) Sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işlettirmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksekokullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak,

4.2.16 16.5.2006 Tarihli ve 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu

Kurumun Amacı ve Görevleri

MADDE 3- Kurumun temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir.

Kurumun görevleri şunlardır:

a) Ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak sosyal güvenlik politikalarını uygulamak, bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmak.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

b) Hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak.

c) Sosyal güvenliğe ilişkin konularda; uluslararası gelişmeleri izlemek, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak, yabancı ülkelerle yapılacak sosyal güvenlik sözleşmelerine ilişkin gerekli çalışmaları yürütmek, usûlüne göre yürürlüğe konulmuş uluslararası antlaşmaları uygulamak.

ç) Sosyal güvenlik alanında, kamu idareleri arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamak.

d) Bu Kanun ve diğer kanunlar ile Kuruma verilen görevleri yapmak.

4.2.17 15/2/2011 Tarihli ve 6112 Sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun

Genel esaslar

MADDE 9 – (1) Ticarî iletişim, yayın hizmetinin diğer unsurlarından görsel ve işitsel olarak kolayca ayırt edilebilir olmak zorundadır.

(2) Ticarî iletişimde bilinçaltı teknikleri kullanılamaz.

(3) Gizli ticarî iletişime izin verilemez.

(4) Haber bülteni ve haber programlarını düzenli olarak sunan kişilerin görüntü veya seslerine ticarî iletişimlerde yer verilemez.

(5) Ticarî iletişim, medya hizmet sağlayıcının editoryal bağımsızlığını ve program içeriğini etkileyecek şekilde kullanılamaz.

(6) Ticarî iletişim, 8 inci maddede belirlenen esas ve ilkeler saklı kalmak kaydıyla;

a) Adalet, hakkaniyet ve dürüstlük ilkelerine uygun olmak,

b) Cinsiyet, ırk, renk veya etnik köken, tabiiyet, din, felsefî inanç veya siyasî düşünce, engellilik, yaş ve herhangi bir ayrımcılığı içermemek veya teşvik etmemek, (1)

c) Yanıltıcı olmamak ve tüketicinin çıkarlarına zarar vermemek,

ç) Çocukların fiziksel, zihinsel veya ahlakî gelişimine zarar vermemek, deneyimsizliklerini veya saflıklarını istismar ederek, çocukları bir ürün veya hizmeti satın almaya veya kiralamaya doğrudan yönlendirmemek; çocukları reklamı yapılmakta olan ürün veya hizmetleri satın almak için ebeveynlerini veya başkalarını ikna etmeye doğrudan teşvik



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

etmemek; çocukların ebeveynlerine, öğretmenlerine veya diğer kişilere duyduğu güveni istismar etmemek veya sebepsiz olarak çocukları tehlikeli durumlarda göstermemek,

d) Kadınların istismarına yönelik olmamak,

e) Sağlık, çevre ve güvenliğe zarar verecek davranışa teşvik etmemek, zorundadır.

(7) Genel beslenme diyetlerinde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıda ve maddeler içeren yiyecek ve içeceklerin ticarî iletişimine, çocuk programlarıyla birlikte veya bu programların içinde yer verilemez.

(8) Ticarî iletişim yayınlarının ses seviyesi diğer yayın bölümleri ile aynı seviyede olmak zorundadır.

Görev ve yetkiler

MADDE 37 – (1) Üst Kurulun görev ve yetkileri şunlardır:

a) Yayın hizmetleri alanında ifade ve haber alma özgürlüğünün, düşünce çeşitliliğinin, Rekabet Kurumunun görev ve yetkileri saklı kalmak kaydıyla rekabet ortamının ve çoğulculuğun güvence altına alınması, yoğunlaşmanın önlenmesi ve kamu menfaatinin korunması amacıyla gerekli tedbirleri almak.

ğ) Medya hizmet sağlayıcılarının yayın hizmetlerinde yer verecekleri koruyucu sembol sistemi ile ilgili usul ve esasları belirlemek.

h) Medya hizmet sağlayıcılarının sunduğu yayın hizmetlerinde ve platform, multipleks, altyapı işletmecileri ile verici tesis ve işletim şirketinin sunduğu hizmetlerde bu Kanuna ve ilgili diğer mevzuata aykırılık tespit edilmesi veya yayın lisansı şartlarına uyulmaması hâlinde gerekli müeyyideleri uygulamak,

j) 5809 sayılı Elektronik Haberleşme Kanunu ve ilgili mevzuat hükümleri saklı kalmak kaydıyla ve bireysel amaçlı iletişim yöntemleri hariç, teknolojik gelişmelere bağlı olarak ortaya çıkan yeni yayın iletim yöntemleri de dâhil olmak üzere yayın hizmetleri ile ilgili düzenlemeler yapmak ve deneme yayını izni vermek.

s) Medya hizmet sağlayıcılardan görevleri kapsamında her türlü bilgi, belge ve kayıtları almak, medya hizmet sağlayıcıları yerinde denetlemek ve lisans şartlarına uymayan cihazları mühürleyerek kapatmak.

y) (Ek: 17/4/2017-KHK-690/62 md.; Aynen kabul: 1/2/2018-7077/52 md.) Yayın hizmetlerinde ailenin ve çocukların korunması ilkesini gözeterek, ailenin bütünlüğü ve



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

sürekliliği ile çocuk ve gençlerin fiziksel, zihinsel ve ahlaki gelişimlerini destekleyecek nitelikteki aile ve çocuk dostu yapım ve dizileri, Üst Kurulca bir önceki yılda uygulanan idari para cezalarının yüzde yirmisini aşmamak kaydıyla, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile birlikte belirlenecek usul ve esaslara göre teşvik etmek.

4.2.18 26/9/2004 Tarihli ve 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu

İKİNCİ KISIM

Kişilere Karşı Suçlar

BİRİNCİ BÖLÜM

Hayata Karşı Suçlar

Kasten öldürme

Madde 81- (1) Bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.

Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi

Madde 83- (1) Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir.

(2) İhmali ve icrai davranışın eşdeğer kabul edilebilmesi için, kişinin;

a) Belli bir icrai davranışta bulunmak hususunda kanuni düzenlemelerden veya sözleşmeden kaynaklanan bir yükümlülüğünün bulunması,

b) Önceden gerçekleştirdiği davranışın başkalarının hayatı ile ilgili olarak tehlikeli bir durum oluşturmaması,

Gerekir.

(3) Belli bir yükümlülüğün ihmali ile ölüme neden olan kişi hakkında, temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine onbeş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hallerde ise on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir.

Taksirle öldürme

Madde 85- (1) Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

(2) Fiil, birden fazla insanın ölümüne ya da bir veya birden fazla kişinin ölümü ile birlikte bir veya birden fazla kişinin yaralanmasına neden olmuş ise, kişi iki yıldan onbeş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

İKİNCİ BÖLÜM

Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar

Kasten yaralama

Madde 86- (1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) (Ek fıkra: 31/3/2005 – 5328/4 md.) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur.

(3) Kasten yaralama suçunun;

- a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,
- b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
- c) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,
- d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,
- e) Silahla,
- f) (Ek:14/4/2020-7242/11 md.) Canavarca hisle,

İşlenmesi halinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında, (f) bendi bakımından ise bir kat artırılır. (4)

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama

Madde 87- (1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

- a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
- b) Konuşmasında sürekli zorluğa,
- c) Yüzünde sabit ize,
- d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.

(2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

- a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
- b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,
- c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
- d) Yüzünün sürekli değişikliğine,
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkra giren

hallerde beş yıldan, üçüncü fıkra giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.

(3) (Değişik: 6/12/2006 – 5560/4 md.) Kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına veya çıkığına neden olması halinde, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, kırık veya çıkığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, yarısına kadar artırılır.

(4) Kasten yaralama sonucunda ölüm meydana gelmişse, yukarıdaki maddenin birinci fıkrasına giren hallerde sekiz yıldan oniki yıla kadar, üçüncü fıkrasına giren hallerde ise oniki yıldan onsekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi

Madde 88- (1) Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi halinde, verilecek ceza üçte ikisine kadar indirilebilir.

Bu hükmün uygulanmasında kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesine ilişkin koşullar göz önünde bulundurulur.

Taksirle yaralama

Madde 89- (1) Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden

olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

(2) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

- a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
- b) Vücudunda kemik kırılmasına,
- c) Konuşmasında sürekli zorluğa,
- d) Yüzünde sabit ize,
- e) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
- f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, birinci fıkra giren hallerde belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

(3) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,

c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,

d) Yüzünün sürekli değişikliğine,

e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine,

Neden olmuşsa, birinci fıkra göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

(4) Fiilin birden fazla kişinin yaralanmasına neden olması halinde, altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(5) (Değişik: 6/12/2006 – 5560/5 md.) Taksirle yaralama suçunun soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlıdır. Ancak, birinci fıkra kapsamına giren yaralama hariç, suçun bilinçli taksirle işlenmesi halinde şikâyet aranmaz.

4.2.19 2/12/1999 Tarihli ve 4483 Sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun

Amaç

Madde 1 – Bu Kanunun amacı, memurlar ve diğer kamu görevlilerinin görevleri sebebiyle işledikleri suçlardan dolayı yargılanabilmeleri için izin vermeye yetkili mercileri belirtmek ve izlenecek usulü düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2 – Bu Kanun,Devletin ve diğer kamu tüzel kişilerinin genel idare esaslarına göre yürüttükleri kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevleri ifa eden memurlar ve diğer kamu görevlilerinin görevleri sebebiyle işledikleri suçlar hakkında uygulanır.

Görevleri ve sıfatları sebebiyle özel soruşturma ve kovuşturma usullerine tabi olanlara ilişkin kanun hükümleri ile suçun niteliği yönünden kanunlarda gösterilen soruşturma ve kovuşturma usullerine ilişkin hükümler saklıdır.

Ağır cezayı gerektiren suçüstü hali genel hükümlere tabidir.

Disiplin hükümleri saklıdır.

(Ek: 2/1/2003-4778/33 md.) 765 sayılı Türk Ceza Kanununun 243 ve 245 inci maddeleri ile 1412 sayılı Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununun 154 üncü maddesinin dördüncü fıkrası kapsamında açılacak soruşturma ve kovuşturmalarda bu Kanun hükümleri uygulanmaz.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

İzin vermeye yetkili merciler

Madde 3 – Soruşturma izni yetkisi

- a) İlçede görevli memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında kaymakam,
- b) (Değişik:6/12/2019-7196/51 md.) İlde ve merkez ilçede görevli memurlar ve diğer kamu görevlileri ile kaymakamlar hakkında valî,
- c) Bölge düzeyinde teşkilatlanan kurum ve kuruluşlarda görev yapan memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında görev yaptıkları ilin valisi,

Yetkili mercilerin saptanmasında, memur veya kamu görevlisinin suç tarihindeki görevi esas alınır.

Ast memur ile üst memurun aynı fiile iştiraki halinde izin, üst memurun bağlı olduğu merciden istenir.

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU****5 ALT KOMİSYONCA YAPILAN TOPLANTILAR VE YERİNDE İNCELEMELER**

Dilekçe Hakkının Kullanılmasına Dair Kanun'un 8'inci maddesinin ikinci fıkrasında sayılan; kamu kurum ve kuruluşları, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile özel kuruluşlardan her türlü bilgi ve belgeyi almak, ilgilileri çağırıp bilgi almak, idari denetimin yapılmasını istemek, bilirkişi görevlendirmek ve yerinde inceleme yapmak yetkilerini kullanabilmesine dair hükümler doğrultusunda, başta Cumhurbaşkanlığı ve Sağlık Bakanlığı olmak üzere tüm paydaş Bakanlıklar ve Bağlı Kuruluşlar, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Türkiye Belediyeler Birliği ve Obezite üzerinde çalışmaları olan Sivil Toplum Örgütleri ile görsel medyada toplumu bu anlamda yönlendiren tanınmış simalar ile işbirliği yaparak konu ile ilgili tarafların dinlendiği on bir toplantı ve bir yerinde inceleme(İstanbul) gerçekleştirilmiştir

Alt Komisyon tarafından yapılan toplantılar¹ ile bu toplantılara Komisyonu bilgilendirmek üzere katılan kurum, kuruluş ve ilgili uzman şahıslar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
1.Toplantı 17 Aralık 2018	Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Prof. Dr. Ahmet TEKİN Genel Müdür
	Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Dr. Sabahattin KOCADAĞ Halk Sağlığı Uzmanı

¹ Alt Komisyon tutanaklarına ulaşmak için;

https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/komisyon_tutanaklari.donem_listele?pKomKod=10267&pAlt=2



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
	Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü	Mutlu KAYA Daire Başkanı
2. Toplantı 20 Şubat 2019	Sağlık Bakanlığı (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü)	Dr. Sabahattin KOCADAĞ Halk Sağlığı Uzmanı
	Türk Tabipler Birliği	PROF DR. Mehmet Mahir ÖZMEN
		AV. Leyla Verda ERSOY
	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü	Mustafa ÖZDERYOL Genel Müdür
	Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Yerel Yönetimler Genel Müdürlüğü	Nihat Eroğlu Şube Müdürü
	Tarım ve Orman Bakanlığı (Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü)	Hanife Ayan Gıda Mühendisi



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
	Gençlik ve Spor Bakanlığı	Adnan HASANOĞLU Daire Başkanı
		Hakan BEBEK Daire Başkanı
	Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi	Doç. Dr. Tufan NAYIR
3. Toplantı 15 Mayıs 2019	Sağlık Bakanlığı (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü) (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü)	Dr. Hatice KINIK Daire Başkanı
		Dr. Sabahattin KOCADAĞ Halk Sağlığı Uzmanı
	Tarım ve Orman Bakanlığı (Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü)	Hatice AYAN Gıda Mühendisi
	Sosyal Güvenlik Kurumu (Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü)	Mustafa ÖZDERYOL Genel Müdür
	Türkiye Diyetisyenler Derneği	Uzman Dr. Banu Süzen
	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği	Prof. Dr. Alper SÖNMEZ



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
	Obezite Diyetisyenleri Derneği	Prof. Dr. Nevin ŞANLIER
	Türkiye Diyabet Vakfı	Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN
	Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Diyetisyenleri Derneği	Dr. Öğretim Üyesi Nihal Zekiye ERDEM
	Türkiye Spor Hekimleri Derneği	Prof. Dr. Bülent ÜLKAR Başkan Yardımcısı
		Dr. Öğretim Üyesi Sabriye ERCAN
4. Toplantı 29 Mayıs 2019	Sağlık Bakanlığı (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü)	
		Nazan YARDIM Daire Başkanı
		Dr. Sabahattin KOCADAĞ Halk Sağlığı Uzmanı
	Tarım ve Orman Bakanlığı (Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü)	Hanife AYAN Mühendis
	Çevre ve Şehircilik Bakanlığı (Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü)	Mehmet Metin ÇİÇEK Genel Müdür
	Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi	Doç.Dr. Toker ERGÜDER Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Yaşam Program Koordinatörü
		Doç.Dr. Tufan NAYIR Temsilci
	Obezite Diyetisyenliği Derneği	Prof. Dr. Nevin ŞANLIER Dernek Başkanı



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
5. Toplantı 16 Ekim 2019	Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	İdil AKDAĞ
	Çevre ve Şehircilik Bakanlığı (Destek Hizmetleri Başkanlığı)	Ali Sami KULAKLIOĞLU Daire Başkanı
		Dr. Nihat ÜLGEN
	Gençlik ve Spor Bakanlığı	Adnan HASANOĞLU Daire Başkanı
	Hazine ve Maliye Bakanlığı (Kamu Mali Yönetim ve Dönüşüm Genel Müdürlüğü)	Selma ŞALK Uzman
	Milli Eğitim Bakanlığı (Destek Hizmetleri Genel Müdürlüğü)	İsmail ÇOLAK Genel Müdür
		Özkan AVCI Birim Koordinatörü
		Murat GÜLŞEN Hizmet Yetkilisi
	Ticaret Bakanlığı	Avni DİLBER Genel Müdür Yardımcısı
		Serpil ERYİĞİT BAL Uzman
	Sağlık Bakanlığı (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü)	Hatice Berna KARAKAŞ Diyetisyen
	Radyo ve Televizyon Üst Kurulu	Şemsettin GÜRPINAR Başkan Yardımcısı V.
		Murat ELLİALTI Daire Başkan V.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
	Türkiye Belediyeler Birliği	Şeyma KARAR Uzman
		Muhammet MERMEROĞLU Avukat
	Tarım ve Orman Bakanlığı (Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü)	Doç. Dr. Veli GÜLYAZ Genel Müdür Yardımcısı
		M. Emel MOLLA Gıda Yüksek Mühendisi
		Hanife AYAN Gıda Mühendisi
6. Toplantı 6 Kasım 2019	Sosyal Güvenlik Kurumu (Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü)	Mustafa ÖZDERYOL Genel Müdür
		İsa TEKPINAR Daire Başkan Yardımcısı
		Didem ÜNAL Şube Müdürü
		Şeyda TEZCAN DEMİRBAĞ
		Esra KARARTAŞ
	Çevre ve Şehircilik Bakanlığı	Ahmet Sami KULAKLIOĞLU Destek Hizmetleri Başkanı
		Nihat EROĞLU Şube Müdürü
	Gençlik ve Spor Bakanlığı	Ömer ALTUNSOY



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
	(Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü) (Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı)	Genel Müdür Yardımcısı
		Adnan HASANOĞLU Daire Başkanı
	Hazine ve Maliye Bakanlığı	Levent ÖZDEMİR Devlet Gelir Uzmanı
	Milli Eğitim Bakanlığı (Destek Hizmetleri Genel Müdürlüğü)	İsmail ÇOLAK Genel Müdür
		Özkan AVCI Birim Koordinatörü
		Murat GÜLŞEN Hizmet Yetkilisi
		Büşra Şeyma BİÇEN KARTAL
	Tarım ve Orman Bakanlığı (Gıda İşletmeleri ve Kodeks Daire Başkanlığı)	Betül VAZGEÇER Daire Başkanı
		Ferda ASLANHAN Diyetisyen
	Ticaret Bakanlığı (Tüketicinin Korunması ve Piyasa Gözetimi Genel Müdürlüğü)	Muhittin YILDIRIM Ticaret uzmanı
		Fatih OKTAY Ticaret Uzmanı
	Sağlık Bakanlığı (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü) (Sağlıklı beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı)	Dr. Sabahattin KOCADAĞ Halk Sağlığı Uzmanı
	Radyo ve Televizyon Üst Kurulu	Şemsettin GÜRPINAR Başkan Yardımcısı V.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
		Murat ELLİALTI Daire Başkan Yardımcısı V.
	Türkiye Belediyeler Birliği	Şeyma KARA Uzman
		Muhammet Ali MERMEROĞLU
7. Toplantı 18/12/2019	Çevre ve Şehircilik Bakanlığı (Yerel Yönetimler Genel Müdürlüğü) (Mekânsal Planlama Genel Müdürlüğü) (Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü) (Mesleki Hizmetler Genel Müdürlüğü)	Ahmet Sami KULAKLIOĞLU Daire Başkanı
		Halil Şener Daire Başkanı
		Ayşegül DİNÇ YALÇIN Daire Başkanı
		Gülsüm Hande KEÇECİ Uzman
		Şule BEKTAŞ Uzman
		Mustafa TEKİN Şube Müdürü
		Pınar ZORAL Şube Müdürü
		Yasemin ESEN Daire Başkanı
	Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü)	Eyüp Sabri TEZCAN Uzman Doktor



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
	(SGK-Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü) (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü)	Deniz Çağlayan GÜMÜŞ Daire Başkanı
	Gençlik ve Spor Bakanlığı	Hasan BEBEK Daire Başkanı
	Hazine ve Maliye Bakanlığı (Gelir İdaresi Başkanlığı)	Nuray SERDAROĞLU ERBİL Grup Başkanı
		Levent ÖZDEMİR Devlet Gelir Uzmanı
		Hülya BAL Maliye Uzmanı
	Tarım ve Orman Bakanlığı (Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü)	Selman AYAZ Daire Başkanı
		Muhterem Emel MOLLA Gıda Yüksek Mühendisi
		Ferda ASLANHAN Diyetisyen
	Sağlık Bakanlığı (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü)	Doç. Dr. Nazan YILDIRIM Daire Başkanı
		Dr. Sabahattin KOCADAĞ Halk Sağlığı Uzmanı
	Radio ve Televizyon Üst Kurulu	Murat ELLİALTI Daire Başkanı V.
	Milli Eğitim Bakanlığı Destek Hizmetleri Genel Müdürlüğü	İsmail ÇOLAK Genel Müdür
		Özkan AVCI



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
		Birim Koordinatörü
		Murat GÜLŞEN Birim yetkilisi
	Ticaret Bakanlığı Tüketicinin Korunması ve Piyasa Gözetimi Genel Müdürlüğü	Oğuz ŞAHİN Daire Başkanı
	Türkiye Belediyeler Birliği	Doç.Dr. Birol EKİCİ Genel Sekreter
		Kayhan ÖZÜM Genel Sekreter Yardımcısı
		Nilüfer SİVRİKAYA Dış İlişkiler Müdürü
		Şeyma KARA Dış İlişkiler uzmanı
8. Toplantı 15/01/2020	Sağlık Bakanlığı	Dr. Mehmet Zafer KALAYCI Daire Başkanı
		Nazan YARDIM Daire Başkanı
		Sabahattin KOCADAĞ Halk Sağlığı Uzmanı
	Hazine ve Maliye Bakanlığı (Gelir İdaresi Başkanlığı)	Nuray SERDAROĞLU ERBİL
	(Kamu Mali Yönetim ve Dönüşüm Genel Müdürlüğü)	Grup Başkanı
		Levent ÖZDEMİR Devlet Gelir Uzmanı
		Hülya BAL



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
		Maliye Uzmanı
	Gençlik ve Spor Bakanlığı Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Çetin OK Şube Müdürü
	Milli Eğitim Bakanlığı Destek Hizmetleri Genel Müdürlüğü	İsmail ÇOLAK Genel Müdür
		Özkan AVCI Birim Koordinatörü
		Murat GÜLŞEN Birim yetkilisi
	Ticaret Bakanlığı Tüketicinin Korunması ve Piyasa Gözetimi Genel Müdürlüğü	Muhittin YILDIRIM Ticaret Uzmanı
	Radyo ve Televizyon Üst Kurulu	Murat ELLİALTI Daire Başkan Yardımcısı V.
	Çevre ve Şehircilik Bakanlığı	Ahmet Sami KULAKLIOĞLU Daire Başkanı
	Tarım ve Orman Bakanlığı	Mehmet MENDERİS Tarım Uzmanı
		Çağrı ALTUNDAĞ Gıda Mühendisi
		Ferda ASLANHAN Diyetisyen
	Hay Sağlık Merkezi	Uzman Dr. Ender SARAÇ
	Kocaeli Üniversitesi	Doç.Dr. Emel ERGÜL
	Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	Dr. Eyüp Sabri TEZCAN



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
9.Toplantı 16/01/2020	SGK-Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetleri genel Müdürlüğü	Uzman Tabip
		Hulusi Armağan YILDIRIM Daire Başkanı
	Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Doç.Dr. Nazan YILDIRIM Daire Başkanı
		Dr. Sabahattin KOCADAĞ Halk Sağlığı Uzmanı
		Yusuf YAVUZ Daire Başkanı
		Uzm. Dr. Serra KARAKAYA
	Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Hulusi Armağan YILDIRIM Daire Başkanı
		Fatma KARATAŞ Uzman
		Eyüp Sabri TEZCAN Uzman Doktor
	Hazine ve Maliye Bakanlığı (Gelir İdaresi Başkanlığı) (Kamu Mali Yönetim ve Dönüşüm Genel Müdürlüğü)	Nuray SERDAROĞLU ERBİL Grup Başkanı
		Levent ÖZDEMİR Devlet Gelir Uzmanı
		Mustafa Ali TAŞKIN Daire Başkanı V.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
	Gençlik ve Spor Bakanlığı Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Çetin OK Şube Müdürü
	Milli Eğitim Bakanlığı Destek Hizmetleri Genel Müdürlüğü	İsmail ÇOLAK Genel Müdür
		Özkan AVCI Birim Koordinatörü
		Murat GÜLŞEN Birim yetkilisi
	Ticaret Bakanlığı (Tüketicin Korunması ve Piyasa Gözetimi Genel Müdürlüğü)	Muhittin YILDIRIM Ticaret Uzmanı
	Radyo ve Televizyon Üst Kurulu	Murat ELLİALTI Daire Başkanı V.
	Çevre ve Şehircilik Bakanlığı	Ahmet Sami KULAKSIZOĞLU Daire Başkanı
	Tarım ve Orman Bakanlığı Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü	Selman AYZAZ Daire Başkanı
		Muhtereme Emel MOLLA Gıda Yüksek Mühendisi
		Ferda ASLANHAN Diyetisyen
10.Toplantı 24/6/2020	Adalet Bakanlığı (Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü)	Altan Fatih MEHAN Genel Müdür Yardımcısı
		Sevil Yüksel Genel Müdür Yardımcısı



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
	(Hukuk İşleri Genel Müdürlüğü)	İzzet BAŞARA Bilirkişilik Daire Başkanı
	(Ceza İşleri Genel Müdürlüğü)	Ali ÖZTÜRKMEN Genel Müdür Yardımcısı
	(Mevzuat Genel Müdürlüğü)	Kemal ERTÜRK Daire Başkanı
	(Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü)	İsmail Şahin Daire Başkanı
	(Adli Tıp Kurumu)	Gökhan ERDOĞAN Daire Başkanı
		Prof. Dr. A. Kaan ZENGİN ATK 8.İhtisas Kurulu Üyesi
		Dr. Yusuf TANRIKULU ATK Ankara Grup Başk.
	Türk Tabipleri Birliği	Prof. Dr. M. Mahir ÖZMEN Temsilci
		Leyla Verda Ersoy Avukat
	Türkiye Barolar Birliği	Av. Gamze KARADUMAN NEJAT
	Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	Fahriye İNCE Daire Başkanı
		U. Pınar BÜYÜKKAYAER Daire Başkanı
		E. Sabri Tezcan Uzman



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
	Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Uzm. Dr. Sabahattin KOCADAĞ
		Uzm. Dr. Yusuf YAVUZ Daire Başkanı
		Sedanur SAVCI SULHAN Birim Sorumlusu
	Radio ve Televizyon Üst Kurulu	Murat ELLİALTI Daire Başkanı
	Dilekçe Sahipleri	Ümmügölsüm ELKHATROUSHİ
		Mehmet Abdurrahman Fidan
		Balıkesir Milletvekili Pakize Mutlu AYDEMİR
11.Toplantı 28/4/2021	Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Doç.Dr. Fatih KARA Genel Müdür
		Bekir KESKİNKILIÇ Genel Müdür Yardımcısı
	Milli Eğitim Bakanlığı Destek Hizmetleri Genel Müdürlüğü	İsmail ÇOLAK Genel Müdür
	Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	Hulusi Armağan YILDIRIM Daire Başkanı



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Alt Komisyon Toplantıları ve Toplantıya Katılıp Görüşlerinden Yararlanılan Kişiler Tablosu		
Yapılan Toplantılar	Toplantıya Katılan Kurum/Kuruluş ve Sivil Toplum	Katılımcılar
	Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Ferhat ODABAŞI Daire Başkanı
	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü	Gizem Naz DÖLEK Başkan Yrd.
	Türk Tabipleri Birliği	Leyla Verda Ersoy Avukat
	Gençlik ve Spor Bakanlığı Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Hakan BEBEK Daire Başkanı
	Tarım ve Orman Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü	Mehmet DEĞİRMENCİ Daire Başkanı
		Muhtereme Emel MOLLA Daire Başkan V.
	Ticaret Bakanlığı Tüketicinin Korunması ve Piyasa Gözetimi Genel Müdürlüğü	Oğuz Şahin Genel Müdür Yardımcısı



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6 KAMU KURUMLARININ YAZILI AÇIKLAMALARI

Komisyonumuza gelen ve söz konusu talepleri içeren dilekçe konusu ile ilgili olarak ilgili kurumlardan yazı ile bilgi talep edilmiştir. Bahse konu dilekçe ile ilgili Bakanlıkların yazılı cevaplarındaki hususlar aşağıdaki alt başlıklarda özetlenmiştir.

6.1 Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 8/12/2018 tarih 82513422 sayılı yazısı özetle aşağıdaki şekildedir:

TBMM Dilekçe Komisyonu Genel Kurulu “*Obezite ile Mücadele Yöntemleri ve Cerrahi Uygulamalardaki Malpraktis İddialarının Araştırılması ve Alınabilecek Önlemlerin Belirlenmesi Alt Komisyonu*”na cevaplandırılması istenilen sorular;

1. Obezitenin tanımı, nedenleri ile kişisel ve toplumsal zararları,
2. Obeziteyle mücadele yöntemleri, Dünyadaki iyi uygulama örnekleri ile Bakanlığımızca yapılan çalışmalar,
3. Obezitenin cerrahi tedavisinde yöntemler ve cerrahi uygulama öncesi/sırasında ve sonrasında usul ve esasları,
4. Dünyada ve ülkemizde cerrahi uygulama yapılan obez sayısı ve uygulama sonrası ölen sayısı,
5. Malpraktis kavramının tanımı, kapsamı, nedenleri, cezai ve hukuki sorumluluğun şartları ile önlenmesine yönelik Dünyadaki iyi uygulama örnekleri ile Bakanlığımızca yapılan çalışmalar,
6. Yıllar itibariyle malpraktis iddiasına konu olan cerrahi uygulama sayısı ile varsa yargılama sonuçları itibariyle sorumluluğuna hükmedilen çalışan ya da işyeri sayısı,
7. Obezite ve malpraktis hakkında diğer hususlar.

CEVAPLAR



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.1.1 Obezitenin tanımı, nedenleri ile kişisel ve toplumsal zararları

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %15-20'sini, kadınlarda ise %25-30'unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranın %25, kadınlarda ise %30'un üzerine çıkması durumunda obezite söz konusudur.

Obeziteyi belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırması kullanılmakta ve genellikle Beden Kitle İndeksi (BKİ) esas alınmaktadır. BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. BKİ boy uzunluğuna göre vücut ağırlığını değerlendiren bir gösterge olup, vücutta yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir.

Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Günümüzde teknolojinin hızlı ilerlemesiyle ortaya çıkan yenilikler, insanlığın hizmetine sunulmakta ve insanlar gün geçtikçe değişen bir hayat tarzı sürdürmektedir. Günlük hayat içinde pek çok iş makinelerle yapılmakta, çok kısa mesafelere bile arabayla gidilmekte ve insanlar daha az hareket etmektedir. Gelişen teknoloji aynı zamanda insanların beslenme alışkanlıklarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Beslenme tarzındaki değişiklikler ve fiziksel hareket azlığı gibi bir takım olumsuz şartlar bir araya geldiğinde obezite (şişmanlık) riski artmaktadır. Dünyada her yıl 3,4 milyon insan, fazla kilolu (obezite de dâhil) olmak nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Tüm dünyada fazla kiloluluğun ve obezitenin (şişmanlığın) prevalansı giderek artmakta olup obezite prevalansı 1975'den beri yaklaşık üç kat artmıştır. 2016 yılında 18 yaş ve üzeri 1.9 milyardan daha fazla erişkin fazla kilolu ya da obez olup bunların içinde 650 milyon yetişkin obezdir.

Çocukluk yaş grubunda ise Obezite giderek daha önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Dünyada 0-4 yaş grubunda fazla kilolu ve obez çocuk sayısı 1990 yılında 32 milyon iken 2013 yılında 42 milyona (%6,3) yükselmiştir. Küresel olarak 5 yaş altı çocuklarda obezite ve fazla kiloluk prevalansı artış göstermekte olup, 2000 yılında %5, 2010 yılında %6, 2013 yılında %6,3'tür. 2016 yılında beş yaş altı çocukların 41 milyonu fazla kiloludur.



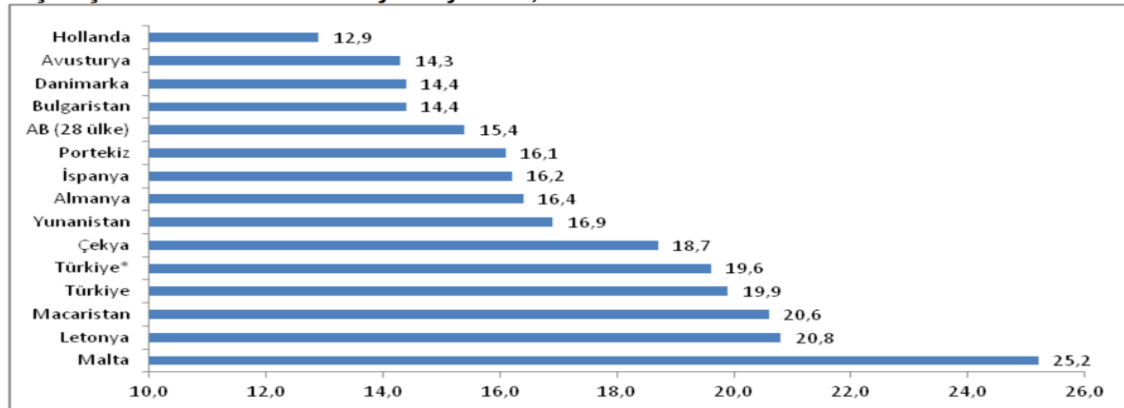
TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Obezite: Artmış kronik hastalık (kalp-damar hastalıkları, diyabet, bazı kanserler ve KOAH) riski ile birliktedir. Çocukluk çağı obezitesi ise yetişkinlikte artmış obezite riski, erken ölüm ve engelliliğe neden olmaktadır. Obez çocuklarda solunum güçlüğü, artmış kırılma riski, hipertansiyon, kalp-damar hastalıklarında erken belirteçlerin görülmesi ve insülin direnci ve psikolojik etkiler görülmektedir. Yaşam kalitesinin azalmasına ve ölümlere yol açan obezite, sadece küresel boyutta bir halk sağlığı problemi olmakla kalmayıp, ülke ekonomilerine olumsuz yönde etki eden bir unsur olarak da karşımıza çıkmaktadır.

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)	
	Temel Kesişim Noktaları*	Geliştirilmiş Kesişim Noktaları*
Zayıf (Düşük Ağırlıklı)	< 18,50	< 18,50
Aşırı düzeyde zayıflık	< 16,00	< 16,00
Orta düzeyde zayıflık	16,00-16,99	16,00-16,99
Hafif düzeyde zayıflık	17,00-18,49	17,00-18,49
Normal	18,50-24,99	18,50-22,99
		23,00-24,99
Fazla kilolu	≥ 25,00	≥ 25,00
Pre-obez	25,00-29,99	25,00-27,49
		27,50-29,99
Obez	≥30,00	≥30,00
Obez I. Derece	30,00-34,99	30,00-32,49
		32,50-34,99
Obez II. Derece	35,00-39,99	35,00-37,49
		37,50-39,99
Obez III. Derece	≥ 40,00	≥ 40,00

(Kesişim değerleri, BKİ ile Avrupalı toplumlardaki mortalite ve hastalık risk etmenlerinin ilişkisine dayanmaktadır; Etnik özelliklere bağlı olarak BKİ ile vücut yağ yüzdesi arasındaki ilişki farklılık göstermektedir; DSÖ Aşyaılar için sağlıklı BKİ değerini 23 kg/m² olarak kabul etmekte, 23.00-24.99 kg/m² arası BKİ düzeylerinde daha fazla kilo almamaları önerilmekte ve 25 kg/m² 'nin üstü pre-obez olarak kabul edilmektedir)

Seçilmiş AB ülkelerinde obez bireylerin yüzdesi, 2014

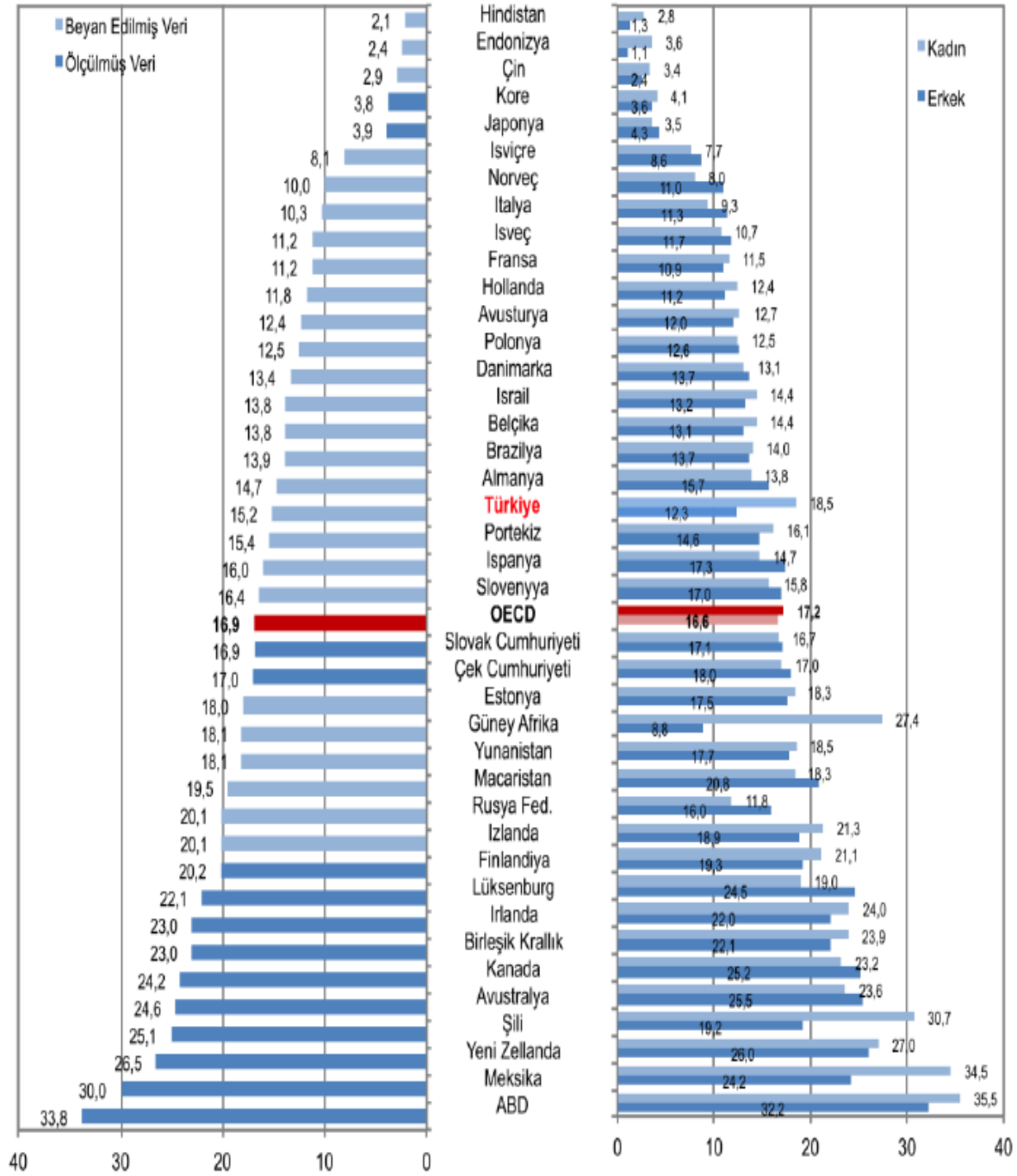


*2016 yılı verisidir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

OBEZİTE PREVALANSI



(Health at a Glance 2011: OECD Indicators, <http://dx.doi.org/10.1787/888932523994> International Association for the Study of Obesity - 2012)



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

OBEZİTE İLİŞKİLİ HASTALIK-ÖLÜM

Neden	Atfedilebilir Ölüm	Atfedilebilir YLL	Atfedilebilir YLD	Atfedilebilir DALY	Toplam DALY içindeki Atfedilebilir DALY Oranı
İskemik kalp hastalıkları	29.581	317.790	28.504	346.294	3.2
Hipertansif kalp hastalıkları	7.174	57.723	4.073	61.796	0.6
İskemik inme	11.109	93.794	53.136	146.930	1.4
Diabetes Mellitus	7.674	73.921	78.319	152.240	1.4
Osteo artritler	0	0	61.035	61.035	0.6
Meme kanseri	724	7.141	1.718	8.859	0.1
Kolon ve rektum kanserleri	646	6.583	717	7.300	0.1
Korpus uteri kanseri	235	2.079	651	2.730	0.0
Toplam	571.43	559.032	228.151	787.183	7.3

* Kaynak: Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, 2004. (YLL: Kaybedilen yaşam yılı, YLD: Sakatlıkla kaybedilen yaşam yılı, DALY: Sakatlığa bağı kaybedilen yaşam yılı)

OBEZİTEYE BAĞLI MALİ YÜK

Neden	DALY	Toplam Ekonomik Yüğü (2004 yılı) (\$)	Nüfus Etkili Toplam Ekonomik Yüğü (2012 yılı) (\$)
İskemik Kalp Hastalığı	346.294	2.009.825.330	5.980.104.427
Hipertansif Kalp Hastalığı	61.796	358.652.377	1.067.146.798
İskemik İnme	146.930	852.754.122	2.537.314.373
Diabetes Mellitus	152.240	883.572.364	2.629.012.047
Osteoartrit	61.035	354.235.676	1.054.005.191
Meme Kanseri	8.859	51.415.972	152.984.877
Kolon ve rektum kanserleri	7.300	42.367.829	126.062.716
Korpus uteri kanseri	2.730	15.844.407	47.144.002
Toplam	787.184	4.568.668.076	13.593.774.432



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.1.2 Obeziteyle mücadele yöntemleri, Bakanlığımızca yapılan çalışmalar

Cevap: Bakanlığımızca obezite ile mücadele kapsamında yapılan çalışmalar şunlardır;

6.1.2.1 Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yapılan çalışmalar

Obezite ile mücadelede DSÖ başta olmak üzere pek çok uluslararası kuruluş, tüm dünyada beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının yerleştirilmesi ve hareketli yaşam biçiminin benimsenmesi konularında çeşitli programlar geliştirerek öncülük etmekte ve dünyadaki birçok ülke tarafından bu çabalar farklı strateji ve eylem planları şeklinde bireylere ulaştırılmaya çalışılmaktadır.

DSÖ tarafından Küresel Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Stratejisi'nin geliştirilmesi, İkinci Avrupa Beslenme Eylem Planı'nda özellikle çocukluk ve adolesan dönemi obezitesi ile mücadeleye yer verilmesi, Avrupa Komisyonu tarafından Avrupa'da beslenme, fazla kiloluluk ve obezite ile ilişkili hastalıklar konusunda stratejiyi de içeren Beyaz Döküman'ın hazırlanması, Avrupa Birliği Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Platformu'nun oluşturulması bu girişimlere örnek olarak verilebilir.

Artan bu tehdit karşısında uluslararası düzeyde başlatılan çalışmalar ve hükümetler için yapılan çağrılar ülkemiz tarafından yakından izlenmektedir.

* 2004 yılı DSÖ asamblesinde düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmenin desteklenmesi için gerekli eylemleri tarif eden **“DSÖ Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Küresel Stratejisi”** onaylandı. Strateji tüm paydaşlara küresel, bölgesel ve ulusal düzeylerde toplumda beslenmenin ve fiziksel aktivitenin geliştirilmesi için harekete geçilmesi için çağrıda bulunmaktadır.

* 2006 DSÖ Avrupa Bölgesi **“Obezitenin Önlenmesi İstanbul Şartı”** ev sahipliğimizde imzalandı.

* DSÖ aynı zamanda BM Politik deklarasyonunda yer alan taahhütlerin başarılmasını hedefleyen **“BOH Önlenmesi ve Kontrolü Küresel Eylem Planı 2013-2020”** hazırladı. Küresel Eylem Planı 2025'e kadar BOH'a bağlı erken ölümlerin % 25 azaltılması ve 2010 yılındaki küresel obezite hızının duraklatılması dahil 9 Küresel BOH hedefi ilerlemelerine de katkı sağlayacaktır.

* 2017 **“Çocukluk Çağı Obezitesinin Sonlandırılması Komisyon Raporu”** hazırlandı.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezite önemli halk sağlığı problemlerindendir. Bakanlığımız DSÖ işbirliğinde yapılan STEPS 2017 çalışmasında Obezite sıklığı 19 yaş ve üzerinde % 32; yetersiz fiziksel aktivite durumu 15 yaş ve üzeri bireylerde % 43.3 bulunmuştur. Ülkemizde ise Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2017) ön sonuçlarına göre obezite sıklığı; 19 yaş ve üzerinde % 33,5 iken erkeklerde % 26 ve kadınlarda % 41 olarak bulunmuştur.

İlkokul ikinci sınıf çocuklarda DSÖ işbirliğiyle yapılan Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması COSI-TUR 2016 çalışmasında obezite %9,9, fazla kiloluluk %14.6 olarak tespit edilmiştir.

Ulusal Stratejik Planlar doğrultusunda yetişkin, çocuk ve gençlerin büyümesinin izlenmesi ve şişmanlığın önlenmesine yönelik belirlenen hedeflere ulaşmak ve faaliyetlere hız vermek, ihtiyaçlar doğrultusunda yeni hedef ve stratejiler belirlemek ve faaliyetlerin belirli bir çerçevede yürütülmesini sağlamak amacıyla çok paydaşlı müdahaleleri içeren “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” 29 Eylül 2010 tarihli ve 27714 sayılı Resmi Gazete’de Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır ve 2010 yılından beri güncellenerek uygulanmaktadır. Programın hazırlanmasında ilgili tüm paydaşlar yer almış, güncelleme çalışmaları yapılırken Dünya Sağlık Örgütü; Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu 2014”, “EUR/RC62/12: Halk Sağlığı Hizmet ve Kapasitelerini Güçlendirme Avrupa Eylem Planı 2012”, “EUR/RC62/8: Sağlık 2020 Politika Çerçeve ve Stratejisi, 2012”, “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklardan Korunma ve Kontrolü İçin Avrupa Stratejisi Uygulamaları Eylem Planı 2012-2016”, “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı 2013-2020”, Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı 2015 – 2020, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrol ve Korunması Eylem Planı 2013-2020, 2010-2014 Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı ve İlgili Girişimler DSÖ Obeziteyle Mücadele Bakanlar Konferansından Bu Yana Kaydedilen İlerlemeye İlişkin Değerlendirme Raporu, Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı 2015–2020, Çocukluk Çağı Obezitesinin Sonlandırılması Komisyonu Uygulama Planı Raporu, Avrupa Bölgesi için Fiziksel Aktivite Stratejisi 2016–2025, Global Action Plan On Physical Activity 2018–2030: More Active People For A Healthier World 2018, AB’nin Çocukluk Çağı Obezitesi Eylem Planı 2014-2020 dikkate alınarak uyumlu olması sağlanmıştır.

Ayrıca Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2011 yılından itibaren güncellenerek uygulanmaktadır. Obezite diyabet için önemli bir risk faktörüdür. Yürütülmekte



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

olunan diğer bir program Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı (2011-2014) ve Türkiye Diyabet Programı (2015-2020) 'dır.

Farkındalık çalışmaları tüm ülkede 81 ile STK ile işbirliğinde uygulanmakta, kamu spotları, bakanlık web siteleri, sosyal medya aktif kullanımı ve özel gün haftaların kutlamaları, çeşitli etkinlik, yarışmalar yapılmak sureti ile yapılmaktadır. Bu farkındalık artırma ve savunuculuk kapsamında 10-14 yaş çocuklar için okullara beden eğitimi ve kulüp çalışmaları için bisiklet bilmeyen çocukların öğrenmesi için olmak üzere ve bisiklet yolu yapan belediyelere bisiklet sağlanmıştır. Tüm illerde halk eğitimleri belediyeler, STK ve MEB işbirliğinde yürütülmektedir.

Ulusal Beslenme Rehberi (TÜBER 2015) hazırlanmış, Ulusal Sağlıklı Tabak ve beslenme fiziksel aktivite piramitleri geliştirilmiştir. Ulusal Fiziksel Aktivite rehberleri ve Kronik hastalıklarda Fiziksel Aktivite Klinik rehberleri, Obezite ve Beslenme klinik rehberleri hazırlanarak hekim ve diyetisyenler için basılmıştır.

MEB işbirliğinde Öğretmenler için Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite El Kitabı, Okullar İçin Menü Planlama Kitabı geliştirilmiştir.

Ekmek, Peynir, zeytin, salça, pul biberde tuz azaltılmıştır.

Okullarda Yiyecek ve İçecek Standartları yayınlanmış olup Milli Eğitim Bakanlığı'na (MEB) 2016-2017 eğitim-öğretim yılından itibaren okullarda; enerji içecekleri, gazlı içecekler, aromalı içecekler (soğuk çay-ice tea), kolalı içecekler, aromalı doğal mineralli içecek, aromalı şurup, aromalı içecek tozu, aromalı su, meyveli içecek, meyveli içecek tozu, meyveli doğal mineralli içecek, yapay soda, meyveli şurup, sporcu içecekleri, sporcu suları, meyve nektarı, meyve suyu konsantresi, kızartmalar, cipsler (patates, mısır, şekillendirilmiş vb, gevrek çerezler, tüm çikolata türleri(ayrı satılan veya ürünlere eklenmiş, damla çikolata sürülebilir çikolata ve çikolata kaplanmış olanlar dahil), gofretler(sade, dolgulu, kaplamalı vb), tüm şeker ve şekerleme türleri (jöle şekerleme, sert şekerlemeler, yumuşak şeker, dolgulu-dolgunsuz, kaplamalı, draje, tüm lolipoplar vb), eklenmiş kafein, vb. içeren ürünler, kremalı, çikolata dolgulu, jöleli, kekler ve pastalar (yaş pastalar, ekler, kruvasan, donut, parfe, mozaik pasta, muffin, cupcake vb.), hamurlu, şerbetli tatlılar(kuru baklava dahil), tatlandırıcı içeren yiyecek ve içecekler, krema, hindistan cevizi sütü ve kreması gibi şekerli besinler yasaklanmıştır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Bazı gıdalar (bisküvi, hazır kekler, dondurmalar vb) için kriterler belirlenmiş ve koşullu satışa izin verilmiştir. Okulda satışına izin verilen paketli gıdalar için “okul logosu” geliştirilmiştir.

Çocuklara yönelik aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen yiyecek ve içeceklerin pazarlama baskısının azaltılması için televizyonlarda çocuk programlarıyla birlikte veya bu programların içinde yer alması engellenmiştir. RTÜK tarafından "Genel beslenme diyetlerinde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıda ve maddeler içeren yiyecek ve içeceklerin ticarî iletişimine, çocuk programlarıyla birlikte veya bu programların içinde yer verilemez." maddesi gereğince (Çikolata ve Şekerler, Gofretler, Enerji Barları, Tatlı Soslar ve Tatlılar, Kekler, Tatlı Bisküviler, Meyveli Paylar, Çikolata Kaplı Bisküviler, Kek Karışımları, Cipsler, Gevrek Çerezler, Meyve Suları, Enerji İçecekleri, Alkolsüz Şekerli ya da Tatlandırıcılı Tüm İçecekler, Yenilebilir Buzlar gibi) reklamlarının çocuk programlarında gösterilmesi yasaklanmıştır.

Beslenme Dostu Okul Programı 2010 yılından itibaren uygulanmaktadır.

Okul sütü programı 2013 yılından itibaren ilkokullarda 6.5 milyon çocuğa ikinci öğretim yarıyılında haftada 3 gün 200 ml UHT süt dağıtımı yapılmıştır. Kuru Üzüm Programı 2015 yılından itibaren ilkokullara 25 gr kuru üzüm dağıtımı haftada 2 gün yapılmıştır.

Okullarımızda müfredat değişiklikleri yapılmış beden eğitimi ders saatleri artırılmıştır. İlkokullarda her gün 1 saat oyun etkinlik dersi, ortaokullarda 2 saat beden eğitimi ve seçmeli spor-sanat, liselerde 2 saat beden eğitimi ve seçmeli 1 saat spor dersi bulunmaktadır. Sağlıklı beslenme tüm sınıflarda ilgili dersler içinde gömülü olarak (nested) yer almakta, 9. Sınıflarda tek başına sağlıklı yaşam dersi bulunmaktadır.

Ayrıca ortaokul ve liseler için fiziksel uygunluk karnesi (Fitness Gram test) geliştirilmiş, yılda iki defa çocukların boy ve ağırlıkları ölçülmekte MEB veri tabanına girilmektedir. Çocuklara sınav, otur uzan ve mekik yaptırılmaktadır.

“Sağlıklı Beslenen ve Sağlıklı Büyüyen Çocuklar Projesi” kapsamında öğretmen, öğrenci, veli eğitim materyalleri hazırlanmış ve illerde eğitimlere başlanmıştır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti kapsamında Aile hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarına yönelik obezite diyabet (Tip1 ve Tip 2) tanı, tedavi ve izlemine yönelik klinik rehberler hazırlanmıştır. Diyetisyenler için klinik beslenme tedavisi rehberleri hazırlanmış olup eğitimleri yapılmaktadır. Tüm rehberlerin basım dağıtımları yapılmış ve elektronik erişime



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

açılmıştır. 141 Sağlıklı Hayat Merkezi ve 81 ildeki obezite birimlerinde beslenme tedavisi için başvuran sayısı 254.000 olmuştur.

Bakanlığımız birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile hekimleri klinik rehberlerle ve hemşireler danışmanlık hizmeti ile obez hastalar izlenmekte, Sağlıklı Hayat merkezlerinde diyetisyenler tarafından danışmanlık ve beslenme tedavileri verilmektedir. 2017 yılında 192 bin ve 2018 ilk 8 ay içerisinde 141 bin kişi hizmet almıştır. Obezite tedavisi sosyal güvenlik geri ödeme kapsamındadır. BKİ 40 üzeri morbid obez ve BKİ 35 üzeri ve beraberinde kronik hastalık varlığında cerrahi tedavi de ödenmektedir.

İzleme ve değerlendirme çalışmalarımız Sağlık Net kayıtları, ulusal araştırmalarla yapılmaktadır. Türkiye DSÖ Avrupa Bölgesi COSI üyesi olup 2013 yılından itibaren 3 yılda bir ilkokullarda araştırma yapılmaktadır.

Ayrıca Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırmasını 2010 yılından sonra 2017 yılında tamamlanmıştır.

Ülkedeki gıda sektörü ile birlikte bir protokol imzalanmıştır. Bu protokol ile firmalar gönüllü olarak paketli ürünlerin tuz içeriğini 2025 yılına kadar belirlenen hedeflere düşürecektir. Söz konusu sözleşmede şeker, doymuş yağ azaltılması için reformülasyon, işyerinde sağlığın ve fiziksel aktivitenin desteklenmesi konularında da firmalar cesaretlendirilmektedir. Şeker ve yağ içerikleri de azaltılacaktır. Ayrıca Lokantacılar ve Perakendeciler Federasyonları ile tuz yağ şeker azaltılması ve marketlerde reyon düzenlemesi için işbirliği protokolü çalışmalar devam etmektedir.

Vatandaşların daha kolay anlaşılır bilgilenebilmeleri için ön yüz renkli etiketleme ve trans yağların yasaklanması için Tarım ve Orman Bakanlığına resmi bilim kurulu önerilerimiz iletilmiştir. Konu üzerinde Tarım ve Orman Bakanlığı çalışılmaktadır. Yüksek şeker içeren yiyecek ve içeceklerin tüketiminin azaltılması için gerekli vergi düzenlemeleri çalışmaları devam etmektedir.

Tüm çalışmalarımızda BM, DSÖ, OECD gibi uluslararası kuruluşların karar ve önerileri, ulusal ve uluslararası bilimsel kanıtlar doğrultusunda kanıta dayalı politikalar üretilmektedir.

6.1.2.2 Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yapılan çalışmalar



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

6.1.2.2.1 Obezite Merkezleri açılması ve yaygınlaştırılması çalışmaları;

“Obezite ile mücadele kapsamında obezite mükemmeliyet merkezlerinin yaygınlaştırılması” eyleminin Cumhurbaşkanlığı 100 Günlük İcraat Programı içinde yer alması üzerine, yeni bir tıbbi uygulama veya tedavi şekli olmayan sadece birlikte alışma ve kombine hareket sistematüğini öngören bir modelin uygulanmasını sağlamak, başarılarını görmek, konuyla ilgili deneyimli ekipler yetiştirerek gelişen örnekleri ülke geneline yaygınlaştırmak üzere ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını da içerecek şekilde Obezite Merkezleri açılması yönünde bir program yürütölmeye başlanmıştır.

Obezite merkezlerinde yürütölecek olan program, önce 5 merkezde pilot olarak başlatılmış, Kasım 2018 itibarıyla de 21 ilde özel / kamu / üniversite bünyesinde toplam **34 sağlık kuruluşunda Obezite Merkezi açılmıştır**. Merkezler hasta almaya başlamışlardır.

Tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarına ait sağlık hizmet sunucularına bağılı olarak faaliyet göstermek üzere kurulan Obezite Merkezleri, buralarda görevlendirilen personelleri ve beden kitle indeksi 30 ve üzeri olan hastaların tedavilerini kapsar. Programda; **hekimler, halkla ilişkiler uzmanları, hemşireler, fizyoterapistler, diyetisyenler, psikologlar** birlikte yoldaş hekimlik uygulamaları ile hastaları 360 derece kuşatan bir destek sunar. Hizmetler poliklinik şartlarında sunulur. Hastanın antropometrik ölçümleri gerçekleştirilir ve değişimleri belirli aralıklarla ölçölerek takip edilir. Beslenme değeriendirmesi, psikososyal değeriendirme, fiziki değeriendirme gibi hizmetler sunulur. Muayene, tetkik, tahlil, 5 ana branşta genel konsültasyon (**Dâhiliye, Kardiyoloji, Psikiyatri, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Genel Cerrahi**), ihtiyaç görölmesi halinde diğeri branşlar için (**endokrin, ortopedist, kadın doğum uzmanı, dermatolog, nöroloji, üroloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları**) konsültasyon hizmetleri verilir.

Obezite Programı hastalar için kendini tanıma, sağlık kontrolü ve ek hastalıkların tedavisi, grup rekabeti ve dayanışma dinamiğı, bilinç değerişimi, bilinçaltı değerişimi, davranış değerişimi ve çevre değerişimi amaçlı yapılandırılmış 6 modölden oluşur.

Program esasen cerrahiden ve zararlı ilaç tedavilerinden uzak kalarak hedef kiloya ulaşma üzerine planlanmıştır. Ancak dördüncü modölda kilo vermeye başlayamayan veya başarısızlık ihtimali yüksek olanlarda cerrahi tedavi gündeme gelmekte ve detaylı gerekçeleri ile ortaya konmaktadır



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Bu merkezlerde asıl amaç, sadece kilo verdirmek değil sağlıklı yaşam ve beslenmeyi bir alışkanlık ve yaşamsal davranış haline getirmek, verilen kiloların da kesinlikle geri alınmamasını sağlamaktır.

6.1.2.2.2 2018/29 sayılı Obezite Merkezlerinin Açılması, Tescil Edilmesi, Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Genelge

Ülkemizde obezite hastalarına yönelik gerçekleştirilen tedavi edici uygulamalara düzenleme getirilmesi ve bu uygulamaların disipline edilmesi, obezite hastalarına bu hizmeti veren merkezlerin kayıt altına alınması, obezite merkezlerinin günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun hizmet sunumu amacıyla “**2018/29 sayılı Obezite Merkezlerinin Açılması, Tescil Edilmesi, Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Genelge**” yayımlanmıştır.

Söz konusu Genelge 9 Kasım 2018 tarih ve 462 sayılı yazı ile 81 İl Sağlık Müdürlüğüne duyurulmuş, Bakanlığımız web sitesinden de yayımlanmıştır.

6.1.2.2.3 2017/17 sayılı Obezite Cerrahisi Uygulamaları Genelgesi

Bariatrik cerrahi (Obezite cerrahisi), obez bireylerde klinik olarak belirgin ve sürekli bir ağırlık kaybını sağlayabilen bir tedavi yöntemidir. Kanıtlar bariatrik cerrahide, özenle seçilmiş hastalarda ve iyi bir multidisipliner destek ekibi varlığında obezitenin iyileştiğini göstermektedir.

Obezite cerrahisi önemli ve hızlı kilo kaybı ile ilişkili tek bir tedavi edici yöntem olmakla birlikte, kesinlikle tüm dünyada ortaya çıkan obezite salgını için tek çözüm değildir. Bariatrik prosedürler için; hasta seçimi, tıbbi kilo yönetimi programları için hasta seçimine ilişkin kriterler 1991 yılında tanımlanmış olup halen yürürlüktedir.

Obezite cerrahisi, aşağıdaki koşulların sağlanması şartıyla uygulanmalıdır:

1. Vücut Kütle İndeksi 40 ve üzeri,
2. Vücut Kütle İndeksi 35 ve yandaş hastalık varlığı,
3. Majör psikiyatrik problem ve yeme bozukluğunun olmaması
4. İlaç, madde, alkol bağımlılığının olmaması,
5. 5 yıldır kilolu olması,
6. Diğer kilo kontrol yöntemlerinden fayda görülmemesi.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi obezite cerrahisi uygulamalarında da; cerrahi girişim yapılacak bireyin doğru seçilmesi ve dolayısıyla kişi sağlığının ve yaşamının riske atılmaması esastır.

Bu esas doğrultusunda; Bakanlığımız, Anayasamız ve yukarıda zikredilen mevzuatla kendisine tanınmış olan yetki çerçevesinde; obezite cerrahisi uygulamalarının, dünyada kabul görmüş bilimsel kriter ve standartların sağlandığı Bakanlığımıza, üniversite ve özel sektöre ait sağlık tesislerinde yapılmasını sağlamak, uygulamayı disipline ederek denetim ve kontrol altında tutmak ve yapılan düzenlemelere aykırı, insan sağlığını ve yaşamını riske atan uygulamaları ve bu uygulamaları yapanları tespit ederek gerekli yaptırımları uygulama ihtiyacı doğmuştur.

Ayrıca, son zamanlarda kamuoyu tarafından da bilinen ve yakından takip edildiği üzere gerek yazılı ve görsel basına yansıyan, gerekse Bakanlığımıza yapılan bildirimlerden obezitenin tedavisinde giderek yaygınlaşan bir tedavi yöntemi olarak uygulanan ve bariatrik cerrahi olarak adlandırılan obezite cerrahisi uygulamalarına bağlı olarak bazı vakaların ölümle sonuçlanması ve benzeri olumsuzluklar Bakanlığımızca da takip edilmekte olup bu durum Bakanlığımızın hizmet sunum ilke ve politikaları gereği kabul edilemez bir durumdur.

Bu sebeple, obezite cerrahisi uygulamalarındaki olası komplikasyonların en aza indirgenmesi, yaşanan olumsuzlukların giderilmesi ve hasta mağduriyetinin önlenmesi için aşağıdaki tedbirlerin alınması amacıyla yönelik olarak **Bakanlığımızca 13.10.2017 tarihinde 2017/17 sayılı Genelge yayımlanmış** olup 81 İl Valiliğine, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneğine ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığına tebliğ edilmiştir.

Yayımlanan Genelge ile;

- Obezite cerrahisi **uygulayacak cerrahin** bariatrik cerrahi yaklaşımları ve ileri laparoskopik tekniklerini uygulama konusunda **bilgili ve deneyimli olma zorunluluğu** getirilmiştir.

- Cerrahi uygulamayı yapacak ilgili cerrahin muayenesi sonrasında; **endokrinoloji/dâhiliye, akıl ve ruh sağlığı hastalıkları ile anestezi ve reanimasyon uzmanının konsültasyonu sağlanarak obezite cerrahisi uygulanması kararının verilmesi** yönünde düzenleme yapılmıştır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

- Hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği durumlarda kardiyoloji, göğüs hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanının ve gerektiğinde ilgisine göre **diğer uzmanlık dallarının da görüşünün alınması** öngörülmüştür.

- Obezite cerrahisi uygulanmasına karar verilen **kişilerin, operasyon öncesinde;** uygulanacak cerrahi prosedürler, yapılacak işlemin yarar ve zararları ile olası ameliyat riskleri hakkında **ilgili hekim tarafından bilgilendirilmesi şartı** getirilmiştir.

- **Obezite cerrahisi uygulamalarının yapılacağı sağlık tesislerinin;** ameliyat öncesi gerekli değerlendirme ve konsültasyonların yapılabileceği yeterlilikte uzman tabip ve donanım altyapısı imkânlarına sahip olması ve bünyesinde ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek komplikasyonların zamanında ve etkili bir şekilde yönetilebileceği, ilgili mevzuatına göre **tescili yapılmış üçüncü seviye erişkin yoğun bakım servisi ve endoskopi ünitesi** ile obezite şartlarına uygun alt yapı ve **cerrahi donanım şartlarına haiz ameliyathane bulundurulması zorunluluğu** getirilmiştir.

- Sağlık tesisi bünyesindeki **yatak, sedye, ameliyat masası ve benzeri donanım** bakımından **obez hastalara uygun olarak yapılandırılması** şartı öngörülmüştür. Sağlık tesisi bünyesindeki yatak, sedye, ameliyat masası ve benzeri donanım bakımından obez hastalara uygun olarak yapılandırılması şartı öngörülmüştür.

- **Obezite cerrahisi uygulanan hastanın,** ameliyat öncesi ve sonrası beslenme, egzersiz ve psikolojik danışmanlık vb. programlarının düzenlenmesi, idame tedavisinin sağlanması ve periyodik olarak takip ve kontrollerinin yapılmasından, **uygulamayı yapan cerrah ile birlikte ilgili sağlık tesisi yönetimi de müştereken sorumlu** tutulmuştur.

Yine bu Genelge ile; sağlığın her alanında olduğu gibi obezite cerrahisi uygulamalarının da gelişmiş ülkelerde kabul görmüş kriterlere uygun fiziki şartlar, hizmet, tıbbi teknoloji-donanım bakımından yeterli standartların sağlandığı ve uygun alt yapıya sahip sağlık tesislerinde, alanında uzman, bilgi, beceri ve deneyimi olan genel cerrahi uzmanları ve deneyimli bir ekip tarafından hasta odaklı, erişilebilir, hastanın tıbbi güvenliğinin sağlandığı, komplikasyon risklerinin en aza indirildiği kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunun sağlanarak hasta mağduriyetinin önlenmesi için kamu-özel ayırımı yapmaksızın ülke genelinde kontrol edilebilir şekilde hasta ve kurum suistimaline sebebiyet verilmeksizin uygulanması hedeflenmiştir.



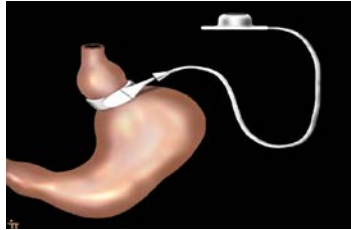
TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Söz konusu Genelgenin yürütmesinin durdurulması yönünde bir özel kuruluş tarafından Danıştay 15. Dairesine 2017/4032 Esas no ile dava açılmış, ancak 08.05.2018 tarihinde “davacının yürütmenin durdurulması hakkındaki talebinin reddine” karar verilmiştir.

6.1.3 Obezite cerrahi tedavisinde kullanılan yöntemler;

6.1.3.1 Restriktif

- Gastrik band (ayarlanabilir silikon mide bandı)



Unfilled Band



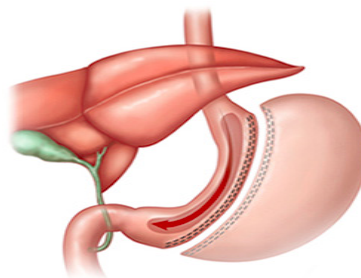
Filled Band



Mide Balonu (Gastric Balloon)



Vertikal gastrektomi (sleeve gastrektomi)





**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

6.1.3.2 Malabsorbtif

- Biliopankreatik Diversion

Scopinaro

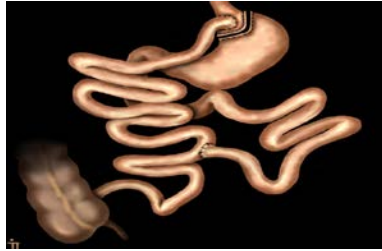


Wiht duedonal swich



6.1.3.3 Kombine

- Gastrik by-pass



Obezite cerrahisinde hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın hastaya cerrahi öncesi ve sonrasında Bakanlığımızın 13.10.2017 tarihli 2017/17 sayılı Obezite Cerrahisi Uygulamaları Genelgesi doğrultusunda işlem tesis edilmesi gerekmektedir. Söz konusu Genelgeye ilişkin uygulama usul ve esasları Cevap 2’de ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

6.1.4 Ülkemizde cerrahi uygulama yapılan obez sayısı ve uygulama sonrası ölen sayısı;

Cevap:

Bakanlığımız TSİM Hastane Bilgi Formu verilerinde yer alan obezite cerrahisi hasta sayısı verileri aşağıda yer almaktadır. 2015-2018 ekim itibarıyla il, kurum, kurum türü, sağlık bölgesi bazlı obezite cerrahisi vaka sayıları ise **(Tablo 5)**’de yer almaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Ancak uygulama sonrası ölen vaka sayısına dair bildirimler, ilgili kurum tarafından ÖBS-Ölüm Bildirim Sistemine (İçişleri Bakanlığı-TÜİK-SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü işbirliğinde) girişi yapılmaktadır. Mevcutta obezite cerrahisi sonrası ölen vaka sayısı verisi bulunmamaktadır.

OBEZİTE CERRAHİ UYGULAMASI YAPILAN VAKA SAYISI VE DAĞILIMI(Tablo 5)

Yıllar	Kamu Hastane Sayısı	Kamu Vaka Sayısı	Özel Hastane Sayısı	Özel Vaka Sayısı	Üniversite Hastane Sayısı	Üniversite Vaka Sayısı	Genel Toplam
2015	46	3.344	32	961	12	1.275	5.580
2016	68	5.725	39	2.775	17	1.702	10.202
2017	70	5.568	54	6.174	26	2.447	14.189
2018 (Ekim itibariyle)	70	4.210	73	6.024	27	2.132	12.366
Genel Toplam	198	15.934	254	18.847	82	7.556	42.337

6.1.5 Malpraktis kavramının tanımı, kapsamı, nedenleri, cezai ve hukuki sorumluluğun şartları ile önlenmesine yönelik Dünyadaki iyi uygulama örnekleri ile Bakanlığımızca yapılan çalışmalar

6.1.5.1 Malpraktis

Malpraktis kelimesi, ingilizce “malpractice” kelimesinin türkçe karşılığı olarak Türk Hukuk Teorisine girmiştir. “Malpractice” kelimesinin sözlük anlamı genel olarak görevi kötüye kullanma, kötü hareket olup bütün mesleklerin uygulamaları için geçerli bir kavramdır. Zira mimarlık, mühendislik, gazetecilik gibi mesleklerde “Malpraktis” kavramı kullanılmakta ve bu nedenle kavrama “Teknik Malpraktis”, “Tıbbi Malpraktis” gibi ayırt edici sözcükler eklenmektedir.

Türk Hukuk Teorisinde “Malpraktis” kavramı “Tıbbi Malpraktis” olarak kullanıldığından, “Tıbbi Malpraktis” genel hatlarıyla, tıp ilmi icra edilirken hatalı davranış veya görev ihmali sonucu bir yaralanmaya ya da zarara yol açılması durumudur. Türk Hukuk



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Teorisinde daha çok Tıpta Yanlış Uygulama, Tıbbi Hata, Tıbbi Uygulama Hataları, Hekimliğin Kötü Uygulanması gibi kavramlarla ifade edilir.

Tıbbi Malpraktis, Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 13'üncü maddesinde hekimliğin kötü uygulanması başlığı altında parantez içinde malpractice kavramı belirterek bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulanması" anlamına gelir." şeklinde tanımlanmıştır. Kamu nezdinde Malpraktis Yasa Tasarısı olarak bilinen Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı'nın 3. maddesinde ise "Tıbbi Kötü Uygulama" kavramı kullanılmış ve ilgili kavram sağlık personelinin, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durum olarak tanımlanmıştır. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan zararlara "iyatrojenik zarar" adı verilir. Ortaya çıkan zarar, "tıp biliminin bugün ulaştığı bilimsel ve teknik düzeyi, uygulamanın yapıldığı ortamın koşulları, uygulamayı yapanın eğitim düzeyi göz önünde bulundurulduğunda, aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özen gösterildiği halde" öngörülemez bir sonuçsa, bu istenmeyen bir sonuçtur ve hekimin bunda sorumluluğu yoktur.

Bu nedenle hekimin Tıbbi Malpraktis sebebiyle sorumlu olması için gerek özel hukukta gerekse ceza hukuku kapsamında kusurlu olması aranmakta olup kusur yoksa hekimin sorumluluğundan bahsedilemez. Dolayısıyla Tıbbi Malpraktis uygulamada tıbbi müdahalede standart uygulamasından sapma esasına dayanılarak tanımlanmakta ve tıbbi müdahalede standarttan bulunmaması halinde kusurun olduğu kabul edilerek hekimin sorumluluğu gündeme gelmektedir.

6.1.5.1.1 Tıbbi Malpraktisin Sonuçları

Tıbbi Malpraktis'in hukuki yönden hekimin sorumluluklarıyla bağlantılı olarak;

6.1.5.1.1.1 Tıbbi Malpraktis'in Hekimin Hukuki / Tazminat Sorumluluğu Sebebiyle Sonuçları

Hekimin sağlık hizmeti verirken kusurlu davranışları ile oluşan zararın giderilmesi hukuki sorumluluğu kapsamında olup, hekim-hasta arasındaki ilişki doktrinde ve uygulamada baskın görüşe göre vekalet sözleşmesine dayanmaktadır. Hekimin hukuki sorumluluğu



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

kapsamında tıbbi malpraktisten kaynaklanan maddi ve manevi zararlar sebebiyle tazminat davaları ikame edilmektedir. Bu nedenle uygulamada hekimin hukuki sorumluluğuna tazminat sorumluluğu da denilmektedir. “Hekimin Hukuki Sorumluluğunun Sebepleri” diğer bir deyişle “Hekimle Hasta Arasındaki İlişkinin Şekli” hekimin tıbbi malpraktis sebebiyle doğacak hukuki sorumluluğunun belirlenmesi ve sonuçları açısından büyük önem taşımaktadır. Yine “Kusur” ve “Zarar” kavramları hekimin tazminat sorumluluğunun en önemli şartlarını oluşturur. Zira zarar ve kusur yoksa sorumlulukta yoktur.

6.1.5.1.1.2 Tıbbi Malpraktis’in Hekimin Cezai Sorumluluğu Sebebiyle Sonuçları

Hekimin mesleğini icra ederken uyguladığı tıbbi müdahalenin hukuka aykırılık içermesi halinde hukuka aykırılık içeren ilgili hareket Türk Ceza Kanunu kapsamında suç teşkil ediyorsa hekimin cezai sorumluluğu söz konusu olacaktır. Özel hukuk kapsamında hukuka aykırılık sebebiyle zarar gören (hasta) tazminat talebinde bulunurken ceza hukuku kapsamında devlet resen yahut zarar görenin (hasta veya ilgililer) şikâyeti üzerine zarar vereni (hekim) cezalandıracak ve hekimin cezai sorumluluğunun sonucu olarak ceza davaları ikame edilecektir. Tıbbi malpraktis sebebiyle hekimler açısından uygulanabilecek Türk Ceza Kanunu kapsamında düzenlenen ve yargıya en çok yansıyan Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi (TCK m. 83), Taksirle Öldürme (TCK m. 85), Taksirle Yaralama (TCK m. 89), Kasten Yaralamanın İhmali Davranışla İşlenmesi (TCK m. 88) suçları ile hekimler açısından nadiren uygulanan Kasten Öldürme (TCK m. 81) ve Kasten Yaralama (TCK m. 86) suçlarından bahsedilebilir.

6.1.5.1.1.3 Tıbbi Malpraktis’in Hekimin Disiplin Sorumluluğu Sebebiyle Sonuçları

Serbest olarak ya da özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimin tıbbi malpraktis sebebiyle disiplin sorumluluğu tabip odası tarafından açılacak disiplin soruşturmasını ifade etmektedir. Bu soruşturma Tabip Odası Yönetim Kurulunca resen başlatılabileceği gibi hasta yahut yakınları tarafından Tabip Odasına yapılan bildirim ya da yakınma içeren başvuru sonucu veya Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyinin istemi üzerine başlatılabilir. Her tabip odasının yetkisi odanın bulunduğu bölgeyle sınırlı olması sebebiyle bölge dışında bir şikâyetin varlığı ya da soruşturmaya sebebiyet verecek bir durumun oluşması halinde tabip odaları görüşlerini Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyine ve olayın olduğu bölge tabip odasına bildirmekle yükümlüdür. Serbest olarak ya da özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekim Türkiye Tabipler



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının “Disiplin Kovuşturması” başlıklı 46. maddesi uyarınca; tıp mesleğini icra ederken mesleki kurallara aykırı harekette bulunması halinde disiplin soruşturmasına tabi tutulacaktır. Ayrıca ilgili madde uyarınca bu soruşturmanın hekim hakkında ayrıca hukuki veya cezai takibat yapılmasına engel olmayacağı hüküm altına alınmıştır. Disiplin soruşturması Oda Yönetim Kurulu tarafından yürütülen soruşturma kısmı ile soruşturmanın uygun görülmesi halinde Oda Onur Kurulu ve Yüksek Onur Kurulu tarafından yürütülecek kovuşturma kısmından oluşur. Hekimlerin kanunlara ve meslek etik kurallarına aykırı davranması nedeniyle uygulanacak disiplin suçları ve cezaları Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliğinin (TTBDY) 3. ve 6. maddelerinde düzenlenmiştir. İlgili disiplin cezaları Uyarma Cezası, Para Cezası, Geçici Olarak Meslekten Alıkoyma Cezası ve Oda Bölgesinde Çalışmanın Yasaklanması Cezasıdır.

6.1.5.1.2 Yüksek Sağlık Şurası

Bakanlığımız nezdinde 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 75. maddesi hükmü gereğince tıbbi müdahalelerden kaynaklanan suçlarla ilgili olarak resmi bilirkişi olarak “Yüksek Sağlık Şurası” belirlenmişti. 663 sayılı KHK’ya sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş vermek ve idarî soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek üzere Bakanlığımız bünyesinde oluşturulan Yüksek Sağlık Şurasının onbeş üyesi bulunur.

Resmi bilirkişilik sadece ceza davaları bakımından söz konusu olup, hukuk davalarında Yüksek Sağlık Şurasından görüş alma zorunluluğu bulunmamaktaydı. Ancak Anayasa Mahkemesinin 22.10.2010 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan 3/6/2010 tarih ve E.: 2009/69, K.:2010/79 sayılı kararı ile ceza mahkemelerini Yüksek Sağlık Şurasından rapor almakla zorunlu tutan madde iptal edilmiştir.

Sağlık uygulamalarından doğan zararlardan kaynaklanan uyuşmazlıkların uzlaşma yoluyla halledilmesi sorunu yani zarara uğradığını iddia edenlerin dava açma süresi içerisinde gerçekleşen tazminat başvuruları, Bakanlığımız tarafından uzlaşma yoluyla halledilmesi gerekirken bu yolu ne hastalar ne sağlık görevlileri ne de sigorta şirketleri tercih etmeyince, Yüksek Sağlık Şurası hali hazırda sadece idari soruşturmacılar için bilirkişi listesi belirleme görevini yürütmektedir.



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

6.1.6 Malpraktis iddiasına konu olan cerrahi uygulama sayısı, yargılama sonuçları;

Genel Müdürlüğümüz de obezite cerrahisi sonrası malpraktis iddiasına konu olan davalara ilişkin bir bilgi bulunmamaktadır. Yüksek Sağlık Şura dosyalarından sorgulanabilmektedir.

6.1.7 Obezite ile mücadele konusunda diğer hususlar

Obezite Cerrahisi ile ilgili sorunlar;

- ✓ Obezite cerrahisi sayısı artışı
- ✓ Doğru kayıt altına alınamama
- ✓ Korunma ve tedavinin disiplinize edilememesi
- ✓ Yapılan çalışmalarda devam ve başarının % 10 un altında olması
- ✓ Hastaların takibinde sahipsizlik
- ✓ Cerrahi sonrası geri kilo alma

Öneriler;

- ✓ Ulusal obezite cerrahisi veri tabanı oluşturulmalı
- ✓ Tüm obez hastalar ve tedavi sonuçları kayıt altına alınmalı
- ✓ İnsidans belirlenmeli
- ✓ Açılan obezite merkezlerinde hekimlerin-merkezlerin performans değerlendirmesi yapılmalı
- ✓ Obezite merkezlerinin SUT geri ödeme sistemine esas teşkil etmesi

6.2 Çevre ve Şehircilik Bakanlığı

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın 19/6/2019 tarih ve 20886778-663.09-E.141055 sayılı yazısı özetle aşağıdaki şekildedir:



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Türkiye Büyük Millet Meclisi Dilekçe Komisyonu Genel Kurulu'nun 31/10/2018 tarihli ve 4 sayılı kararı ile kurulan "Obezite ile Mücadele Yöntemleri ve Cerrahi Uygulamalarındaki Malpraktis İddialarının Araştırılması ve Alınabilecek Önlemlerin Belirlenmesi Alt Komisyonu" çalışmaları kapsamında ilgi yazı ile talep edilen Bakanlığımızca yapılan çalışmalar ve obezitenin önlenmesine yönelik yapılabilecek hususlar aşağıdaki şekildedir.

6.2.1 Bakanlığımızca obezitenin önlenmesi ve obezite ile mücadeleye ilişkin yapılan çalışmalar şunlardır:

6.2.1.1 Bakanlığımız Destek Hizmetleri Dairesi Başkanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren sağlık ünitesi aracılığı ile;

- a. Obeziteye yol açan tiroid, diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların tanı ve takibi,
- b. Sağlıklı beslenme ve kronik rahatsızlığı olanlar için diyet polikliniği hizmeti verilmesi,

6.2.1.2 Bakanlığımız Destek Hizmetleri Dairesi Başkanlığı Sosyal İşler Şube Müdürlüğü bünyesinde;

- a. Bütün personelimizin hizmetine açık olarak faaliyet gösteren bay ve bayan spor salonlarında spor ve egzersiz imkânı sunulması.
 - b. Bakanlığımız yemekhanesinde üretilen ve bütün personelimize sunulan yemek hizmeti kapsamında menülerimizin görevli Diyetisyen kontrolünde sağlıklı beslenme ve obezite ile mücadele hususlarının göz önünde tutularak hazırlanması,
 - c. Bakanlığımızda faaliyet gösteren kafeterya işletmesinin sağlık personelimiz ile diyetisyen personelimizin de içerisinde yer aldığı heyet tarafından sağlıklı beslenme ve obezite ile mücadele hususları göz önünde tutularak denetlenmesi.
3. Bakanlığımız Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü tarafından bisiklet yolları yapılmasına yönelik kaynak desteği faaliyetleri.

6.2.2 Obezitenin önlenmesine yönelik öneriler şunlardır:

1. Sağlık Bakanlığımızın ilgili birimleri tarafından kamu kurumlarında Obeziteye ve yol açtığı hastalıklara ilişkin birebir eğitimlerin düzenlenmesi,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

2. Obezite ile mücadelenin bilinçlendirilmesi kapsamında geniş kapsamlı farkındalık çalışmaları yapılması.

6.2.3 Obezitenin Önlenmesi Ve Mücadeleye İlişkin Bakanlığımızca Yapılan Çalışmalar

Bakanlığımızca obezitenin önlenmesi ve obezite ile mücadeleye ilişkin yapılan çalışmalar şunlardır:

6.2.3.1 Bakanlığımız Destek Hizmetleri Dairesi Başkanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren sağlık ünitesi aracılığı ile;

- a. Obeziteye yol açan tiroid, diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların tanı ve takibi,
- b. Sağlıklı beslenme ve kronik rahatsızlığı olanlar için diyet polikliniği hizmeti verilmesi,

6.2.3.2 Bakanlığımız Destek Hizmetleri Dairesi Başkanlığı Sosyal İşler Şube Müdürlüğü bünyesinde;

- a. Bütün personelimizin hizmetine açık olarak faaliyet gösteren bay ve bayan spor salonlarında spor ve egzersiz imkânı sunulması,
- b. Bakanlığımız yemekhanesinde üretilen ve bütün personelimize sunulan yemek hizmeti kapsamında menülerimizin görevli Diyetisyen kontrolünde sağlıklı beslenme ve obezite ile mücadele hususlarının göz önünde tutularak hazırlanması,
- c. Bakanlığımızda faaliyet gösteren kafeterya işletmesinin sağlık personelimiz ile diyetisyen personelimizin de içerisinde yer aldığı heyet tarafından sağlıklı beslenme ve obezite ile mücadele hususları göz önünde tutularak denetlenmesi.

6.2.3.3 Bakanlığımız Mesleki Hizmetler Genel Müdürlüğümüzce

Bisiklet yolu yapımına ivme kazandırmak, bisiklet yollarının ulaşım ağına entegrasyonunu sağlayarak fiziksel aktiviteyi artırmak amacıyla hazırlanmış olan "Şehir İçi Yollarda Bisiklet Yolları, Bisiklet İstasyonları ve Bisiklet Park Yerleri Tasarımına Dair Yönetmelik" 03/11/2015 tarih ve 29521 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış olup, bisiklet yolu uygulamaları için mevzuattaki eksikliklerin giderilerek İdarelerin yapacakları uygulamalara kolaylık ve sürat kazandırılması amacıyla Cumhurbaşkanlığı 180 Günlük Eylem Planı Kapsamında anılan Yönetmelikte revizyon yapılmasına yönelik çalışmalar yürütülmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

6.2.3.4 Bakanlığımız Yüksek Fen Kurulu Başkanlığımız tarafından,

Mahalli idareler ile şehir imar planlarının hazırlanmasında insanların yürüyüş, spor ve sosyal etkinlikleriyle obezite mücadelelerinde planlanacak alanlar oluşturulması yerinde olacağı düşünülmektedir.

6.2.3.5 Bakanlığımız Mekânsal Planlama Genel Müdürlüğü tarafından

Kentleşme ve imar konularında merkezi ve yerel yönetimler için bir yol haritası olan ve 4 Kasım 2010 tarih ve 27749 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren KENTGES Bütünleşik Kentsel Gelişme Stratejisi ve Eylem Planında (2010-2023) "STRATEJİ 5.2: Kent içi ulaşım, yaya ulaşımı ve bisiklet kullanımının kabul edilmiş tasarım ilkeleri stratejisi ve ilgili eylemleri yer almaktadır. Söz konusu doğrultusunda geliştirilmesi sağlanacaktır. "eylemler doğrultusunda gerekli çalışmalar belge yayınlandığından itibaren ilgili kurum ve kuruluşlarca hayata geçirilmektedir.

6.2.3.6 Bakanlığımız Yerel Yönetimler Genel Müdürlüğünün

Obezite ile Mücadele Yöntemleri ve Cerrahi Uygulamalardaki Malpraktis İddialarının Araştırılması ve Alınabilecek Önlemlerin Belirlenmesi Alt Komisyonu toplantısına Bakanlığımızı temsilen Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğünce katılım sağlandığı, son toplantıda bundan sonraki toplantılara Yerel Yönetimler Genel Müdürlüğü tarafından da katılım sağlanmasının istendiği belirtilerek yerleşim yerlerindeki kapalı yollara ilişkin bilgi notu talep edilmiştir.

Yerleşim yerlerindeki kapalı yollara ilişkin olarak ise; 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun 7'nci ve 9'uncu maddeleri ile ulaşım ve toplu taşıma hizmetlerini plânlamak ve koordinasyonu sağlamak, karayolu, yol, cadde, sokak, meydan ve benzeri yerler üzerinde araç park yerlerini tespit etmek ve kanunların belediyelere verdiği trafik düzenlemesinin gerektirdiği bütün işleri yürütmek gibi görevler için büyükşehirlerde Ulaşım Koordinasyon Merkezleri kurulacağına hüküm altına alındığı,

Diğer taraftan 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 15'inci maddesi ile de trafik düzenlemesinin gerektirdiği bütün işleri yürütme görev ve yetkisinin belediyelere verildiği,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Öte yandan 2918 sayılı Karayolu Trafik Kanunu çerçevesinde il sınırları içinde mahalli ihtiyaç ve şartlara göre trafik düzeni ve güvenliği bakımından illerde vali veya yardımcısının başkanlığında, belediye, emniyet, jandarma, milli eğitim, karayolları ve Türkiye Şoförler ve Otomobilciler Federasyonuna bağlı ilgili odanın temsilcileri; Valilikçe uygun görülen trafikle ilgili üniversite, oda, vakıf ve kamuya yararlı dernek veya kuruluşların birer temsilcisinden oluşan İl Trafik Komisyonu oluşturulacağının hükme bağlandığı,

Bu çerçevede; trafikle ilgili yapılacak düzenlemeler büyükşehirlerde Ulaşım Koordinasyon Merkezi, belediye sınırlarında ilgili ilgili belediyesi, belediye sınırları dışında il sınırları içinde ise İl Trafik Komisyonları tarafından yapıldığı hususunda Strateji Geliştirme Başkanlığına bilgi verilmiştir.

Yaşanabilir çevre ve kimlikli şehirler oluşturulması için; trafik kaynaklı hava kirliliği etkilerinin azaltılması, beden ve ruh sağlığının korunması, yaşam kalitesinin artırılması ve çevre koruma bilincinin geliştirilmesi, aynı zamanda kent estetiğine katkı sağlanması amacıyla Cumhurbaşkanlığı Eylem Planında "Daha yeşil ve yaşanabilir şehirler hedefi kapsamında bisiklet yolu (3000 km) ve yeşil yürüyüş yolu (3000 km), 60 km çevre dostu sokak ve 60.000 m2 gürültü bariyeri yapılması" eylemleri yer almakta olup, egzoz emisyonunun azaltılmasına yönelik olarak bisiklet kullanımının yaygınlaştırılması amacıyla belediyelerin yapacakları projeleri desteklemek amacıyla Bakanlığımız ve ILBANK A.Ş. arasında protokol imzalanmıştır. Protokol çerçevesinde destekten faydalanmak üzere belediyeler tarafından geliştirilecek projelere, toplam finansman miktarının en fazla %45'ine kadar hibe desteği sağlanabileceği hususu 08.01.2019 tarihli ve 4565 sayılı yazımızla büyükşehir ve büyükşehir ilçe belediyelerine duyurulmuştur.

6.3 Tarım ve Orman Bakanlığı

Tarım ve Orman Bakanlığı'nın 1/8/2019 tarih ve 40317327-010.03-E.2275071 sayılı yazısı özetle aşağıdaki şekildedir:

Obezitenin önlenmesi ve mücadeleye ilişkin Bakanlığımız çalışmalarını içeren Obezitenin Önlenmesi ve Mücadele Kapsamında Yapılan Çalışmalar hakkındaki raporumuz aşağıdaki şekildedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

6.3.1 Obezitenin Önlenmesi ve Mücadele Kapsamında Yapılan Çalışmalar Hakkındaki Rapor

5996 sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu

Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından yürütülen bu Kanunun amacı, gıda ve yem güvenilirliği, halk sağlığı, bitki ve hayvan sağlığı ile hayvan ıslahı ve refahını, tüketici menfaatleri ile çevrenin korunması da dikkate alınarak korumak ve sağlamaktır.

6.3.1.1 Gıda Mevzuatı

Türk Gıda Kodeksi Avrupa Birliği mevzuatına uyum çalışmaları başta olmak üzere ülke ihtiyaçları doğrultusunda 5996 Sayılı Kanunun 23. Maddesi çerçevesinde oluşturulan Ulusal Gıda Kodeks Komisyonu marifetiyle hazırlanmaktadır. Halen Türk Gıda Kodeksi kapsamında 96 düzenleme bulunmakta olup, dağılımı aşağıda verilmiştir:

Mevzuat Türü	Düzenleme Sayısı
TGK Yönetmelikleri	16
TGK Hazırlama Yönetmeliği	1
Işılama Yönetmeliği	1
TGK Tebliğleri	78
TOPLAM	96

Türk Gıda Kodeksi (TGK) hazırlanırken özellikle diğer kurum ve kuruluşlar, sivil toplum örgütleri, üniversiteler ile gıda işletmecileri ile tüketicilerin görüş ve talepleri dikkate alınmaktadır. TGK kapsamında düzenlemelerden biri olan TGK Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği; algı farklılıkları ve bilgi gereksinimleri dâhil gıda hakkında bilgilendirme açısından tüketicilerin üst düzeyde korunmasına ilişkin kuralları belirlemektedir. Ayrıca TGK kapsamında yayımlanan dikey düzenlemeler (ürün tebliğleri) ile ilave etiketleme kuralları da getirilmektedir. Yine dikey düzenlemeler ile bazı ürünlerde tuz ve şeker miktarının azaltılması ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

6.3.1.1.1 TGK Gıda Etiketleme Ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği Kapsamında Yapılan Düzenlemeler

5996 sayılı Kanunun yayımından sonra Avrupa Birliği (AB) mevzuatına uyum çerçevesinde TGK Etiketleme Yönetmeliği 29/12/2011 tarihinde yayımlanmıştır. Ardından AB mevzuatında (1169/2011/EC) yapılan değişikliklere paralel olarak bahse konu Yönetmelik 26/1/2017 tarihinde yeni adıyla ve yeni düzenlemeleriyle TGK Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği olarak yayımlanmıştır.

Yeni Yönetmeliğin yayımından sonra; gıdaların etiketinde, tanıtımında, sunumunda ve reklâmında kullanılan terimler ve ifadeler ile ilgili olarak; tüketicilerin doğru bilgilendirilmesini sağlamak ve yanıltılmasını önlemek, gıdaların etiketlenmesi, sunumu, tanıtımı ve reklamında yer alan yazılı ve görsel bilgilerin, kullanılan terimlerin ve ifadelerin kullanım koşulları konusunda gıda işletmecilerine yardımcı olmak ve resmi kontroller sırasında yapılacak değerlendirmelerde uygulama birlikteliği sağlamak amacı ile 17/7/2017 tarihinde TGK-Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği Hakkında Kılavuz yayımlanmıştır.

26/1/2017 tarihinde yayımlanan TGK Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği ile gıda hakkında bilgilendirme açısından tüketicilerin üst düzeyde korunmasına ilişkin kurallar ve gıda zinciri içinde yer alan bütün gıda işletmecilerinin sorumlulukları belirlenmiştir. Bu kapsamda;

✓ Gıda zincirinin tüm aşamalarında yer alan gıda işletmecileri (üretici, ithalatçı, ambalaj ayııcı, perakendeci, toplu tüketim yeri, vb.) kontrolleri altında yürüttükleri faaliyetlerin gerektirdiği ölçüde tüketiciyi bilgilendirmeden sorumludur.

✓ Yönetmeliğin kapsamı toplu tüketim yerlerinde son tüketiciye sunulacak gıdaları ve gıda satış yerlerinin sorumluluklarını da kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

✓ Yeni tanımlar ve uygulamalar eklenmiştir: Gıda hakkında bilgilendirme, gıda hakkında bilgilendirme mevzuatı, gıda enzimi, gluten, okunabilirlik, reklam, tasarlanmış nanomateryal, temel görüş alanı, tüketim birimi, uzaktan iletişim araçları, gıdanın dondurulduğu tarih, mesafeli satış.

✓ Önceki Yönetmelikte Günlük Karşılama Miktarı (GKM) ifadesi Referans Alım (RA) Oranı olarak değiştirilmiştir. Bu kapsamda sadece "enerji değerinin" veya "enerji değeri ile birlikte yağ, doymuş yağ, şeker, tuz miktarlarının" temel görüş alanında tekrar verilmesine imkân tanıyacak şekilde düzenleme yapılmıştır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

✓ Beslenme bildirimi (beslenme yönünden etiketleme) tüm hazır ambalajlı gıdalar için zorunlu hale getirilmiştir.

✓ Toplu tüketim yerlerinde menü, yazı tahtası vb. aracılığıyla, gıdanın adı ve alerjen madde bilgisi ile alkol ve domuz kaynaklı madde kullanımına ilişkin bilgilerin son tüketiciye sunulması zorunlu hale getirilmiştir.

✓ Gıda işletmelerinin yeni hükümlere 31/12/2019 tarihine kadar uyum sağlaması gerekmektedir.

6.3.1.1.1.1 Beslenme Bildirimi

Yönetmelikte yer alan zorunlu Beslenme Bildirimi aşağıdaki bilgilerden oluşur:

- Enerji değeri.
- Yağ, doymuş yağ, karbonhidrat, şekerler, protein ve tuz miktarları.
- Sürülebilir yağ/margarinler, yoğun yağlar, bitkisel yağlar ve bu yağları içeren gıdaların %2'den fazla trans yağ içermesi durumunda trans yağ miktarı.

Zorunlu beslenme bildirimi içeriği, aşağıda verilen besin öğelerinden birinin veya birkaçının miktarı ile desteklenebilir:

- Tekli doymamış yağ.
- Çoklu doymamış yağ.
- Lif.
- Polioller veya şeker alkol.
- Nişasta.
- Vitamin ve mineraller.

Gıdanın 100 gr veya 100 ml'si üzerinden yapılan zorunlu beslenme bildirimi, tüketilen gıdanın enerji ve besin öğeleri miktarı açısından tüketicilerin bilgilendirilmesini sağlamaktadır. Bu sebeple tüketiciler gıda seçimini daha bilinçli yapabilmektedir.

Ayrıca bu bildirimde yer alan gıdanın 100 gr veya 100 ml'si üzerinden yapılan bildirimde ilave olarak gıdanın porsiyon/tüketim birimi ve referans alım (RA) oranları da gönüllü olarak beslenme bildirimi tablosunda yer alabilmektedir.

Beslenme bildirimi tablosunun örnek gösterimi aşağıda yer almaktadır:



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Enerji ve Besin Öğeleri	100g İçin	100g için RA*	1 porsiyon İçin(115g)	1 porsiyon için RA*
Enerji(kJ ve kcal)	1244/ 296	%15	1432/341	%17
Yağ(g)	9.8	%14	11.3	%16
-Doymuş Yağ(g)	2.6	%13	3.0	%15
Karbonhidrat(g)	41.2	%16	47.4	%18
-Şekerler(g)	5.3	%6	6.1	%7
Protein(g)	10.2	%20	11.7	%23
Tuz(g)	1.0	%17	1.2	%21

*Değerler ortalama bir yetişkinin Referans Alım düzeyini belirtir.(8400 kJ/2000 kcal)



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Beslenme bildirimine ilave olarak enerji ve besin öğeleri miktarları tek başına enerji veya enerji, yağ, doymuş yağ, şekerler, tuz olarak aşağıdaki şekilde etiketin temel görüş alanında tekrar verilebilmektedir.

6.3.1.1.1.2 Beslenme Beyanları

Günümüzde gıdalar ile ilgili yapılan Ar-Ge çalışmaları ve yeni ürün gruplarının üretimi tüketici talepleri doğrultusunda şekillenmektedir. Bu sebeple gıda etiketlerinde yer alan beslenme beyanları tüketici tercihlerini etkilemektedir.

Beslenme beyanı, bir gıdanın içerdiği enerji, besin öğeleri veya diğer öğeleri nedeniyle beslenme yönünden aşağıda belirtilen yararlı özelliklere sahip olduğunu belirten, ileri süren veya ima eden herhangi bir mesaj olarak tanımlanmıştır.

Yüksek lif, düşük yağlı, enerjisi azaltılmış gibi ifade edilen beslenme beyanları, gıda etiketlemesinde gönüllü olarak uygulanmakta olup tüketici yararına bilgilendirme sağlamaktadır.

6.3.1.1.1.3 Renkli Etiketleme

İngiltere Gıda Güvenilirliği Otoritesi (Food Safety Authority (FSA)) tarafından geliştirilmiş olan trafik ışıkları sisteminde, yeşil renk 'düşük', sarı renk 'orta' ve kırmızı renk 'yüksek' anlamına gelmektedir. Bu sistemde çeşitli şekiller ve renkler kullanılarak gıdanın yağ, doymuş yağ, şeker ve tuz miktarları açısından hangi renkte olduğu gösterilmektedir. Ayrıca bu besin öğelerinin gıdanın bir porsiyonunda ne kadar bulunduğu bilgisi verilmektedir. Tüketiciler mümkün olduğunca yeşil rengi fazla olan gıdalara yönlendirilmekte ve kırmızı renge sahip olan gıdaları arada bir tüketmeleri tavsiye edilmektedir.

Gıdaların besin öğelerine göre sahip oldukları renkler belirlenirken kullanılan değerler şöyledir:

	Yağ	Doymuş Yağ	Şeker	Tuz
	100 gr gıdadaki miktarlar			
Yüksek(kırmızı)	20 gr'dan fazla	5 gr'dan fazla	15 gr'dan fazla	1.5 gr'dan fazla
Orta(Sarı)	3-20 gr arası	1.5-5 gr arası	5-15 gr arası	0.3-1.5 gr arası
Düşük(Yeşil)	10 gr'dan az	1.5 gr'dan az	5 gr'dan az	0.3 gr'dan az



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Renkli etiketleme ilgili hususlar 2017'de yürürlükten kaldırılan TKG Etiketleme Yönetmeliğinin 2007 yılında başlatılan taslak çalışmalarında da ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmiş olup sahip olduğu dezavantajlarından dolayı 2011 yılında yayımlanan ilgili Yönetmelikte yer almamıştır. Bu süreçte yani 2007-2019 yılları arasında renkli etiketlemenin tüm dünyada obezite ile mücadele kapsamında kullanımı ile ilgili bir gelişme olmamıştır. Buna ilave olarak başta AB olmak üzere tüm dünyada enerji değeri ve besin ögesi miktarlarının grafik veya semboller kullanılarak da verilebilmesi halinde de aşağıdaki hususların mutlaka sağlanması gerektiği ifade edilmektedir. Bu hususlar;

- ✓ Etkin ve bilimsel olarak geçerli tüketici araştırmalarına dayandırılmalı ve tüketicileri yanıltıcı olmamalıdır,
- ✓ Geniş bir paydaş grubunun görüşü alınarak geliştirilmelidir,
- ✓ Tüketicinin gıdanın diyetteki enerji ve besin ögesi içeriğine sağladığı katkıyı ve önemini anlamasını sağlamalıdır,
- ✓ Benzer formatların ortalama tüketici tarafından anlaşıldığını gösteren bilimsel olarak geçerli olan kanıtlarla desteklenmelidir,
- ✓ Belli referans değerlere dayandırılmalıdır,
- ✓ Objektif olmalı ve ayrımcı olmamalıdır,
- ✓ Uygulanması malların serbest dolaşımına engel olmamalıdır.

Bu çerçevede 2017 yılından sonra Sağlık Bakanlığının bir kez daha önerileri doğrultusunda enerji, yağ, doymuş yağ, şekerler ve tuz miktarlarının ve referans alım oranlarının beslenme bildirimine ilave olarak temel görüş alanında sarı, kırmızı, yeşil renkler ile gösteriminin zorunlu hale getirilmesiyle ilgili TKG Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliğinde değişiklik taslağı hazırlanmış ve görüşe açılmıştır.

Söz konusu renklendirmenin yapılabilmesi için yağ, doymuş yağ, şekerler ve tuz için referans aralıkları belirlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı önerileri doğrultusunda hazırlanan Temel Görüş Alanında Renkli Etiketleme ile ilgili porsiyonu 25 g olan katı bir gıdada renkli etiketleme çalışmasını içeren örnek gösterim biçimi aşağıda yer almaktadır. Referans alım değerleri ile 100 gr katı gıda ve 100 ml içecek için kriterler de aşağıda yer almaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Porsiyon büyüklüğü 25g olan katı bir gıdada renkli etiketleme örneği

Porsiyon/Tüketim birimi ve 100g'da	ENERJİ	YAG	DOYMUŞ YAĞ	ŞEKERLER	TUZ
25 g (1 porsiyon)	103 kcal	3g	1,5 g	1,2 g	0,5 g
	%5	%4	%7	% 1	%8
100 g	413 kcal %21	12g % 17	5.8 g %29	4,6g %5	2g %33
Ortalama bir yetişkin için Referans Alım Oranı (%RA)					
8400 kJ/2000kcal					

Enerji ve Vitaminler ve Mineraller Dışındaki Bazı Besin Öğeleri İçin Referans Alımı Değerleri (Yetişkinler İçin)				
Enerji veya besin öğeleri		Referans alımı değerleri		
Enerji		8400kj / 2000 kcal		
Şekerler		90 g		
Toplamı yağ		70 g		
Doymuş yağ		20 g		
Tuz		6g		
Karbonhidrat		260 g		
Protein		50 g		
Lif		25 g		
100 ml içecek için kriterler				
Besin Öğeleri	RA (Referans Alımı Değeri)	DÜŞÜK*	ORTA	YÜKSEK
Renk Kodu		YEŞİL	KOYU SARI	KIRMIZI
Yağ	70 g	≤ 1.5g/100ml	>1.5g-≤8.75g/100ml	> 8.75g/100ml
Doymuş Yağ	20 g	≤ 0.75g/100nıl	>0.75g-≤2.5g/100nıl	>2.5g/100ml
Şekerler	90 g	≤ 2.5g/100ml	>2.5g-11.25g/100nıl	>11.25g/100ml
Tuz	6g	≤ 0.3g/100nıl	>0.3g-0.75g/100ml	>0.3g≤0.75g/100ml



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Konu ile İlgili Diğer Örnekler

Yarım yağlı süt

	ENERJİ	YAĞ	DOYMUŞ YAĞ	ŞEKERLER	TUZ
250 ml (1 porsiyon)	110 kcal %6	3,8 g %5	2,5 g %13	11,8 g %13	0,3 g %4
100 ml	44 kcal %2	1,5 g %2	1 g %5	4,7 g %5	0,1 g %2

Ortalama bir yetişkin için Referans Alım Oranı (%RA)
8400 kJ / 2000 kcal

Tam yağlı kaymaklı yoğurt

	ENERJİ	YAĞ	DOYMUŞ YAĞ	ŞEKERLER	TUZ
200 g (1 porsiyon)	188 kcal %9	9,8 g %14	6,4 g %32	14,6 g %16	0,3 g %6
100 g	94 kcal %5	4,9 g %7	3,2 g %16	7,3 g %8	0,2 g %3

Ortalama bir yetişkin için Referans Alım Oranı (%RA)
8400 kJ / 2000 kcal

Çilekli Yarım Yağlı Yoğurt

	ENERJİ	YAĞ	DOYMUŞ YAĞ	ŞEKERLER	TUZ
110 g (1 tüketim birimi)	96 kcal %5	1,9 g %3	1,2 g %6	13,2 g %15	0,1 g %2
100 g	87 kcal %4	1,7 g %2	1,1 g %6	12 g %13	0,1 g %2

Ortalama bir yetişkin için Referans Alım Oranı (%RA)
8400 kJ / 2000 kcal

Çikolatalı Puding

	ENERJİ	YAĞ	DOYMUŞ YAĞ	ŞEKERLER	TUZ
165 g (1 tüketim birimi)	200 kcal %10	6,9 g %10	4,5 g %22	23,1 g %26	0,3 g %6
100 g	121 kcal %6	4,2 g %6	2,7 g %14	14 g %16	0,2 g %3

Ortalama bir yetişkin için Referans Alım Oranı (%RA)
8400 kJ / 2000 kcal



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.3.1.1.1.3.1 AB'de Renkli Etiketleme uygulaması

Yeşil, sarı ve kırmızı renkler kullanılan (Trafik ışıkları modeli) renkli etiketleme uygulaması İngiltere'de gönüllü olarak sınırlı gıdada uygulanmakta olup genellikle birden fazla bileşen içeren hazır gıdalarda kullanılmaktadır. Diğer taraftan Avrupa Komisyonu tarafından 2014 yılından beri İngiltere aleyhine Kanuna aykırılık soruşturması/mahkemesi yürütülmektedir.

1169/2006/AB Tüzüğü çerçevesinde Avrupa Birliği Komisyonu, gıda ve içeceklerle ilgili bilgilerin farklı ifade ve gösterim şekilleri, bunların ortak pazara etkisi ve harmonizasyon konularında bir rapor istemiştir. Avrupa Ortak Araştırma Merkezi (JRC-Joint Research Centre) Şubat 2018'de bu konuda çalışmaya başlamıştır.

İtalya başta olmak üzere birçok coğrafi işaretli peynir, zeytinyağı ve diğer geleneksel ürün üreten ülkeler sisteme itiraz etmektedir. Konunun AB Komisyonunca değerlendirme sürecinde olduğu ve sonuç raporunun beklenmesi gerektiği yönünde fikir beyan etmektedir.

6.3.1.1.1.3.2 Kuzey Anahtar Deliği (Nordic Key Hole) Uygulaması



Bu uygulama İsveç Ulusal Gıda Ajansı tarafından geliştirilmiş, 1989'da kullanılmaya başlanmıştır. Sistem 2009'da Norveç'in katılımıyla, ilerleyen yıllarda yayılarak Danimarka, İzlanda, Litvanya ve Makedonya'da uygulanmaya başlanmıştır. Bir ürüne Keyhole etiketi konulabilmesi için lif, tuz, şeker, yağ ve doymuş yağlara ilişkin belirlenen kriterleri karşılıyor olması gerekmektedir.

6.3.1.1.1.3.3 Finlandiya Uygulaması





TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Finlandiya'da aşağıda belirlenmiş kriterler kapsamında Kalp Sembolü (Finnish Heart Symbol) kullanılmaktadır.

Süt, ve benzer ürünlerde:

Maksimum yağ 0,5 g/100 g ya da yağ içeriği 0,51 – 1,0 g/100 g,
Ağır yağlar total yağın maksimum %33 ü
İlave şeker yok

Yoğurt, ve benzeri ürünlerde (icilebilenler, ayran vb. hariç):

Maksimum yağ 0,5 g/100 g, ya da yağ içeriği 0,51 – 5,0 g/100 g,
Ağır yağlar maksimum 1 g/100g
Şeker maksimum 10g/100g
Sodyum maksimum 100mg/100g

Ekmek:

Yağ maks 5 g/100 g ya da eğer yağ içeriği 5,1-7 g/100 g,
Ağır yağlar maksimum total yağın %20'si
Sodyum maks 280 mg/100g
Şeker maksimum 7 g/100g
Lif minimum 6 g/100 g

Pismiş Et:

Et: Yağ maksimum 9g/100 g
Marine et: Ağır yağ total yağın maksimum %20 si
Sodyum maksimum 350 mg/100 g

6.3.1.1.1.3.4 Fransa Uygulaması: Nutri-Score



Fransa Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırmalar Enstitüsü (INSERM) tarafından İngiltere trafik ışıkları sisteminden uyarlanmıştır. Nutri-Score sistemi beslenme profili sistemini kullanarak gıdaları ve içecekleri yeşilden (derece A), kırmızıya (derece E) beş kategoride sınıflandırılmaktadır.

6.3.1.1.1.3.5 Food Drink Europe (Evolved Nutrition Labelling)

Mondelez, Nestle, Unilever, Pepsi-co, Coca-cola tarafından Referans Alım uygulaması ile porsiyon bazında renklendirmeyi birleştirmesi planlanan ENL, uygulanabilirliği konusunda



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

hemfikir olunamadığı için firmaların bu çalışmadan çekilmesi ile sonuçlanmıştır. Trafik ışıkları uygulamasına benzer bir beslenme etiketlemesi olarak tanımlanabilir. Katı gıdalar için uygun olmadığı belirtilen bu sistemin içecekler için uygunluğu araştırılıyor.

6.3.1.1.1.3.6 Kodeks Alimentarius Komisyonu Gıda Etiketleme Komitesi

Kodeks Alimentarius Gıda Etiketleme Komitesi konu ile ilgili çalışmalara başlamış olup yapılan çalışmalar sonucunda bir kılavuz hazırlanması planlanmaktadır. Tarım ve Orman Bakanlığı Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü Gıda İşletmeleri ve Kodeks Daire Başkanlığı FAO/WHO Codex Alimentarius Temas Noktası olup toplantılara katılım sağlanmakta ve konu takip edilmektedir.

6.3.1.1.1.3.7 Renkli Etiketlemenin Avantaj Ve Dezavantajları

6.3.1.1.1.3.7.1 Renkli Etiketlemenin Avantajları

- ✓ Tüketicinin bir bakışta yağ, tuz ve şeker miktarını kontrol edebilmesine yardımcı olacağı,
- ✓ Firmaların ürün bileşimlerini daha sağlıklı olacak şekilde formüle edeceği,
- ✓ Üretim ve tüketim aşamalarında farkındalık oluşturacağı düşünülmektedir.

6.3.1.1.1.3.7.2 Renkli Etiketlemenin Dezavantajları

- ✓ Renkli etiket uygulamasının insan davranışlarını doğrudan etkileyeceğini,
- ✓ Bilinçli seçimden ziyade insanları doğrudan bir üründen uzaklaştırabileceğini ya da bir ürüne çekebileceğini,
- ✓ Renkli etiketlemenin, tüketicinin "alerjen" gibi daha hassasiyetle yaklaşması gereken hususların önüne geçebileceği,
- ✓ Gıdada yararlı/zararlı olarak nitelendirilen bileşenler dışındaki bileşenlerin yoğunluğunun hesaba katılamaması nedeniyle bu yönlendirmenin yanlış olacağı,
- ✓ Ülkelerin farklı sistemler uygulamasının ortak pazar açısından sıkıntı yaratabileceği düşünülmektedir. (Food Drink Europe görüşleri)



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

6.3.1.2 Bakanlığımız Çalışmaları

2019 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programında yer alan **"Tüketicilerin besin içeriklerini sağlık açısından daha kolay değerlendirmesini sağlamak amacıyla gıda ambalajlarındaki renkli ön yüz etiketleme uygulamasına geçilecektir"** kararına istinaden Türk Gıda Kodeksi Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliğinin yeniden çalışılmasına karar verilmiştir.

Öncelikli olarak Sağlık Bakanlığına gıdanın 100 g veya 100 ml'si üzerinde "enerji, yağ, doymuş yağ, karbonhidrat, şeker, protein, tuz" miktarları ile birlikte "referans alım oranı (%RA)" bilgilerinin de zorunlu hale getirilmesinin tüketicinin doğru bilgilendirilmesi açısından yeterli olacağı önerisi sunulmuştur. Ancak bu öneri Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilmemiştir.

Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı önerileri doğrultusunda şekillendirilen Yönetmelik taslağı 4/1/2019 tarihinde görüşe açılmış olup 4/2/2019 tarihinde görüş süresi sona ermiştir. Taslak görüş değerlendirme aşamasındadır. Türk Gıda Kodeksi Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği 4 Ocak 2019 tarihinde renkli etiketleme kuralları belirlenerek görüşe açılmıştır. Renkli etiketleme konusunda gelen görüşlerin çoğunlukla olumsuz olduğu değerlendirilmiştir. Bu konuda yukarıda yer alan değerlendirmeler de bu hususu desteklemektedir.

Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) - Ticarete Teknik Engeller (TTE) Anlaşmasının şeffaflık ilkesi çerçevesinde, bahse konu taslakla ilgili bir uluslararası standardın bulunmaması veya hazırlanan mevzuatın teknik içeriğinin uluslararası standartlara uyumlu olmaması ve diğer DTÖ üyesi ülkelerin ticareti üzerinde önemli etkisinin olması durumunda söz konusu taslağın DTÖ'ye bildirim yükümlülüğü bulunmaktadır.

Ayrıca, söz konusu 1169/2011/EC simgeli mevzuat ve kapsadığı ürün grubu AB ile Türkiye arasında oluşturulan Gümrük Birliği çerçevesinde uyumlaştırılması gereken teknik mevzuatı ortaya koyan 2/97 sayılı OKK ekini güncellemesi planlanan Usul Rehberi'nde yer almaktadır.

8-12 Temmuz 2019 tarihleri arasında İsviçre'nin Cenevre kentinde düzenlenen 42. Kodeks Alimentarius Komisyonu toplantısında; Dünya Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) ile Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından hazırlanıp, Komisyon'a sunulan 'Kodeks çalışmalarına FAO



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

ve WHO'nun Bilimsel Desteği' isimli belgede; Dünya Sağlık Örgütü Beslenme Rehberi Uzman Tavsiye Grubunun (Nutrition Guidance Expert Advisory Group: NUGAG) Politika Faaliyetlerine ilişkin Alt Çalışma Grubunun beslenme etiketlemesi, çocuklara gıdaların pazarlanmasının kısıtlaması ve sağlıklı diyetlerin teşvik edilmesine dair mali politikalar ile ilgili üç adet kılavuzun geliştirilmesi üzerine odaklanacağı vurgulanmıştır. Ayrıca Birleşmiş Milletler (UN) gelecek on yıl (2016 - 2025) aksiyon planı içerisinde "beslenme etiketlemesi" önemi ve bu konuda ülkelerin çalışmaları vurgulanmış olup renkli etiketleme öncelik listesinde yer almamaktadır.

Yani buradan da anlaşılacağı üzere WHO çalışma grupları tarafından yapılacak öneriler doğrultusunda "beslenme etiketlemesi" ilgili kararlar önümüzdeki yıllarda hazırlanacak kılavuzlarla birlikte hükümetlere önerilecek olup, ülkemiz tarafından halihazırda AB uyumu kapsamında 1 Ocak 2020 tarihinden itibaren uygulamaya konulacak olan beslenme etiketlemesi tam olarak uygulanmadan; beslenme etiketlemesi ile birlikte renkli etiketlemeye geçilmesi özellikle ithal ürünler açısından ticarete teknik engel oluşturacak şekilde ulusal uygulamada da pek çok olumsuzlukları beraberinde getireceği değerlendirilmektedir.

Buna ilave olarak; gıdanın sağlıklı veya sağlıklı olarak tanımlanması; 5996 sayılı Kanuna aykırı bir ifade olup Kanunda güvenilir gıdanın taşınması gereken şartlar hükme bağlanmıştır.

Bir diğer ifadeyle sağlıklı ya da sağlıklı olma olgusu bir gıdaya atfedilecek bir husus olmayıp doğru olmayan beslenme alışkanlığı veya yetersiz fiziksel aktivite veya fiziksel aktivite ile uyumlu olmayan beslenme alışkanlığından bahsetmek obezite ile mücadelede çözüm oluşturulması aşamasında daha doğru bir tanımlama olacaktır.

Sistemin dezavantajları ile ilgili gelen görüşler aşağıda özet olarak verilmiştir:

- Türk Gıda Kodeksi Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği Avrupa Birliği mevzuatı ile uyumlu iken bu uygulama ile yapılacak değişiklik etiketlerin tamamen değişikliğe uğramasına neden olacaktır.

- Bu sistemde ürün bileşenleri 100 gram ya da mililitre yanında, porsiyon ya da tüketim birimi başına da ifade edilmektedir. Bu durum porsiyon ya da tüketim biriminin küçültülmesi ile etiket renklerinin (kırmızıdan yeşile çevrilmesi amacıyla) değişmesine neden olmaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

- Yeşil, sarı ve kırmızı renkler tüketicilerde trafik ışıkları ile özdeşleştirilerek Kırmızı = kötü, Yeşil = İyi şeklinde algılanacaktır.
- Tüketicinin ilk görüş algısında; yeşil: tüketilebilir gıda, sarı: orta sağlıklı gıda, kırmızı: sağlıklı, tüketilmemesi gerekli gıda izlenimi bırakacaktır.
- Tüketicilerin kırmızı renkli ürünü tüketilemez ürün ve sağlıklı gıda olarak algılaması riski çok yüksektir. Gıdanın sağlıklı veya sağlıklı olarak tanımlanması ise gıda terminolojisine aykırıdır.
- Tüketicilerin porsiyonu yeşil olan gıdayı daha fazla tüketmeleri durumunda kırmızı olması çok kolay anlaşılabilir bir husus değildir.
- Geleneksel gıdalarımız dâhil olmak üzere bazı ürünlerimizde tek bileşeninden dolayı sağlıklı veya sağlıklı olarak tanımlanmasına yol açma riski vardır.
- Trafik ışıkları kapsamında et, süt, peynir, yağ, balık gibi gıdalar büyük oranda yağ içermesi nedeniyle kırmızı ile işaretlenecektir.
- Kolaycı yaklaşım nedeni ile tüketicilerin etiketleri okuyarak bilgi sahibi olma eğilimlerini köreltme riski vardır.
 - İthalat ve ihracat amaçlı çok dilli hazırlanan gıda etiketlerinde sıkıntı yaşanacaktır. Ülkelerin farklı sistemler uygulaması ortak pazar açısından sıkıntı yaratacaktır.
- Renkli etiket uygulamasının insan davranışlarını doğrudan etkileyerek bilinçli bir seçimden ziyade doğrudan bir üründen uzaklaştırabilir veya bir ürüne çekebilir.
- Uygulama yalnızca İngiltere'de gönüllülük esasına dayalı olarak uygulanmaktadır. Avrupa Komisyonu'nda 2014'ten beri İngiltere aleyhine Kanuna aykırılık soruşturması sürüyor.
- AB üyesi ülkelerde renkli etiketleme konusunda gönüllülük esasına dayalı birkaç farklı uygulama şekli mevcut olup avantaj ve dezavantajları, tüketici izlenimleri araştırmaları ise henüz AB komisyonu tarafından kabul edilmemiştir.

6.3.1.3 Trans Yağların Elimine Edilmesi

Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından uluslararası mevzuat ve bilimsel çalışmalar yanı sıra gıda teknolojisinin gereklilikleri takip edilerek ülkemizde gıda güvenliği ve halk sağlığının korunması en üst seviyede tesis edilmektedir. Trans yağ ile ilgili düzenleme ilk kez **23 Ağustos 2007** yılında **Türk Gıda Kodeksi Gıda Maddelerinin Genel Etiketleme ve Yönünden**



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Etiketleme Kuralları Tebliğ değişikliği ile düzenlenmiştir. Bir diğer ifadeyle Bakanlığımız bu konuda her türlü gelişmeyi takip etmektedir.

Piyasaya arz edilen gıdalar; **“trans yağ asidi miktarının, yağlarda veya bileşen ola tak yağ içeren gıdalarda toplam yağın 100 gramında 1 gramdan az olması durumunda Trans yağ içermez/Trans yağ yoktur.”** beyanı yapılabilmektedir.

"Trans yağ içeriği % 2'ilin üzerinde olan gıdalar üretilmeyecek" hususu ise; Avrupa Birliğinde 2014 yılında hazırlanan bir rapor ile gündeme gelmiş olup çalışmalar tamamlanarak henüz bu yıl; 25 Nisan 2019 tarihinde yayımlanmıştır. Buna göre; "Gıdalarda hayvansal yağlarda doğal olarak bulunan trans yağ hariç gıdalarda **trans yağ içeriği 100 gram yağda 2 gramı geçemeyecektir.** Uygulamaya **geçiş süresi 2021 olarak** belirlenmiştir. Mevzuat düzenlemeleri yapılırken halk sağlığını doğrudan etkileyecek hususlar hemen yürürlüğe girerken gıda sektörünün uyum sağlaması gereken hususlar da ise geçiş süresi verildiğinin altı çizilmelidir. Bahsedilen tüm bu gelişmeler Bakanlığımız tarafından takip edilmekte olup çalışmalar tüm paydaşların katılımıyla yürütülmektedir.

Haziran 2018'de Dünya Sağlık Örgütü ve Bakanlığımız tarafından yürütülen çalışmada Ankara'da çeşitli bölgelerden çeşitli gıdalardan) 187 adet numune alınarak Ankara GKLM'de trans yağ ve sodyum analizleri yapılırken 109 numunede trans yağ analizleri yapılmıştır. Etiketleme ve tüketicileri bilgilendirme yönetmeliği gereği katı sıvı yağlar ve bu yağları içeren gıdalarda %2'den fazla trans yağ olması durumunda etikette bildirilmesi gerekmektedir. Tüm numunelerde trans yağ miktarı bu değerin çok altında tespit edilmiştir.

6.3.1.4 Gıdalarda Tuz ve Seker Azaltılma Çalışmaları

Bakanlığımız; Türk Gıda Kodeksi kapsamında yapmış olduğu yasal düzenlemeler ile tuz ve şekerin azaltılması ve tüketicilerimizin daha sağlıklı beslenmeleri yönünde aşağıda değişiklikleri hayata geçirmiş ve bu yönde yapılan çalışmalara katkı sağlamıştır.

✓ **TGK Ekmek ve Ekmek Çeşitleri Tebliği (4 Ocak 2012)**

Ekmeklerin tuz miktarı **en az %25** azaltıldı (% 2'den %1,5'a düşürüldü)

✓ **TGK Et ve Et Ürünleri Tebliği Değişikliği (13 Şubat 2015)**

Kavurmada tuz oranı ağırlıkça % 40 azaltıldı (%5'den %3'e düşürüldü)

✓ **TGK Baharat Tebliği (10 Nisan 2013)**

Kırmızı pul biberlerin tuz oranı %22 azaltıldı (%9'dan %7'ye düşürüldü)

✓ **TGK Tuz Tebliği (16 Ağustos 2013)**



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Tuz etiketlerinde " **Tuzu Azaltın, Sağlığınızı Koruyun**" ibaresinin yer alması zorunlu hale getirildi.

✓ **TGK Salça ve Püre Tebliği (14 Haziran 2014)**

Salçaların tuz içeriği **en az %64 azaltıldı (%14'den %5'e düşürüldü)**

✓ **TGK Sofralık Zeytin Tebliği (23 Ağustos 2014)**

Sofralık zeytinde tuz miktarı ağırlıkça **maksimum % 8** ile sınırlandırılmıştır. (Eski Tebliğde sofralık zeytinde tuz oranı "**minimum %7**" olarak yer almaktaydı.

✓ **TGK Peynir Tebliği (8 Şubat 2015)**

Peynirlerin içerebileceği maksimum tuz oranı çeşidine göre değişmekle birlikte %35-% 61 arasında değişen oranlarda azaltıldı.

✓ **TGK Meyve Suyu ve Benzeri Ürünler Tebliği (6 Temmuz 2014)**

Meyve suyu" olarak tanımlanan ürünlerde ilave şeker kullanımı yasaklandı. (**Eski uygulamada meyve sularına 150 gram/ Litre şeker** izin verilmekteydi.)

6.4 Milli Eğitim Bakanlığı

Milli Eğitim Bakanlığı'nın 4/7/2019 tarih ve 669686699-602.05-E.12953245 sayılı yazısı özetle aşağıdaki şekildedir:

Çocuk, genç, kadın, erkek, aile ve topluma yönelik olarak obezitenin önlenmesi ve mücadeleye ilişkin ulusal politika ve stratejilerin belirlenmesine esas teşkil etmek üzere kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarının obezite konusundaki faaliyetleri ve önerileri hakkında bilgi ve belge isteğinize dair ilgi yazınız Bakanlığımızca incelenmiştir.

Bu kapsamda kanunlarda ve Cumhurbaşkanlığı kararnamelerinde belirlenen yetki ve sorumluluklarımız çerçevesinde obezitenin önlenmesi ve mücadeleye ilişkin bugüne kadar yapılan çalışmaları ve gelecekte yapılabileceklerle dair önerilerimizi ihtiva eden rapor aşağıda yer almaktadır.

6.4.1 Millî Eğitim Bakanlığı Obezitenin Önlenmesi Ve Mücaleye İlişkin Rapor

6.4.1.1 Destek Hizmetleri Genel Müdürlüğü



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Okul Sağlığı Hizmetleri; öğrencilerimizin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, korunması, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi için yapılan çalışmaları kapsamaktadır.

Okul Sağlığı Hizmetleri Bakanlığımız merkez teşkilatında Genel Müdürlüğümüz İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi Daire Başkanlığı, Merkez İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi koordinesinde, taşra teşkilatında İl Millî Eğitim Müdürlüğü İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimleri (İl İSGB) ve İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü İlçe İş Sağlığı ve Güvenliği Büroları (İlçe İSG Büroları) koordinesinde yürütülecektir.

6.4.1.1.1 Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü

Bakanlığımız ve Sağlık Bakanlığı arasında yürütülecek tüm okul sağlığı hizmetlerine yönelik çalışmalar 17.05.2016 tarihinde 5 yıl süre ile geçerli olmak üzere imzalanarak yürürlüğe giren "Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü" çerçevesinde yapılmaktadır. Protokol ile mevcut okul sağlığı yaklaşımının daha geniş kapsamlı ve bütüncül olması için "Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı" hazırlanmıştır. Program çerçevesinde yapılacak çalışmalarla, okul çağındaki bütün çocukların bedenlen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasının sağlanması ve sürdürülmesi, sağlıklı bir çevrede gelişimi, ailelerin ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmektedir. Söz konusu program kapsamında, öğrencilerin yıllık periyodik muayene/izlemleri kayıtlı oldukları aile hekimleri tarafından yapılacaktır.

6.4.1.1.2 Beyaz Bayrak Projesi

Millî Eğitim Bakanlığına bağlı okul/kurumların (resmi/özel) eğitim kurumlarının temizlik ve hijyen konusunda teşvik edilmesi, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, yeterli eğitim almış sağlıklı nesiller yetiştirilmesi amaçlanmaktadır.

Bakanlığımıza bağlı örgün ve yaygın eğitim kurumlarının temizlik ve hijyen konusunda teşvik edilmesi, okul sağlığının daha iyi düzeye çıkarılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve yeterli eğitim almış sağlıklı nesiller yetiştirilmesi amacıyla 03.08.2006 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Millî Eğitim Bakanlığı arasında "Beyaz Bayrak İşbirliği Protokolü" imzalanmış olup süresi dolan protokol 10.11.2010 ve 05.06.2015 tarihlerinde yeniden imzalanarak uygulamaya konulmuştur.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

25-26 Eylül 2017 tarihinde İl Koordinatörü ve Denetim Ekibine (138) hizmetiçi eğitim verilmiştir. Verilen iki hizmetiçi eğitiminden sonra Beyaz Bayrak sahibi olan okul/kurum sayısında artış olmuştur.

6.4.1.1.2.1 İstatistiksel Bilgiler

- ✓ 2016 yılında 5.806 resmi ve özel okul/kurum olmak üzere Beyaz Bayrak almıştır.
- ✓ 2017 yılında 10.737 resmi ve özel okul/kurum olmak üzere Beyaz Bayrak almıştır.
- ✓ 2018 yılı 17 Aralık itibari ile 8.554 resmi ve özel okul/kurum olmak üzere Beyaz Bayrak almıştır.
- ✓ 2019 yılı 27 Haziran itibari ile 9.533 resmi ve özel okul/kurum olmak üzere Beyaz Bayrak almıştır.
- ✓ Protokolün ilk imzalandığı tarihten bu zamana kadar ise toplam 31.874 resmi ve özel okul/kurum Beyaz Bayrak almıştır.

6.4.1.1.3 Beslenme Dostu Okul Projesi

Millî Eğitim Bakanlığına bağlı örgün eğitim kurumlarında, sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam konularında duyarlılığın artırılması ve bu konuda yapılan iyi uygulamaların desteklenmesi ile okul sağlığının daha iyi düzeylere çıkarılması amaçlanmaktadır.

Bakanlığımıza bağlı eğitim kurumlarında okul sağlığının geliştirilmesi, öğrencilerin sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam konularında teşvik edilmesi ve bu konuda yapılan iyi uygulamaların desteklenmesi amacıyla Bakanlığımız ile Sağlık Bakanlığı arasında 21.01.2010 tarihinde, "Beslenme Dostu Okullar İşbirliği protokolü" imzalanmıştır. Süresi dolan protokol, üç yıl geçerli olmak üzere 20.09.2013 tarihinde yenilenmiştir. 2016 yılında ek protokol ile revize edilmiştir. 12-13 Ekim 2016 tarihlerinde (155) katılımcıya hizmetiçi eğitim verilmiştir. 28-29 Eylül 2017 tarihinde İl Koordinatörü ve Denetim Ekibine (126) hizmetiçi eğitim verilmiştir. Verilen iki hizmetiçi eğitiminden sonra Beslenme Dostu okul/kurum sayısında artış olmuştur.

6.4.1.1.3.1 İstatistiksel Bilgiler

- ✓ 2016 yılında 1.196 resmi ve özel okul/kurum olmak üzere Beslenme Dostu



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Okul sertifikası almıştır.

✓ 2017 yılında 4.057 resmi ve özel okul/kurum olmak üzere Beslenme Dostu Okul sertifikası almıştır.

✓ 2018 yılı 17 Aralık itibari ile 4.518 resmi ve özel okul/kurum olmak üzere Beslenme Dostu Okul sertifikası almıştır.

✓ 2019 yılı 27 Haziran itibari ile 7.234 resmi ve özel okul/kurum olmak üzere beslenme Dostu Okul sertifikası almıştır.

✓ Protokolün imzalandığı ilk tarihten bu zamana kadar ise toplam 16.505 resmi ve özel okul/kurum Beslenme Dostu Okul sertifikası almıştır.

6.4.1.1.4 Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi

Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sağlıklı Hayatı Teşvik ve Sağlık Politikaları Derneği işbirliği ile öğrencilere yönelik Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi uygulaması kapsamında;

Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi, ortaokul ve lise öğrencilerine fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak, beden eğitimi dersinde yer alan fiziksel etkinliklere katılım için gerekli fiziksel becerileri geliştirmek ve etkin, sağlıklı bir yaşam tarzı sağlayan bireysel farkındalığı sağlamak, öğrencinin bilgi, beceri ve tutumunu geliştirmek amacı ile geliştirilmiştir.

Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi, 15 Eylül-15 Ekim ve 15 Nisan-15 Mayıs tarihlerinde yılda iki defa Beden ve Spor Dersi Öğretmeni tarafından ölçümleri yapılarak e-Okul sistemine girişlerinin yapılması planlanmıştır. Testlerde mekik, sınav, otur-uzan esneklik ölçümü, vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümü değerlendirilecektir. Bu program kapsamında öğrenciler fazla kilolu, kilolu, zayıf veya çok zayıf ise aile hekime yönlendirilecek, ayrıca fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması sağlanacak ve öğrencilerin gelişimleri izlenecektir.

2018-2019 II. Dönem Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi Düzenlenen Öğrenci Sayısı 5.698.837 öğrencidir.

Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi, ana karnedeki beden ve spor eğitimi ders notunu etkilemeyecek ve çocuklara ait bilgiler gizli tutulup her çocuğun kendi ailesiyle paylaşılacaktır. E-okul veri tabanından veliler diğer karne notlarına erişimleri gibi fiziksel uygunluk karnesine de ulaşabilmektedirler. Gelişmiş ülkelerde uygulanan Fiziksel Aktivite



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Karnesinin ülkemizde de uygulaması ile uzun vadede ortaokul ve lise öğrencilerinin gelişimlerinin izlenmesi ve fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması hedeflenmektedir.

Bu kapsamda 2016 yılında Türkiye genelinde 12 bölgede 81 İl'den 7.413 Beden Eğitimi öğretmenine Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi eğitimi verilmiştir. Eğitim alan öğretmenler de illerinde görev yapan diğer toplam 26.042 Beden Eğitimi öğretmenine eğitim vermiştir. Böylece 33.455 Beden Eğitimi öğretmeni eğitim almıştır. Programın uygulanmasına Türkiye genelinde (resmi ve özel) ortaokul ve liselerde 2016-2017 eğitim öğretim yılının ikinci döneminde başlanmış olup 15 Nisan-15 Mayıs 2017 tarihleri arasında Beden Eğitimi dersine giren Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenleri tarafından ölçümleri yapılan öğrenci verilerinin girişleri gerçekleştirilmiştir. 16 Mayıs 2017 tarihinden itibaren veliler öğrencilerin sağlıkla ilgili fiziksel aktivite karne bilgilerini e-Okul Veli Bilgilendirme Sisteminden görülebilmektedir.

Türkiye genelinde (resmi ve özel) ortaokul ve liselerde 2017-2018 eğitim öğretim yılının ikinci dönemi 15 Eylül-15 Ekim tarihleri arasında Beden Eğitimi ve Spor Dersine giren öğretmenler tarafından yapılan Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi ölçümlerine ait veriler e-okul yönetim Bilgi Sistemine girişler yapılmıştır.

Öğrenciler, Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi raporlarına göre Beden Eğitimi ve Spor Dersine giren öğretmenler tarafından günlük fiziksel aktivite hareketleri önerilmekte ya da aile hekimlerine yönlendirilmektedir.

6.4.1.1.4.1 İstatistiksel Bilgiler

✓ 2016-2017 eğitim öğretim yılının İkinci dönemi 15 Nisan-15 Mayıs tarihleri arasında 6.028.549 ortaokul ve lise öğrencisine Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi düzenlenmiştir.

✓ 2017-2018 eğitim öğretim yılının ikinci dönemi 15 Eylül-15 Ekim tarihleri arasında 5.157.424 ortaokul ve lise öğrencisine Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi düzenlenmiştir.

✓ 2017-2018 eğitim öğretim yılının ikinci dönemi 15 Nisan-15 Mayıs tarihleri arasında 7.196.412 ortaokul ve lise öğrencisine Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi düzenlenmiştir.

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU****6.4.1.1.5 Okulda Diyabet Programı**

Diyabetle ilgi eğitim ve bilinçlendirme çalışmaları kapsamında Bakanlığımız, Sağlık Bakanlığı ve Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği arasında 27.04.2010 tarihinde "Okullarda Diyabet Eğitim Programı" adıyla protokol imzalanmıştır. Protokol süresi 3 yıldır. Süresi dolan protokol 20.02.2014 tarihinde yeniden imzalanarak 3 yıl daha uzatılmıştır. Süresi 20.02.2017 tarihinde biten Okulda Diyabet Eğitim Programı protokolü güncellenmiş ve 05.10.2017 tarihinde imzalanarak 3 yıl daha uzatılmıştır.

Okulda Diyabet Eğitim Programı kapsamında; öğrenci, öğretmen, veli, kantin çalışanları ve servis şoförlerine eğitimler verilmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

OKULDA DİYABET PROGRAMI VERİLERİ (2018-2019)				
Öğrenci	Öğretmen	Kantin İşletmecisi/ Çalışanı	Servis Şoförü	Veli
7.809.663	673.865	34.997	70.404	1.815.970

6.4.1.1.6 Okul Kantinlerinin Denetimi

Okul Kantinlerinde Satılacak Gıdalar ve Eğitim Kurumlarındaki Gıda İşletmelerinin Hijyen Yönünden Denetlenmesi Konulu Genelge 2016-2017 Eğitim Öğretim Yılından itibaren geçerli olmak üzere imzalanarak yürürlüğe girmiştir.

10.03.2016 tarih ve 28552893 sayılı Okul Kantinlerinde Satılacak Gıdalar ve Eğitim Kurumlarındaki Gıda İşletmelerinin Hijyen Yönünden Denetlenmesi Konulu Genelgenin etkinliğinin artırılması, okullarda sağlıklı beslenmenin sağlanması amacıyla; kurumlar arası verimli ve eşgüdüm içerisinde hareket edilmesi açısından illerde Valinin onayı ile İl Millî Eğitim Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü, Tarım ve Orman İl Müdürlüğü temsilcilerinden oluşan İl Denetim Komisyonu ve ilçelerde Kaymakamının onayı ile İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü, TSM ve Gıda, Tarım ve Orman İlçe Müdürlüğü temsilcilerinden oluşan İlçe Denetim Ekipleri kurulmuştur.

OKUL/KURUM GIDA İŞLETMELERİNİN DENETİM VERİLERİ								
Eğitim- Öğretim Yılı	Yemekhanesi Olan Okul/Kurum Sayısı	Denetlenen Yemekhanesi Olan Okul/Kurum Sayısı	Genelgeye Göre Hareket Etmeyen ve Uyarılan Yemekhane Sayısı	Genelgeye Uyulmadığı İçin Kapatılan Yemekhane Sayısı	Kantini Olan Okul /Kurum Sayısı	Denetlenen Kantini Olan Okul /Kurum Sayısı	Genelgeye Göre Hareket Etmeyen ve Uyarılan Kantin Sayısı	Genelgeye Uyulmadığı İçin Kapatılan Kantin Sayısı
2017 - 2018 2. Dönem	7.484	6.541	851	2	17.682	15.204	1.797	4
2018 - 2019 1. Dönem	8.660	5.882	(Ek-1,2,3'e göre) 1.799	1	18.153	12.427	(Ek-1,2,3'e göre) 4.494	2



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.4.1.2 Din Öğretimi Genel Müdürlüğü

Anadolu imam hatip liseleri ile imam hatip ortaokullarında öğrenim görmekte olan öğrencilerin velilerine yönelik **"Evin Okula Yakınlaşması ve Değişen Anne Baba Rollerini Projesi"** kapsamında anne-baba seminerleri verilmektedir. Bu seminerlerin amaçlarından biri de sağlıklı aile, sağlıklı toplum için farkındalık oluşturmaktır.

Bu proje kapsamında verilen seminer konularından bazıları çocukluk ve gençlik döneminde spor, sanat ve kültür etkinliklerinin etkisi, gençlik dönemi ve sorunları ve sağlıklı birey/sağlıklı beslenme, gelişim aşamasındaki çocukların riskli davranışlarının fark edilmesi ve risklerle baş etmede etkili yöntemlerdir.

Bu proje kapsamında velilere her dönem için 3 seminer olmak üzere toplam 6 seminer verilmektedir.

Bu proje kapsamında 364 Anadolu İmam Hatip Lisesi ve 441 İmam Hatip Ortaokulu olmak üzere toplamda 805 İmam Hatip Okulunda 191.270 veliye seminerler verilmiştir. (Veri girişleri devam etmektedir)

Anadolu İmam Hatip Liseleri ve İmam Hatip Ortaokulları Vizyon Belgesi Değerler Eğitimi, Bilim, Sanat, Spor, Sosyal ve Kültürel Etkinlikler Alanı ve Okul Tarafından Gerçekleştirilen Örnek ve Özgün Uygulama/Proje Alanında okullarda obezitenin önlenmesine yönelik uygulamalar yapılmaktadır.

6.4.1.3 Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü

Genel Müdürlüğümüz Yayın Eğitim Programları İçinde Sağlıklı beslenme ve obezite ile ilgili olarak;

- | | |
|-------------------------------------|----------------------|
| 1. Sağlıklı Beslenme | : 184 saat, |
| 2. Çocuk Beslenmesi | : 112 saat, |
| 3. Ergenlik Dönemi Beslenme | : 16 saat, |
| 4. Okul Çağı Çocuğunda Beslenme | : 16 saat, |
| 5. Okul Öncesi Çocuğunda Beslenme | : 16 saat, |
| 6. Süt Çocukluğu Döneminde Beslenme | :16 saat olmak üzere |

6 (Altı) ayrı programı bulunmaktadır. Programların içinde dengeli beslenme ve Obezite ile ilgili konular yer almaktadır.



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Kod Programın Adı	Ders Saati	Onay Tarihi	Türü
726 Sağlıklı Beslenme	184	03.11.2016	Genel
726 Çocuk Beslenmesi	112	21.10.2016	Genel
761 Ergenlik Döneminde Beslenme	16	16.02.2017	Genel
761 Okul Çağı Çocuğunda Beslenme	16	16.02.2017	Genel
761 Okul Öncesi Dönemde Beslenme	16	16.02.2017	Genel
Süt Çocukluğu Döneminde Beslenme	16	16.02.2017	Genel

6.4.1.4 Ortaöğretim Genel Müdürlüğü

"Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat" ile ilgili Ortaöğretim Genel Müdürlüğüne bağlı kurumlarda bildirimler uygulanmaktadır.

Beden Eğitimi ve Spor, Biyoloji ve Fen Lisesi, Fransızca, Sağlık Bilgisi ve Trafik Kültürü dersleri öğretim programlarında konu, kazanım ve açıklamalar bazında yer verilmiştir.

Ayrıca Obezitenin önlenmesi ve mücadeleyle ilgili olarak; Okullarımızda yeterli fiziksel aktivite ve öğle yemeği imkânlarının artırılmasıyla daha kalıcı çözümler üretmek mümkün olacaktır.

6.4.1.5 Özel Eğitim Ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Özel eğitim okul ve kurumlarında uygulanacak eğitim ve öğretim programları, ders kitapları, eğitim araç-gereçleri ve haftalık ders çizelgeleri Genel Müdürlüğümüz tarafından hazırlanarak Talim ve Terbiye Kuruluna sunulmaktadır. Bu doğrultuda orta ve ağır düzeyde zihinsel engeli ve otizmi olan öğrencilerin devam ettiği özel eğitim uygulama okullarında okutulan haftalık ders çizelgeleri ve öğretim programları 2018 yılında güncellenmiştir. Bu güncelleme ile özel eğitim uygulama okullarında okutulacak olan Beslenme, Sağlık ve Güvenlik dersi öğretim programı orta ve ağır düzeyde zihinsel engeli ve otizmi olan öğrencilerin bağımsız yemek yeme becerilerini, dengeli ve sağlıklı beslenme becerileri ile



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

yaşamları için gerekli sağlık ve güvenlik tedbirlerini alabilmelerini sağlayacak becerileri içeren bir bütünlük içinde oluşturulmuştur.

Ayrıca orta-ağır düzeyde zihinsel yetersizliği veya otizmi olan bireylerin devam ettiği özel eğitim uygulama okullarında 2018-2019 eğitim-öğretim yılından itibaren I. Kademedede "Oyun, spor ve fiziki etkinlikler dersi" 3 ders saatinden 5 ders saatine; II. Kademedede "spor ve fiziki etkinlikler dersi" 2 ders saatinden 5 ders saatine; III. Kademedede spor ve fiziki etkinlikler dersi 1 ders saatinden 5 ders saatine çıkarılmıştır. Yapılan bu düzenlemelerin özel eğitim ihtiyacı olan öğrencilerin sağlıklı yaşama becerilerini destekleyeceği düşünülmektedir.

6.4.1.6 Talim Ve Terbiye Kurulu Başkanlığı

Okul öncesi eğitim, temel eğitim ve ortaöğretim düzeyinde hâli hazırda uygulanmakta olan tüm öğretim programları, programların genel amaçları, öğrenme alanı, kazanımlar, açıklamalar ve ders içerikleri bakımından "obezite" konusunda taranmış ve konu ile ilgili bilgi, beceri, tutum ve değer geliştirmeye yönelik içeriklerin bulunduğu tespit edilmiştir.

6.4.1.7 Özel Öğretim Kurumları Genel Müdürlüğü

Genel Müdürlüğümüze bağlı olarak faaliyet gösteren özel okul, özel okul pansiyonları ve yatakhaneleri ile özel barınma hizmeti veren kurumlarda öğrencilerin sağlıklı beslenmesine imkân sağlayan yemek odası, yemek salonu ve yemekhane mekânlarının düzenlenmesine ilişkin esaslar Genel Müdürlüğümüz görev alanı kapsamındaki mevzuat çerçevesinde belirlenmiş olup özel kurum açılışları ve denetimlerinde bu mekânların uygunluğu düzenli olarak kontrol edilmektedir.

6.4.1.8 Temel Eğitim Genel Müdürlüğü

Sağlıklı ve dengeli beslenme konusunda daha bilinçli nesiller yetiştirmek ve fiziksel aktivite ile ilgili olarak Temel Eğitim Genel Müdürlüğünce; okul öncesi ve ilkökul düzeyinde proje ve faaliyetler yürütülmektedir.

Okul sütü ve okul üzümü 2011-2012 eğitim öğretim yılından 2017-2018 eğitim öğretim dönemin sonuna kadar 81 ilde okul öncesi ve ilkökul düzeyinde dağıtımları yapılmıştır.

Konuya ilişkin olarak ise "**Sağlıklı Adımlar**", "**Yemekte Denge Eğitimi**" ve "**Eğlenerek Hareket Edelim Sağlıklı Beslenelim**" projeleri ile okul öncesi ve ilkökul düzeyindeki çocuk ve öğrencilere yönelik çalışmalar yapılmaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

"Yüzme Bilmeyen Kalmasın" Projesi: Bakanlığımız ile Gençlik Spor Bakanlığı arasında 16 Nisan 2016 tarihinde imzalanan İş Birliği Protokolü kapsamında, 100 bin çocuğa yüzme öğretilmesine (ilkokulda okuyan öncelikle 3. ve 4. sınıf öğrencilerimize yüzme öğretmek amacıyla) yönelik "Yüzme Bilmeyen Kalmasın" Projesi gönüllülük esasına göre ücretsiz olarak 19 Kasım 2018 tarihinden itibaren yürütülmektedir.

Obezite ve Sağlıklı Beslenme Hakkında Programlarda Yer Alan Kazanımlar

İlkokul ve ortaokullarda uygulanan derslerin öğretim programlarında obezite ve sağlıklı beslenme konuları kazanım ve açıklama olarak yer almış, ders kitaplarında anlatım, etkinlik ve görsellerle desteklenmiştir.

Bakanlığımız ve Türk Standartları Enstitüsü (TSE) işbirliğinde okullarımızda güvenilir gıdaya erişimin sağlanması ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi hususlarında denetim, gözetim ve belgelendirme programı çalışmaları sürdürülmektedir.

6.5 Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

6.5.1 Bakanlık

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın Obezitenin Önlenmesi ve Mücadele hakkındaki 22/8/2019 tarih ve 57762097-800-1562899 sayılı yazısı özetle aşağıdaki şekildedir.

6.5.1.1 Obezitenin Önlenmesi Çalışmaları

Bakanlığımız da obezitenin önlenmesi ve mücadelesine katkıda bulunmak üzere sağlık biriminde Beslenme ve Diyet ünitesi kurulmuştur. 589 kişi kilo problemi nedeni ile diyet ünitesine başvurmuştur; Bu kişilerin 117'si kadın, 65'i erkek, 6'sı çocuk olmak üzere Beden Kitle İndeksleri (BKI) 30 ve üzeridir. Başvurudan sonra izlenen yol şu şekildedir:

✓ Hastalar kurum tabibi ile görüşür, kan tahlilleri yapılır. Tahlil sonuçları doktor tarafından değerlendirildikten sonra test sonucuna göre gerekirse hasta bir üst basamak sağlık kuruluşlarına gönderilir (troid hormon düzensizlikleri, insülin direnci, kan lipit bozuklukları vb.) ya da test sonucundaki eksikliklere göre (anemi, vitamin ve mineral eksiklikleri vb.) tıbbi tedavi verildikten sonra diyet ünitesine yönlendirilir.

✓ Beslenme ve Diyet ünitesine gelen kişinin kan değerleri, yaşı ve yaşam şekli değerlendirilir, ilk vücut analizi yapılır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

- ✓ Analiz sonucuna göre kişinin iki günlük beslenme öyküsüne ve besin tüketimine bakılarak bir diyet programı oluşturulur.
- ✓ Kişinin BKİ (Beden Kitle İndeksi) hesaplanarak takip programı süresi ve sıklığı belirlenir.
- ✓ Takip programı sırasında kişiye sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenme şekilleri besin piramidi ve gıda modelleri üzerinden porsiyon örnekleri ile görsel olarak desteklenerek anlatılır. Amaç hastanın programa uyma motivasyonunu arttırmaktır. Bununla birlikte hareket, spor, egzersizin bir yaşam tarzı haline getirilerek uygulanması önerilir.
- ✓ Programa uyan kişilerin vücut analizleri bir önceki ölçümle kıyaslanır.
- ✓ Kişinin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenmeyi yaşam biçimi haline getirmeyi öğrenmesi, çevresinde de bu farkındalığı yaratması için bilinçlenmesi amaçlanır.
- ✓ Beslenme ve diyet ünitesine başvuran çocuk hastaların ailesi ile işbirliği yapılarak obezitenin önlenmesi ve mücadelesi konusunda beslenme eğitimi ve tedavi programı hazırlanır.
- ✓ Personelin görebileceği yerlere Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen sağlıklı ve dengeli beslenmeye dikkat çeken, Obeziteyi anlatan bilgilendirme afişleri asarak kişilerde farkındalık yaratmaya çalışılmaktadır.
- ✓ Başkanlığımıza bağlı kreşimizde ki çocukların, periyodik aralıklarla boy ve kilo takibi yapılarak gelişimleri persentil eğrilerine göre değerlendirilir. Kilo fazlalığı olan çocukların velileri ile beslenme programı oluşturularak, yeterli ve dengeli beslenme ile ilgili eğitim verilmektedir.

6.5.2 Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın 17/7/2019 tarih ve 62275760-010.05-E.10315871 sayılı cevabi yazısı özetle aşağıdaki şekildedir.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun "Sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesi" başlıklı 72'maddesi gereği, Kanunun 63'üncü madde hükümlerine göre finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırarak belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkili kılınmıştır.

Kurumumuzca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin bedeller 5510 sayılı Kanun çerçevesinde hazırlanan Sağlık Uygulama Tebliği ve eki listelerde bildirilmekte olup genel sağlık sigortasında olan kişilerin sağlık yardımları buna göre karşılanmaktadır.

Obezite konusu ile ilgili Sağlık Uygulama Tebliği eki Ek-2/B ve Ek-2/C listelerinde 609871/ P609871 kodlu "Obezite, by-pass", 609872/ P609872 kodlu "Obezite, sleeve", 609873/ P609873 kodlu "Obezite,banding". 609877/P609877 kodlu "Duodenal switch-biliopankreatik diversiyon" işlemleri bulunmaktadır.

Söz konusu obezite işlemlerinin Ek-2/B ve Ek-2/C listelerindeki açıklama kısımlarında "BMI > 40 kg/m2 olan kişilerde, Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır." kuralı yer alır iken 05/08/2015 tarihli 29436 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Değişiklik Tebliği ile "BMI > 40 kg/m2 olan kişilerde, Tıbbi endikasyonun endokrinoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde faturalandırılır. Sağlık kurulu raporu düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir. Sağlık kurulu, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur." şeklinde değiştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Obezite Cerrahisi Uygulamaları konusundaki 2017/17 sayılı genelge kapsamında ve Sağlık Bakanlığı'nın görüşleri doğrultusunda söz konusu işlemlerin açıklama kısımlarında yer alan faturalandırma kuralları 04/08/2018 tarihli ve 30322 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan değişiklik Tebliği ile (Yürürlük: 15/02/2018) "Tüm malzemeler işlem puanına dâhildir. Aynı başvuruda bir adet faturalandırılır. 609871, 609872, 609877 ile birlikte faturalandırılmaz. SUT 2.4.4.0 Maddesine bakınız." şeklinde yeniden düzenlenmiştir.

Mevcut uygulamada yer alan bu düzenlemeye göre Sağlık Uygulama Tebliğinin 2.4.4.0-"Obezite Cerrahisi" başlıklı maddesindeki aşağıda yer alan hükümler çerçevesinde obezite cerrahisi işlemleri Kurumumuzca karşılanmaktadır.

“2.4.4.0 Obezite Cerrahisi



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

(I) SUT ve eki listelerinde yer alan obezite cerrahisi işlemlerinin faturalandırılmasında aşağıdaki kurallara uyulur.

a) BMI > 40 kg/m² olan kişilerde; genel cerrahi, endokrinoloji (endokrinoloji uzmanının bulunmaması halinde dâhiliye), akıl ve ruh sağlığı hastalıkları ile anestezi ve reanimasyon uzman hekimlerinin yer aldığı ve tıbbi endikasyonun belirtildiği sağlık kurulu raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

b) BMI 35-40 kg/nü olan ve eşlik eden hastalığı bulunan (koroner arter, diabetes mellitus, hiperlipidemi, hipertansiyon, uyku apnesi, hareket kısıtlılığına neden olan dejeneratif osteoartrit ve vertebral disk bozuklukları) kişilerde; genel cerrahi, endokrinoloji (endokrinoloji uzmanının bulunmaması halinde dahiliye), akıl ve ruh sağlığı hastalıkları, anestezi ve reanimasyon uzman hekimleri ile mevcut eşlik eden hastalığı ile ilgili branş uzman hekiminin de yer aldığı ve tıbbi endikasyonun belirtildiği sağlık kurulu raporunun düzenlenmesi gerekmektedir.

c) BMI 35-40 kg/m² olan ve eşlik eden hastalığı bulunan (koroner arter, diabetes mellitus, hiperlipidemi, hipertansiyon, uyku apnesi, hareket kısıtlılığına neden olan dejeneratif osteoartrit ve vertebral disk bozuklukları) kişilere düzenlenecek sağlık kurulu raporunda; uzman kontrolünde en az 6 ay yaşam tarzı değişikliği ve/veya medikal tedavi ile kilo verilemediğinin belirtilmesi gerekmektedir.

ç) Sağlık Kurulu, hizmeti veren sağlık hizmeti sunucusunda görevli hekimlerden oluşur ve düzenlendiği sağlık hizmeti sunucusunda geçerlidir.

d) Obezite cerrahisinin yapılacağı sağlık tesislerinin tescilli yapılmış üçüncü seviye erişkin yoğun bakım servisi ve endoskopi ünitesi ile obezite şartlarına uygun alt yapı ve cerrahi donanım sarılarını haiz ameliyathanesi bulunmalıdır.”

Yine, Kurumumuzca bedeli ödenecek ilaçların listesi, ilaç politikaları, raporlama ve reçeteleme kriterleri, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 63'ncü ve 72'nci maddesi gereği oluşturulan "İlaç Geri Ödeme Komisyonu", "Alternatif Geri Ödeme Komisyonu", "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu"nda ilgili branş uzmanlarının görüşleri de alınarak değerlendirilmekte ve alınan kararlar Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) yayımlanarak yürürlüğe girmektedir.

Sağlık Uygulama Tebliği'nde, "**4.2.18 - Orlistat kullanım ilkeleri**" başlığı altında,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

"(1) Endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi tarafından düzenlenen en fazla üç ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. Yazılan her reçeteye, hastanın bir önceki reçeteye göre kaybettiği kilo, diyet ve egzersize uyduğu, BMI değeri hekim tarafından yazılarak kaşe ve imza onayı yapılacaktır.

(2) Daha önce dört ardışık hafta boyunca yalnızca diyetle en az 2,5 kg'lık bir kilo kaybı ve obez hastalarda vücut kitle indeksi (BMI) > 40 kg/m² olmalıdır.

(3) Reçeteler birer aylık düzenlenecektir.

(4) Tedavinin 12 haftası sonunda hastalarda başlangıçtaki vücut ağırlığının en az %5'ini kaybetmesi halinde tedavinin devamına karar verilirse, yeni bir rapor daha düzenlenerek tedavi üçer aylık sürelerle uzatılabilecektir. 12 hafta sonunda vücut ağırlığının en az %5'inin kaybolmaması halinde tedavi kesilecektir. Bu ilacın kullanımı hastanın hayatı boyunca 2 yılı geçmeyecektir."

hükümleri çerçevesinde obezite tanısında Kurumumuzca karşılanmaktadır.

6.6 Gençlik ve Spor Bakanlığı

Gençlik ve Spor Bakanlığı'nın 18/6/2019 tarih ve 39746592-102.99[120.05]-E.683138 sayılı cevabi yazısı özetle aşağıdaki şekildedir.

Gençlik ve Spor Bakanlığı Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı bünyesinde; Milli takım sporcuları ile TOHM (Türkiye Olimpiyat Hazırlık Merkezi) ve SEM (Sporcu Eğitim Merkezi) sporcularının genel sağlık muayeneleri, spor yaralanmaları teşhis ve tedavisi, sportif rehabilitasyonu ile sağlık ve performans ölçme ve değerlendirme hizmetleri verilmekte olup, başvuru halinde personelimize yönelik poliklinik hizmetleri verilmektedir. Sporculara ve personele yeterli ve dengeli beslenme ve vücut ağırlığı denetimi konusunda diyetisyenlerimiz tarafından bireysel danışmanlık hizmeti verilmektedir. Milli takım sporcularına yönelik periyodik spor beslenmesi ve sağlıklı beslenme eğitimleri düzenlenmektedir.

Dairemizde obezitenin önlenmesi ve mücadelesine ilişkin yapılmış direkt bir çalışma bulunmamaktadır. Gelecekte bu konuyla ilgili; risk grubunda bulunan bireyler için interaktif beslenme eğitimleri ile spor uzmanları eşliğinde fiziksel aktiviteyi teşvik edecek eğitimler planlanabilir.



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Ayrıca yine Bakanlık tarafından hazırlanan Ekim/2019 tarihli rapor aşağıdaki şekildedir.

6.6.1 Obezitenin Önlenmesi Ve Mücadele Raporu

6.6.1.1 Raporunun amacı:

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin "Görev" başlıklı 184'üncü maddesinin (a), (b) ve (d) bentleri, "Gençlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü" başlıklı 187'inci maddesinin (c) ve (e) bentleri ile "Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü" başlıklı 189'uncu maddesinin (b) ve (d) bentlerinde belirtilen Bakanlığımız görevleri gereğince; çocuk, genç, kadın, erkek, aile ve topluma yönelik olarak obezitenin önlenmesi ve mücadeleye ilişkin ulusal politika ve stratejilerin belirlenmesine esas teşkil etmek üzere ilgili birimlerden gerekli bilgiler toplanılıp Bakanlığımız Rapor'u hazırlanmıştır.

6.6.1.2 Raporun kapsamı:

Türkiye Büyük Millet Meclisi Dilekçe Komisyonu Alt Komisyonu'na obezitenin önlenmesi ve mücadele ile ilgili yapılacak sunuma esas olmak üzere;

MADDE 1) 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin; "**Görev**" başlıklı **184'üncü maddesinin (a)** fıkrasında belirtilen *"Gençliğin kişisel ve sosyal gelişimini destekleyici politikaların tespiti amacıyla gerekli çalışmaları yapmak, farklı genç gruplarının ihtiyaçlarını da dikkate alarak gençlerin kendi potansiyellerini gerçekleştirebilmelerine imkân sağlamak, karar alma ve uygulama süreçleri ile sosyal hayatın her alanına etkin katılımını sağlayıcı öneriler geliştirmek ve bu doğrultuda faaliyetler yürütmek, ilgili kurumların gençliği ilgilendiren hizmetlerinde koordinasyon ve işbirliğini sağlamak"*, **(b)** fıkrasında belirtilen *"Gençliğin ihtiyaçları ile gençliğe sunulan hizmet ve imkânlar konusunda inceleme ve araştırmalar yapmak ve öneriler geliştirmek, gençlik alanında bilgilendirme, rehberlik ve danışmanlık yapmak"* hükümleri ile "**Gençlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü**" başlıklı **187'inci maddesinin (c)** fıkrasında belirtilen *"Gençlere hizmet veren gençlik merkezi ve benzeri tesisler ile gençlik ve izcilik kamplarının kurulması ve çalışmasına ilişkin usul ve esasları belirlemek, bunları geliştirici ve tanıtıcı faaliyetlerde bulunmak,"* ve **(e)** fıkrasında



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

belirtilen "*Gençleri kötü alışkanlıklardan koruyacak çalışmalar yapmak ve bu konuda faaliyetler yürütmek*" hükümleri gereğince, yapılan çalışmalar ve öneriler,

MADDE 2) 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin; "**Görev**" başlıklı 184'üncü maddesinin (d) fıkrasında belirtilen "*Spor faaliyetlerinin plan ve program dâhilinde ve mevzuata uygun bir şekilde yürütülmesini gözetmek, gelişmesini ve yaygınlaşmasını teşvik edici tedbirler almak*" hükmü ile "**Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü**" başlıklı 189'uncu maddesinin (b) fıkrasında belirtilen "*Spor kültürünün geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve özendirilmesini sağlamak ve bu konuda her türlü tedbiri almak,*" ve (d) fıkrasında belirtilen "*Okul dışı spor faaliyetleri ile diğer spor alanlarında faaliyetler düzenlemek, bunların gelişmesini sağlamak, imkânlar ölçüsünde bu faaliyetlere ait araç, gereç ve benzeri ihtiyaçları temin etmek*" hükümleri gereğince, yapılan çalışmalar ve öneriler,

hakkında bilgileri içeren Raporu kapsamaktadır.

MADDE 1

Bu madde kapsamında 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin ilgili hükümlerinde yer alan görevleri yürüten "Gençlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü"nden konuyla ilgili çalışmalarına yönelik bilgiler istenmiştir.

6.6.1.2.1 Gençlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Çalışmanın Türü : Sağlıklı Yaşam ve Spor Kulübü Etkinlikleri

Çalışma Kapsamı : 81 il 299 Gençlik Merkezinde uygulanmaktadır.

Çalışmanın Amacı : Gençlik Merkezleri faaliyetleri kapsamında koruyucu önleyici faaliyetlerle gençlerde sağlıklı yaşam bilinci oluşturmak.

Çalışmanın Yöntemi :

✓ Koruyucu önleyici faaliyetler kapsamında Sağlıklı Yaşam ve Spor Kulübü bünyesinde gençlerin serbest zamanlarını değerlendirmeleri için etkinlikler gerçekleştirilmektedir.

✓ Atölye çalışmalarında sağlıklı yaşam tarzı geliştirme, beslenme ve spor konularında etkinlikler düzenlenmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

✓ Gençlerde ve ailelerinde spor kültürünün geliştirilmesi ve her bir gencimizin en az bir spor dalında faaliyet göstermesinin teşviki için sportif faaliyetler, doğa yürüyüşleri ve bisiklet etkinlikleri düzenlenmektedir.

ATÖLYE ETKİNLİKLERİ (Sağlıklı Yaşam Tarzı Geliştirme, Beslenme ve Spor Konularında Eğitimler)

Yıl	Gerçekleştirilen Faaliyet Sayısı	Faydalanan Genç Sayısı
2018	1.620	27.793
2019 (Ocak-Temmuz)	11.771	26.942

SPORTİF ETKİNLİKLER (Doğa Yürüyüşleri, Bisiklet Etkinlikleri ve Diğer Sportif Faaliyetler)

Yıl	Gerçekleştirilen Faaliyet Sayısı	Faydalanan Genç Sayısı
2018	8.480	114.793
2019 (Ocak-Temmuz)	16.851	406.505

-Söz konusu çalışmalar önümüzdeki dönemlerde de devam edecektir.

Çalışmanın Türü : Sağlıklı Yaşam Hakkında Bilinç Kazandırma

Çalışma Kapsamı : Gençlik Kampları

Çalışmanın Amacı : Gençlik Kamplarımızda gençlerimizin hareketliliğini artırmak ve sağlıklı yaşam hakkında bilinç kazandırmak

Çalışmanın Yöntemi :

Çeşitli branşlarda yapılan aktivitelerle spor faaliyetlerine yer verilmesi.

Kamplarda çıkarılan yemek menülerinin diyetisyenler eşliğinde planlanması ve hazırlanması sağlanmaktadır. Yemekler sabah, öğle ve akşam olmak üzere üç öğün şeklinde



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**

hazırlanarak kampçı gençlere sunulmaktadır. Söz konusu çalışmalar önümüzdeki dönemlerde de devam edecektir.



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**

MADDE 2

Bu madde kapsamında 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin ilgili hükümlerinde yer alan görevleri yürüten "Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü" ilgili birimlerinden konuyla ilgili çalışmalarına yönelik bilgiler istenmiştir.

HERKES İÇİN SPOR FEDERASYONU

Çalışmanın Türü : Avrupa Hareketlilik Haftası

Çalışma Kapsamı : 81 il, 3-93 arası yaş tüm vatandaşlar

Çalışmanın Amacı : Çarpıcı bir dizi fiziksel aktivite ile hareketlilik ve sağlıklı yaşam konusunda toplumsal farkındalık gelişmesine hizmet etmek; 3'ten 93 yaşa bütün vatandaşlarımızı fiziksel aktivite hususunda bilinçlendirmek,

Çalışmanın Yöntemi :

Her yıl 16-22 Eylül tarihleri arasında Avrupa Hareketlilik Haftası kapsamında bir dizi etkinlik planlanmaktadır.

2019 yılı Beraber Yürüyelim Etkinlikleri kapsamında şehirlerde motorize trafiğin kısıtlanması, çevreci ulaşım alternatiflerinin geliştirilmesi, toplumsal yaşam alanlarının daha sağlıklı ve hareketli hale getirilerek düzenlenmesi ve sağlıklı ve aktif yaşama/yaşlanma politikalarının desteklenmesi amacı ile etkinlikler gerçekleştirilmektedir.

Türkiye Herkes İçin Spor Federasyonunun 81 il temsilciğinin eşgüdümünde Valilikler, Belediyeler, Kamu Kurum ve Kuruluşları, STK'lar ve her yaştan vatandaşımızın katılımı ile 22 Eylül 2019 Pazar Günü saat 14.00'da 81 ilimizde eş zamanlı olarak "Beraber Yürüyelim" etkinliğini gerçekleştirildi.

6.6.1.2.2 Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Spor Eğitimi Dairesi Başkanlığı

Çalışmanın Türü : Türkiye Sportif Yetenek Taraması ve Spora Yönlendirme Projesi

Çalışma Kapsamı : 81 il



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Çalışmanın Amacı : Sağlıklı ve hareketli bir yaşamın gereği olarak toplumda spor yapma kültürünün yerleştirilmesi, sporun geniş kitlelere yaygınlaştırılması, çocuk ve gençlerin sporla tanıştırılması ve sporun sevdendirilmesi, spora başlama yaşında bulunan yetenekli çocukları tespit ederek spor dallarına yönlendirilmesi ve üst düzey sporcu olarak yetiştirilmelerinin sağlanması.

Çalışmanın Yöntemi : Milli Eğitim Bakanlığı ile Bakanlığımız arasında imzalanan Protokol kapsamında 7 Mayıs 2018 tarihinde 81 ilde başlatılmış olan proje her yıl 3. sınıf öğrencilerine yönelik uygulanmaktadır.

Çalışmanın Türü : 5-18 yaş grubunda bulunan çocuk ve gençlerle çeşitli spor dallarında faaliyetler

Çalışma Kapsamı : Gençlik ve Spor İl Müdürlükleri bünyesinde kurulan il spor merkezleri bünyesi

Çalışmanın Amacı : Çocuk ve gençlere sporu sevdirek onları spora yönlendirmek, spor kulüplerine sporcu kaynağı yaratmak ve toplumda spor kültürü oluşturmak

Çalışmanın Yöntemi :

- Her yıl düzenli olarak gençlik ve spor il müdürlükleri bünyesinde kurulan il spor merkezlerinde çalışma alanı ve tesisleri, bölgesel spor özellikleri, eğitici ve çalıştırıcı durumu ve başvuran sporcu sayıları dikkate alınarak çeşitli spor dallarında faaliyetler gerçekleştirilmektedir.

Spor Kuruluşları Dairesi Başkanlığı

Çalışmanın Türü : Spor branşlarına ait malzeme dağıtımı

Çalışma Kapsamı : 81 il

Çalışmanın Amacı : Çocuk ve gençlerimizi kötü alışkanlıklardan uzak tutmak ve spora yönlendirmek



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Çalışmanın Yöntemi :

- Çeşitli spor branşlarına ait malzemeler (eşofman, şort-tişört, satranç takımı, spor çantası, yağmurluk, eskrim, okçuluk, curling, atıcılık, masa tenisi, spor minderleri, atletizm, halter, bocce, dart, muhtelif top vb.) alımı ve dağıtılması

Yıl	Dağıtılan Spor Malzemesi Bedeli	Dağıtılan Spor Malzemesi
2006 - 2019	5.324.867,36- TL	- Eşofman - Şort-tişört, - Satranç takımı - Spor çantası, - Yağmurluk, - Spor minderleri, - Muhtelif top Branşlara özgü Malzemeler (eskim, okçuluk, curling, atıcılık, masa tenisi, atletizm, halter, bocce, dart, vb.)

Söz konusu çalışma önümüzdeki dönemlerde de devam edecektir.

Çalışmanın Türü : Lisanslı Sporcu ve Spor Kulübü

Çalışma Kapsamı : 81 il

Çalışmanın Amacı : Çocuk ve gençlerimizi kötü alışkanlıklardan uzak tutmak ve spora yönlendirmek

Çalışmanın Yöntemi:

Bütçe olanakları dahilinde aynı ve nakdi yardımlar yapılmaktadır.

2.2.3. Spor Faaliyetleri Dairesi Başkanlığı

Çalışmanın Türü : Okul Sporları

Çalışma Kapsamı : 81 il (bütün il ve ilçeler); ilk ve ortaöğretim öğrencileri

Çalışmanın Amacı : Sporun bir yaşam biçimi haline gelmesinin sağlanması. Sağlıklı, ahlâklı ve bedenlen dinç nesiller yetişmesine katkı verilerek obezitenin önlenmesi



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Çalışmanın Yöntemi :

- Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile Türkiye Okul Sporları Federasyonu ortak çalışmasıyla yürütülmektedir.

- Söz konusu proje önümüzdeki dönemlerde de devam edecektir.

-

Yıl	Projeden Doğrudan ya da Dolaylı Etkilenen Kişi Sayısı
2011 - 2018	2.214.651

Çalışmanın Türü : Ünilig

Çalışma Kapsamı : 81 il (bütün il ve ilçeler); Üniversite öğrencileri

Çalışmanın Amacı : Üniversite öğrencilerinin sportif faaliyetlere katılım sağlayarak obezitenin önlenmesi

Çalışmanın Yöntemi :

Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde üniversite öğrencilerinin sportif faaliyetlere katılımını sağlayacak lig müsabakaları yapılmaktadır.

- Söz konusu proje önümüzdeki dönemlerde de devam edecektir.

Yıl	Projeden Doğrudan ya da Dolaylı Etkilenen Kişi Sayısı
2012 - 2018	6.821

Çalışmanın Türü : Analig (Anadolu Yıldızlar Ligi)

Çalışma Kapsamı : 81 il (bütün il ve ilçeler); ilk ve ortaöğretim öğrencileri

Çalışmanın Amacı : Sporun tabana yaygınlaştırılması, daha fazla müsabakanın yapılması, kulüplere ve milli takımlara alt yapı oluşturulması, illerdeki yerel faaliyetler sonucu bir üst gruba katılamayan yetenekli sporcuların spora kazandırılması, ulusal düzeyde sürdürülebilir yetenek takip sistemi oluşturulması, tüm



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

paydaşlarının sporun gelişimi için işbirliği içerisinde bulunmalarının sağlanması ve ilköğretim çağındaki nüfusun yeteneklerine göre spor yapma imkânının sağlanarak obezitenin önlenmesi.

Çalışmanın Yöntemi :

Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde ilköğretim çağındaki nüfusun yeteneklerine göre spor yapma imkânının sağlanması amacıyla lig müsabakaları yapılmaktadır.

ANALİG spor yarışmaları, Genel Müdürlük mevzuatı, uluslararası oyun kuralları, spor federasyonlarının ilgili mevzuatı ve bu kapsamda hazırlanan branş açıklamaları esas alınarak yapılır

Her yıl "Analig Uygulama Talimatı" yayınlanmaktadır.

Söz konusu proje önümüzdeki dönemlerde de devam edecektir.

Yıl	Projeden Doğrudan ya da Dolaylı Etkilenen Kişi Sayısı
2014 - 2018	18.526

Çalışmanın Türü : Koşabiliyorken Koş

Çalışma Kapsamı : 81 il (bütün il ve ilçeler); tüm vatandaşlar

Çalışmanın Amacı : Topluma spor yapma alışkanlığı kazandırarak, obezitenin önlenmesi, sigara ve alkol kullanımının azaltılması

Çalışmanın Yöntemi :

Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile Türkiye Okul Sporları Federasyonu ortak çalışmasıyla yürütülmektedir.

Söz konusu proje önümüzdeki dönemlerde de devam edecektir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Yıl	Projeden Doğrudan ya da Dolaylı Etkilenen Kişi Sayısı
2011 - 2018	2.214.651

Çalışmanın Türü : Ramazan Ayı Spor Etkinlikleri

Çalışma Kapsamı : 81 il (bütün il ve ilçeler); tüm vatandaşlar

Çalışmanın Amacı : Topluma hareketli bir yaşam alışkanlığı kazandırması ve böylelikle obezitenin önlenmesi.

Çalışmanın Yöntemi :

- Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ramazan ayı boyunca spor etkinlikleri düzenlenmiştir.

Yıl	Projeden Doğrudan ya da Dolaylı Etkilenen Kişi Sayısı
2016 - 2017	51.806

Çalışmanın Türü : Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı sevgi evleri ve çocuk yuvalarından hizmet alan çocuklara yönelik hizmet

Çalışma Kapsamı : 81 il (bütün il ve ilçeler); Tesislerden faydalanan tüm gençler

Çalışmanın Amacı : Gençlerin suça bulaşmasını ve kötü alışkanlıklardan uzak durmasını ve aynı zamanda sportif etkinliklere katılımıyla obezitenin önlenmesi.

Çalışmanın Yöntemi :

Gençlik ve Spor Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı arasında imzalanan hizmet protokolü kapsamında, Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından sportif vb. etkinlikler düzenlenmektedir.

Söz konusu çalışmalar önümüzdeki dönemlerde de devam edecektir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Yıl	Projeden Doğrudan ya da Dolaylı Etkilenen Kişi Sayısı
2012 - 2018	30.266

Çalışmanın Türü : Diyanet İşleri Protokolü

Çalışma Kapsamı : 81 il (bütün il ve ilçeler); Yaz Kuran Kursları ve Müftülük hizmetlerinden istifade eden gençler

Çalışmanın Amacı : Gençlerin manevi gelişimlerine katkıda bulunulması ayrıca ruh ve beden sağlığı korunarak obezitenin önlenmesi.

Çalışmanın Yöntemi :

Gençlik ve Spor Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı arasında imzalanan protokol kapsamında, Spor Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından sportif vb. etkinlikler düzenlenmektedir.

Söz konusu çalışmalar önümüzdeki dönemlerde de devam edecektir.

Yıl	Projeden Doğrudan ya da Dolaylı Etkilenen Kişi Sayısı
2013 - 2018	53.000

6.7 Ticaret Bakanlığı

Ticaret Bakanlığı'nın 21/6/2019 tarih ve 93327413-402-E-45294084 sayılı cevabi yazısı özetle aşağıdaki şekildedir.

Obezitenin önlenmesi ve mücadeleye ilişkin olarak Bakanlığımız tarafından bugüne kadar yapılan çalışmalar hakkında bilgi talep edilmektedir.

Bilindiği üzere, Sağlık Bakanlığı öncülüğünde yürütülen "Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı" çerçevesinde, obezitenin ve Obeziteye dayalı çeşitli sağlık sorunlarının önlenmesi, böylece kamu sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla, ilgili kurum-kuruluşlarca kendi görev ve yetki alanlarına giren hususlarda düzenleyici tedbirler alınıp hayata geçirilmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Bu bağlamda Bakanlığımız tarafından yürütülen çalışmalar sonucunda; 28/12/2018 tarihli ve 30639 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan değişiklikle, Ticari Reklam ve Haksız Ticari Uygulamalar Yönetmeliğine "Aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdalara ilişkin reklamlar" başlıklı 24/A maddesi eklenmiştir. Yeni eklenen bu madde hükümleriyle, çocuklara yönelik her türlü mecrada ve çocuk programlarında; cips, gazlı içecek, çikolata-şekerleme gibi yüksek oranda şeker, tuz ve yağ içeren ve mevzuatımızda "aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdalar" olarak sınıflandırılan gıdaların reklamlarının yapılamayacağı, ayrıca bu tür gıdalarla birlikte oyuncak gibi çocukların beğenilerine ve ilgi alanlarına hitap eden hediyelerin verilmesi şeklindeki promosyon uygulamalarının yapılamayacağı hükme bağlanmıştır.

Yukarda bahsi geçen yönetmelik değişikliği ile birlikte sektörde, yönetmeliğe eklenen 24/A maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan; "Aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdaların satışını artırmaya yönelik uygulamalar kapsamında, çocuklar hedef alınarak, ürünle birlikte çocukların ilgi alanlarına Ve beğenilerine yönelik hediyeler verilemez ve benzeri hiçbir pazarlama tekniği uygulanamaz." hükmü ile mesela cips paketleri içerisine taso, chippara, veya çeşitli çıkartma konulması gibi, çocukların ilgisini çekmeye, böylece bu ürünlerin çocuklar tarafından daha fazla tüketilmesini teşvik etmeye yönelik satış artırıcı uygulamalar gerçekleştirilemeyecektir.

Özellikle çocuklarımıza ve gençlerimize dengeli ve sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırmak, böylece onları aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdaların yol açtığı obezite gibi sağlık problemlerinden korumak amacıyla eklenen bu madde hükümlerinin yürürlük tarihi 30/06/2019 olarak belirlenmiştir.

Ticaret Bakanlığı'nın 30/7/2019 tarih ve 70897689-439.99 sayılı cevabında ise 21/6/2019 tarih ve 93327413-402-E-45294084 sayılı cevabi yazısına ek olarak aşağıdaki açıklamalara yer verilmiştir.

Obezitenin önlenmesi ve obeziteyle mücadele çalışmaları ile ilgili olarak tarafınıza iletilen 21/06/2019 tarihli ve 93327413-402/00045294084 sayılı yazımızda belirtilen açıklamalara ilave olarak 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 446'ncı maddesinde yer alan görev ve yetkilerimiz kapsamında Bakanlığımızca yürütülen diğer çalışmalar hakkında Komisyonunuza bilgi verilmesi talep edilmektedir.

6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun ve ikincil mevzuatının yanı sıra Bakanlığımız görev ve yetki alanında yer alan diğer bir temel düzenleme 29/1/2015 tarihinde



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6585 sayılı Perakende Ticaretin Düzenlenmesi Hakkında Kanun'dur. Anılan Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren bugüne kadar farklı alanlarda birçok ikincil düzenleme uygulamaya konularak perakende ticaretin hukuki altyapısı oluşturulmuştur. Ancak, gerek uygulama esnasında karşılaşılan sorunlar gerekse sektörden gelen geribildirimler ve kamuoyunun talepleri uyarınca anılan Kanunda kapsamlı bir değişiklik yapılması ihtiyacı doğmuştur.

Bu doğrultuda, 6585 sayılı Kanunda yapılması öngörülen değişikliklere yönelik farklı tarihlerde ilgili Bakanlıklar ve Kamu Kurumları, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Türkiye Esnaf ve Sanatkarları Konfederasyonu, diğer ilgili dernek ve federasyonlar ile özel sektör temsilcilerinin katılım sağladığı toplantılar gerçekleştirilmiş ve söz konusu Kanunda değişiklik öngören Kanun Teklifi Taslağı Temmuz ayı içinde Cumhurbaşkanlığına iletilmiştir. Teklif Taslağında; perakende satış yerlerinde "aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdalar" olarak da değerlendirilen yüksek enerji, yağ, tuz ve şeker içeren gıda ve içeceklerin işletme içindeki konumlarının Bakanlığımız tarafından belirlenebilmesini mümkün kılan bir düzenlemeye yer verilmiştir. Söz konusu Kanun Teklifi Taslağının kabul edilerek yürürlüğe girmesi halinde, nihai tüketiciye doğrudan hizmet veren perakende satış noktalarında Bakanlığımızca ihtiyaç duyulan gerekli tedbirlerin alınabilmesine imkân sağlanmış olacaktır.

6.8 Adalet Bakanlığı

6.8.1 Bakanlık

Adalet Bakanlığı'nın 11/6/2020 tarih ve 73640249-045.02[02]-531-2020-E-314/14257 sayılı yazısı özetle aşağıdaki şekildedir.

Cerrahi uygulamalardaki malpraktis iddiaları açısından alt komisyon çalışmalarına esas olmak üzere, Malpraktis kavramının tanımı ve hukuki boyutunun ne olduğu, muhtelif mahkeme kararları ışığında, malpraktis iddialarının incelenmesinde esas teşkil eden unsurların neler olduğu ve örnek mahkeme kararları hususlarında Genel Müdürlüğümüz görüşü istenilen ilgi yazı ve eki incelendi.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın "Kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı" başlıklı 17'nci maddesinde;

"Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Tıbbi zorunluluklar ve kamında yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz."

"Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması" başlıklı 56'ncı maddesinde;

"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. ...

Devlet, herkesin hayatım, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir....",

"Yargı yolu" başlıklı 125'inci maddesinde;

" İdarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolu açıktır... İdare, kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlüdür. ",

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin "Yaşama Hakkı" başlıklı 2'nci maddesinin birinci fıkrasında;

"Herkesin yaşam hakkı yasanın korunması altındadır... hiç kimse kasten öldürülemez. ",

Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi)'nin "Amaç" başlıklı birinci maddesinde;

"Bu sözleşmenin tarafları, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkesin, bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına almakla yükümlüdürler. ",

Aynı Sözleşme'nin "Mesleki standartlar" başlıklı 4 üncü maddesinde;

"Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir. ",

Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesinin "Sağlık standardı hakkı" başlıklı 12'nci maddesinde;



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

"Bu sözleşmeye taraf olan devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır."

2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 2'nci maddesinin birinci fıkrasının b bendinde;

"İdari eylem ve işlemlerden dolayı kişisel hakları doğrudan muhtel olanlar tarafından açılan tam yargı davaları,"

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'nun "Vazgeçme ve aşırı sınırlamaya karşı" başlıklı 23'üncü maddesinde;

"Kimse, hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez.

Kimse özgürlüklerinden vazgeçemez veya onları hukuka ya da ahlâka aykırı olarak sınırlayamaz. "

Aynı Kanunu'nun "Saldırıya karşı- İlke" başlıklı 24'üncü maddesinde;

"Hukuka aykırı olarak kişilik hakkına saldırılan kimse, hâkimden, saldırıda bulunanlara karşı korunmasını isteyebilir.

Kişilik hakkı zedelenen kimsenin rızası, daha üstün nitelikte özel veya kamusal yarar ya da kanunun verdiği yetkinin kullanılması sebeplerinden biriyle haklı kılınmadıkça, kişilik haklarına yapılan her saldırı hukuka aykırıdır."

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun "Taksir" başlıklı 22'nci maddesinin ikinci fıkrasında;

"Taksir, dikkat ve Özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir."

"Görevi kötüye kullanma" başlıklı 257'nci maddesinde;

"(1) Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetim veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır."

6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu'nun "Haksız Fiillerden Doğan Borç İlişkileri" üst başlıklı 49'uncu maddesinde;

"Kusurlu ve hukuka ayları bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür.

Zarar verici fiili yasaklayan bir hukuk kuralı bulunmasa bile, ahlaka aykırı bir fiille başkasına kasten zarar veren de, bu zararı gidermekle yükümlüdür."

Aynı Kanunu'nun "Vekâlet Sözleşmesi-Tanımı" başlıklı 502'nci maddesinde;

"Vekâlet sözleşmesi, vekilin vekâlet verenin bir işini görmeyi veya işlemini yapmayı üstlendiği sözleşmedir.

Vekâlete ilişkin hükümler, niteliklerine uygun düştükleri Ölçüde, bu Kanunda düzenlenmemiş olan işgörme sözleşmelerine de uygulanır."

Aynı Kanunu'nun "Özen ve sadakat borcu" başlıklı 396'nci maddesinde;

" İşçi, yüklendiği işi özenle yapmak ve işverenin haklı menfaatinin korunmasında sadakatle davranmak zorundadır.

İşçi, işverene ait makineleri, araç ve gereçleri, teknik sistemleri, tesisleri ve taşıtları usulüne uygun olarak kullanmak ve bunlarla birlikte işin görülmesi için kendisine teslim edilmiş olan malzemeye özen göstermekle yükümlüdür."

2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu'nun "Hususi hastanelerin tarifleri ve açılma şartları" başlıklı 1'inci maddesinde;

"Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslenmek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları hususi hastanelerden sayılır."

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın "Hekimin Görev ve Ödevleri" başlıklı 5 inci maddesinde;

"Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastalan iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler."

"Hekimliğin Kötü Uygulanması (Malpractice)" başlıklı 13'üncü maddesinde;

"Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi 'hekimliğin kötü uygulaması' anlamına gelir."

Hükmü yer almaktadır.

Yukarıda verilen mevzuat, kurallar ve Yüksek Yargı Kararları kapsamında;

Devletin yaşam hakkı kapsamında, ister kamu isterse özel sağlık kuruluşları tarafından yerine getirilsin, sağlık hizmetlerini, hastaların yaşamlarının korunmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınabilmesini sağlayacak şekilde düzenleme zorunluluğu olduğu ve bireyin maddi ve manevi varlığını her türlü tehlikeden, tehditten ve şiddetten korumakla yükümlü olduğu,

Kişinin yaşam hakkı ile maddi ve manevi varlığını koruma hakkı, birbirleriyle sıkı bağlantıları olan, devredilmez ve vazgeçilmez haklardan olup devletin bu konuda pozitif ve negatif yükümlülükleri bulunduğu; negatif bir yükümlülük olarak, yetki alanında bulunan hiçbir bireyin yaşamına kasıtlı ve hukuka aykırı olarak son vermeme, bunun yanı sıra, pozitif bir yükümlülük olarak, yine yetki alanında bulunan tüm bireylerin yaşam hakkını gerek kamusal makamların, gerek diğer bireylerin, gerekse kişinin kendisinin eylemlerinden kaynaklanabilecek risklere karşı koruma yükümlülüğü bulunduğu, söz konusu pozitif yükümlülüğün sağlık alanında yürütülen faaliyetleri de kapsadığı,

Tıp biliminin standartlarına ve tecrübelere göre gerekli olan özenin bulunmadığı ve bu nedenle de olaya uygun gözükmeyen her türlü hekim müdahalesi uygulama hatası (malpraktis) olarak anlaşıldığı, hastanın tanı ve tedavisi sırasında standart uygulamanın yapılmaması, bilgi ve beceri eksikliği, hastaya uygun tedavi uygulanmaması tıbbi hata olarak tanımlanabileceği, hatalı tıbbi uygulama sonucu doğacak sorumluluğun kusura dayalı genel sorumluluk olduğu, hekimin hukuksal sorumluluğu bakımından ölçütün tecrübeli bir uzman hekim standardı olduğu, hekimin, objektif olarak olayların normal gelişimine ve sübjektif olarak da kendi kişisel tecrübesine, kişisel yeteneğine, bireysel mesleki bilgisine, eğitiminin nitelik ve derecesine göre, hastanın sağlığında bir zarar gelmesini önceden görebilecek durumda olması gerektiği, hekimin özen yükümlülüğünün ihlalinin üç alanda yoğunlaştığı; bunların; birinci olarak, hastanın tedavisinde yani teşhis, endikasyon, tıbbi tedbirin seçimi, bu tedbirin uygulanması, tedavi yahut



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

cerrahi girişim sonrası bakım alanı, ikincisi olarak, hastanın aydınlatılması ve anamnez alınması, üçüncü olarak da, klinik organizasyonu alanında personelin niteliği, yeterli sayıda personel bulundurulması, hekimlerin birbiriyle işbirliği (Konsültasyon) olduğu, bu üç alandaki kusuru, sırasıyla uygulama kusuru (tedavide hata), aydınlatma kusuru ve organizasyon kusuruna Tıbbi Uygulama Hatası (Malpraktis) adı verilebileceği,

Tıbbi standart kavramı ile, tıp biliminin genel olarak tanınıp kabul edilmiş meslek kuralları kastedildiği, tıbbi standart ihlalinin teşhis, tedavi (endikasyonda eksiklik, yanlış tedavi yönteminin seçimi) ve müdahale sonrası bakım yönetimi gibi değişik şekillerde gerçekleşebileceği,

Taraflar arasındaki hukuki ilişkinin hangi hukuki nedenden kaynaklandığının Öncelikle tespiti gerektiği,

Borç ilişkilerinin kaynakları Borçlar Kanununun genel hükümlerinde birinci kısımda ve üç fasılda gösterildiği, sözleşme, haksız eylem ve sebepsiz zenginleşme, borç ilişkilerinin kaynağı olarak düzenlendiği birinci fasılda, 1-40 maddelerde "Akitten Doğan Borçlar," ikinci fasılda, 41-60'ncı maddelerde "Haksız Muamelelerden Doğan Borçlar," üçüncü fasılda 61-66'ncı maddelerde ise, "Haksız Bir Fiil İle Mal İktisabından Doğan Borçlar," yönünden hüküm konulduğu,

Gerçek kişi, adi ortaklık, dernek, vakıf ve Türk Ticaret Kanunu anlamında ticari şirketler tarafından kurulan ve işletilen hastaneler, özel hastane kapsamında değerlendirildiği,

Özel hastane ile hasta arasındaki hukuki ilişkinin, bir sözleşme ilişkisi olduğu,

Doktorun meslek alanı içinde olan bütün kusurları, hafif de olsa, sorumluluğun unsuru olarak kabul edilebileceği, doktorun hastasının zarar görmemesi için, mesleki tüm şartları yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorunda olduğu, asgari düzeyde dahi olsa, bir tereddüt doğuran durumlarda bu tereddüdünü ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada da koruyucu tedbirleri almakla yükümlü olduğu, çeşitli tedavi yöntemleri arasında bir seçim yapılırken, hastanın ve hastalığın özellikleri göz önünde tutulmak, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınılmak ve en emin yolun seçilmesi gerektiği, müvekkilin (hastanın) mesleki bir iş gören doktordan tedavinin bütün aşamalarında titiz bir ihtimam ve dikkat göstermesini beklemek hakkına sahip olduğu, gereken özeni göstermeyen vekil, vekâleti gereği gibi ifa



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

etmemiş sayılabileceği, tıbbın gerek ve kurallarına uygun davranılmakla birlikte sonuç değişmemiş ise doktorun sorumlu tutulamayacağı,

İdari eylem ve işlemlerden dolayı kişisel hakları doğrudan muhtel olanlar tarafından tam yargı davaları açılabileceği, bu davaların, idarenin faaliyetlerinden ötürü, hakları zarara uğrayanlar tarafından idare aleyhine açılan tazminat davaları olduğu,

Tam yargı davalarında, öncelikle zarara yol açtığı öne sürülen idari işlem veya eylemin hukuka uygunluğunun denetlenmesi esas alındığı, olayın oluşumu ve zararın niteliği irdelenip, idarenin hizmet kusuru olup olmadığının araştırılması, hizmet kusuru yoksa kusursuz sorumluluk ilkelerinin uygulanıp uygulanmayacağının incelenmesi, idarenin yürütmekle görevli olduğu bir hizmetin kuruluşunda, düzenlenişinde veya işleyişindeki nesnel nitelikli bozukluk, aksaklık veya boşluk olarak tanımlanabilen hizmet kusurunun; hizmetin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hiç işlememesi hallerinde gerçekleştiği ve idarenin tazmin yükümlülüğünün doğmasına yol açtığı, hizmet kusurunun, özel hukuktaki anlamından uzaklaşarak nesnelleşen, anonim bir niteliğe sahip, bağımsız karakteri olan bir kusur olduğu, hizmet kusurundan dolayı sorumluluk, idarenin sorumluluğunun doğrudan ve asli nedenini oluşturduğu, idarelerin kamu hizmetlerinin gereği gibi işlemesini sağlayacak organizasyonları yaparak yeterli araç ve gereçle donatılmış bina, tesis ve araçlarda hizmetin özelliğine uygun olarak seçilen ve yetiştirilmiş personelle hizmeti yürütmek yükümlülüğünün bulunduğu, zarar gören kişinin hizmetten yararlanan durumunda olduğu ve hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı sağlık hizmetinde, idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için; zararın, İdarenin hizmet kusuru sonucu meydana gelmiş olması gerektiği,

Manevi zararın varlığı, sadece şeref, haysiyet ve onur kırıcı işlem ve eylemlere ya da kişilerin vücut bütünlüğünde meydana gelen sakatlık haline veya ölüm nedeniyle ağır bir elem, üzüntü duyulması şartına bağlı olmayıp, idarenin yürütmekle yükümlü olduğu kamu hizmetini gereği gibi eksiksiz olarak sunamaması nedeniyle ilgililerin yeterli hizmet alamamalarından dolayı üzüntü ve sıkıntı duymaları manevi zararın varlığı ve manevi tazminata hükmedilmesi için yeterli bulunduğu,

Toplumsal yaşamda belli faaliyetlerde bulunan kimselerin başkalarına zarar vermemek için bir takım önlemler almaması ve bazı davranış kurallarına uymaması taksirli suç kurallarının ihlal edilmesi sonucunu doğurabileceği ve failin tedbirli ve öngörülü davranmamış olduğu için cezalandırılabilmesi, sorumluluğun nedeninin, öngörebilme imkân ve ödevinin varlığına



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

rağmen sonuca iradi bir hareketle neden olmaktan kaynaklanabileceği, taksirli suçlarda fiilin taksirle işlenebilen bir suç olması, hareketin iradi olması, sonucun istenmemesi, hareket ile sonuç arasında nedensellik bağının bulunması, sonucun öngörülebilir olmasına rağmen öngörülmemiş olması gibi unsurların birlikte bulunması gerektiği,

Bu itibarla; bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle tıp biliminin standartlarına ve tecrübelerine göre gerekli olan dikkat ve özenin gösterilmediği ve olaya uygun görünmeyen hekim veya diğer sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarını taşınamaması nedeniyle hastanın zarara uğraması, uygulama hatası (malpraktis) olarak görülerek hukuki ve cezai sorumluluğunun olacağı değerlendirilmiş, malpraktis iddialarının incelenmesiyle ilgili Yüksek Yargı kararları bulunmaktadır.

6.8.2 Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nın 12/3/2020 tarih ve 40968900/42 sayılı yazısı özetle aşağıdaki şekildedir.

Kurumumuz ile ilgili olan 8,9 ve 10. maddelerinde malpraktis iddialarının incelenmesinde dikkate alınan hususlar değerlendirmeye esas teşkil eden unsurlar ile usul ve esasların neler olduğu; Kurumumuzca son 20 yılda incelenen malpraktis iddialarına ilişkin özel sektör-kamu sektörü- mümkünse bransa/göreve göre ayırım yapılmak suretiyle istatistiki veriler ve malpraktis iddialarının incelenmesinde çözüm olarak Kurum Başkanlığımızın görüşü sorulmuş olup ;

Kurumumuzda talep edildiği şekilde son 20 yıla ait tüm malpraktis dosyalarının branşlar ve hastaneler gibi farklı parametreler bazında değerlendirilmesine olanak sağlayacak bir verinin mevcut olmadığı, farklı dönemler ve branşları içeren uzmanlık tezleri şeklinde hazırlanan 4 tezin dijital kopyalarının yazımız ekinde gönderilmiş olduğu,

Malpraktis iddialarının incelenmesinde dikkate alınan hususlar, değerlendirmede dikkat edilen esaslarla ilgili olarak Yedinci ve Sekizinci Adli Tıp İhtisas Kurullarımız tarafından hazırlanan 9/3/2020 tarih ve 64603414/2020/30 ve 66585494-101/05/2020/24 sayılı yazıların 2018-2019 yılları içerisinde Obezite Cerrahisi ile ilgili malpraktis iddiası bulunan dosyalara ait verilerle birlikte yazımız ekinde sunulmuştur.

2018-2019 yıllarında Adli Tıp Kurumu 7. İhtisas Kurulu'nda obezite cerrahisi geçiren ve tıbbi uygulamada kusur iddiasıyla adli yetkililer tarafından rapor düzenlenmesi için



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

gönderilen 12 olgu tespit edilmiştir. Değerlendirilen olgulara metabolik cerrahi geçiren olgular (diabet nedeni ile) dahil edilmemiştir.

12 vakanın; 9'u kadın, 3'ünün erkek cinsiyette olduğu görülmüştür.

Obezite cerrahisi geçiren ve tıbbi uygulamada kusur iddiası bulunan olguların yaşları değerlendirildiğinde; yaş ortalamaları 34.33, en küçük yaş 31, en büyük yaş 44 olarak saptanmıştır.

12 olgunun 3'ü Cumhuriyet Başsavcılıkları, 9'u Mahkemeler tarafından kurulumuza gönderilmiş olup, mahkemeler tarafından gönderilen 9 olgunun; 2'si İdare Mahkemesi, 5'i Tüketici Mahkemesi, İM hem Tüketici hem de Asliye Ceza Mahkemesi, İM Tüketici Mahkemesi ve Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından gönderildiği tespit edilmiştir.

12 olguya obezite cerrahisi uygulanan sağlık kuruluşları incelendiğinde; 8 olgunun Özel Hastanede, 4 olgunun Üniversite ve Devlet Hastanelerinde ameliyat olduğu tespit edilmiştir.

Obezite cerrahisi endikasyon kriterlerinden beden kitle indeksinin (BMI) (kilo/boy m') 35 ve 40 arasında olması durumunda, obezite cerrahisi uygulanabilmesi için obezite ile ilişkili en az 1 hastalık tanısı (Tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi, gastroösofageal reflü hastalığı gibi) bulunması gerekmekte olup, beden kitle indeksinin 40 ve üstünde olması halinde ise ek hastalık varlığı endikasyon için aranmamaktadır.

12 olgunun beden kitle indeksi (BMI) kriterleri irdelendiğinde; olguların 9'unda (% 75) BMI değerinin 40 ve üstünde olduğu ve olguların 3'ünde (% 25) ise BMI değeri >35-<40 arasında olup, 2 olguda obezite ile ilişkili en az 1 hastalık tanısı bulunduğu saptanmıştır. BMI değeri >35-<40 arasında olan 1 olguda obezite ile ilişkili hastalık tanısı bulunmadığı belirlenerek uygulanan ameliyatın endikasyonunun olmadığı kararı verilmiştir.

Olguların obezite cerrahisi endikasyonunun varlığı incelendiğinde; endikasyon bulunmayan 2 olgu tespit edilmiş olup, 1 olguda; BMI >35-<40 arasında olmasına rağmen obezite ile ilişkili hastalık tanısı mevcut olmadığı, diğer olguda ise; ameliyat için kontrendikasyon oluşturan hastalık varlığı saptanmıştır. 10 olguda (% 83) obezite cerrahisi açısından endikasyonun tıbben uygun olduğu tespit edilmiştir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Olgulara uygulanan ameliyat tipi değerlendirildiğinde; 9 olgu ile (% 75) en sık sleeve gastrektomi (tüp mide) ameliyatı olduğu, daha önce obezite ameliyatı olan 2 olguya gastrik bypass ve resleeve gastrektomi+ileal interpozisyon ameliyatlarının yapıldığı, daha önce ameliyat olmamış 1 olguya gastrik plikasyon ameliyatı uygulandığı tespit edilmiştir.

12 olgunun 5'inde (%42) tıbbi uygulama hatası varlığı tespit edilmiş olup, 3 olguda; komplikasyon yönetiminin tıbben uygun olmaması, 2 olgu ise endikasyonun bulunmaması nedeniyle tıbbi hata bulunduğu saptanmıştır. Tıbbi hata saptanan 5 olguda kalıcı zarar mevcut olup, ameliyatların yapıldığı sağlık kuruluşlarının organizasyonel hatası tespit edilmemiştir.

12 olgudan 8'i Özel Hastanede ameliyat edilmiş olup, 3 olguda (% 37) tıbbi hata tespit edilmiştir. Devlet ve Üniversite Hastanesinde ameliyat olan 4 olgudan 2'sinde (%50) tıbbi hata olduğu saptanmıştır.

6.8.2.1 Tıbbi Uygulamada Kusur Bulunup Bulunmadığı Hakkında Bilimsel Ve Teknik Görüş İstenen Davalarda Tıbbi Hata Değerlendirmesinde Dikkat Edilecek Noktalar

6.8.2.1.1 Tanım

Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında yapılan 44. Genel Kurulu'nda kabul edilen bildirgesine göre, tıbbi uygulama hataları "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar" şeklinde tanımlanmış; tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlardan (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiği önerilmiştir.

6.8.2.1.2 Kimler tarafından değerlendirme yapılmaktadır?

Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 7. İhtisas Kurulu (ölümle sonuçlanmayan tıbbî uygulama hatalarına ilişkin işler) ve 8. İhtisas Kurulu (ölümle sonuçlanan tıbbî uygulama hatalarına ilişkin işler) hakkında bilimsel ve teknik görüşlerini bildirmektedir. Kurullarda çalışan uzmanlar aşağıdaki verilmektedir.

7.İhtisas Kurulu Başkan (halen Adli Tıp Uzmanı), 2 adet Adli Tıp Uzmanı üye, birer Genel Cerrahi, İç Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Anesteziyoloji ve Rcanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Kardiyoloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Göz Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Tıbbî Onkoloji, Plastik,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Rekonstrüktif ve Estetik, Üroloji, Kalp ve Damar Cerrahisi, Diş Hekimliği ve Deri ve Zührevi Hastalıkları uzmanlarından oluşmaktadır.

8.İhtisas Kurulu Başkan (halen Adli Tıp Uzmanı), 2 adet Adli Tıp Uzmanı üye, birer Genel Cerrahi, İç Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Kardiyoloji, Acil Tıp ve Enf Hast ve Klinik Mik uzmanlarından oluşmaktadır.

İncelenen konularla ilgili olarak kurulda bulunmayan, ancak diğer ihtisas kurullarında bulunan uzmanlar bilirkişi olarak davet edilmektedir.

İncelenen konularla ilgili olarak Adli Tıp Kurumunda bulunmayan tıp ve diğer uzmanlık dallarında Adli Tıp Kurumu dışından uzmanlar bilirkişi olarak davet edilmektedir.

Adli tıp ihtisas kurulları bir başkan ve en az dört uzman ile toplanmakta ve oy çokluğu ile karar almaktadır. İncelenecek konu ile ilgili uzman üye hazır bulunmadıkça değerlendirme yapılmamaktadır.

6.8.2.1.3 Değerlendirme yöntemi

Aşama 1: Dava dosyasının incelenmesi ve eksik olan belgelerin (Gerekli olan durumlarda, hastanın son durum muayenesi ve son durumu ile ilgili test/tetkikler) islenmesi

Aşama 2: Davacı ve davalının olay hakkında alınan ifadeleri yanında, dava konusu uygulama ile ilgili görüş verirken yararlı olduğuna inanılan tüm tıbbi belgelerin toplanması ve incelenmesi

Asgari olması gereken tıbbi belgeler "Hasta kabul kağıdı, Tıbbi müşahede ve muayene kağıdı, Derece kağıdı/Hasta izlem formu, Hasta tabelası/Tıbbi talimat formu, Röntgen istek kağıdı ve raporları (ek olarak mutlaka CD halinde tetkikin kendisi), Laboratuvar istek kağıdı ve tetkik raporları, Konsültasyon sonuçları, Anestezi muayene kağıdı, Ameliyat kağıdı, Hastanın muayene istek formu ve Çıkış Özeti"dir.

Ölümlü olaylarda ayrıca "Adli otopsi raporu" da istenmektedir.

Aşama 3: Toplanan tüm tıbbi bilgilerin incelenmesi ve bunun sonucunda klinik, belgesel ve nesnel verilerin özetlenmesi (Var ise, dava dosyası içindeki farklı bilimsel mütalaları da kapsamaktadır)



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Aşama 4: İncelenen konunun ilgili üyelere sunulması ve görüşlerinin alınması

Aşama 5: Kurul oturumu sırasında konunun analizi ve değerlendirilmesi

6.8.2.1.4 Analiz ve değerlendirme

Bu aşamada aşağıdaki noktalara dikkat edilmektedir.

- ✓ Hastaya konulan tanının doğru olup olmadığı?
- ✓ Tanıya yönelik uygulanan tedavi yönteminin uygun olup olmadığı?
- ✓ Tedavi sonrası ortaya çıkan istenmeyen durumun komplikasyon olup olmadığı?
- ✓ Komplikasyona yönelik zamanında tanı konup konmadığı?
- ✓ Zamanında tanısı konan komplikasyona yönelik uygun tedavi verilip verilmediği?
- ✓ Uygulamada beceri hatasının bulunup bulunmadığı?
- ✓ Taraf hatası bulunup bulunmadığı?
- ✓ Uygulama dışı hasar (hastanın düşürülmesi gibi) bulunup bulunmadığı?
- ✓ Tıbbi uygulama ile oluşan zarar arasında illiyet bağı olup olmadığı?
- ✓ Oluşan zararın derecesi

Bariyatrik cerrahi uygulaması sonucu kusur değerlendirmesi olaylarında; alınan konsey kararının uygun olup olmadığı da değerlendirilmektedir.



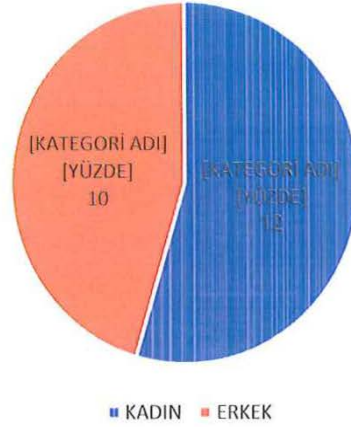
TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

NO	HANGİ	ADLIYE	AT NO	CİNSİYET	DOĞUM TARİHİ	YAŞI	AĞIRLIĞI	BOYU	BEDEN KİTLE İNDEKSİ	BARİYATRİK CERRAHİ TİPİ	ÖLÜM SEBEBİ	HASTANENİN TİPİ
1	ADİYAMAN		55225	KADIN	17.03.1970	49	130	165	47.8	SLEEVE GASTREKTOMİ	KENDİNDE MEVCUT HASTALIK	DEVLET
2	YOZGAT		105626	KADIN	01.01.1984	33	126	168	44.6	SLEEVE GASTREKTOMİ	APSE FORMASYONU	DEVLET
3	ANTALYA		23572	KADIN	26.02.1995	22	125	172	41	SLEEVE GASTREKTOMİ	PORTAL VEN TROMBOZU	DEVLET
4	ANKARA		4922	ERKEK	01.01.1975	42	130	172	43.9	SLEEVE GASTREKTOMİ	PÜRÜLAN PERRTONİT	ÖZEL
5	KOCAELİ		66812	KADIN	01.01.1992	25	106	156	43	SLEEVE GASTREKTOMİ	DAMAR YARALANMASI	ÖZEL
6	ANKARA		73621	KADIN	01.01.1967	50	188	158	753	SLEEVE GASTREKTOMİ	APSE FORMASYONU	ÖZEL
7	İSTANBUL		51105	KADIN	22.11.1956	61	103	160	40.2	SLEEVE GASTREKTOMİ	APSE FORMASYONU	ÖZEL
8	İZMİR		43935	ERKEK	18.03.1993	24	137	180	42.2	SLEEVE GASTREKTOMİ	SEPSİS	OZEL
9	İSTANBUL		16914	KADIN	19.10.1969	48	120	175	39,1	SLEEVE GASTREKTOMİ	SEPSİS	ÖZEL
10	BURSA		36006	ERKEK	01.01.1977	40	135	155	54	SUBTOTALGASTREKTOMİ+SUBTOTALKOLEKTOMİ	SEPSİS	DEVLET
11	İSTANBUL		55632	ERKEK	22.08.1986	30	170	KAYIT YOK	40.2	SLEEVE GASTREKTOMİ	ASPIRASYON PNOMONİSİ	DEVLET
12	OSMANİYE		57522	ERKEK	05.03.1955	57	113	173	37	inatomosil Duedeno-Ileal Bypass With Sleeve Gastrectomy (	AP.DS	ÖZEL
13	İSTANBUL		40517	ERKEK	01.07.1947	70	112	169	39.2	SLEEVE GASTREKTOMİ+LOOP TRANSİT BİPARTİSYON	MALABSORPSİYON*SEPSİS	ÖZEL
14	İSTANBUL		25655	ERKEK	01.01.1983	28	133	182	40	SLEEVE PLİKASYON	SEPSİS	DEVLET
15	KAYSERİ		44675	KADIN	16.09.1993	25	134	160	52.5	SLEEVE GASTREKTOMİ	SEPSİS	ÖZEL
15	İSTANBUL		58554	ERKEK	01.01.1957	56	140	172	47.3	GASTRİK BYPASS	DAMAR YARALANMASI	OZEL
17	AFYON		105924	KADIN	01.12.1957	61	190	160	74	SLEEVE GASTREKTOMİ	SEPSİS	DEVLET
18	ADİYAMAN		9794	KADIN	01.01.1979	36	176	163	66	SLEEVE GASTREKTOMİ	SEPSİS	DEVLET
19	SAMSUN		40800	KADIN	19.08.1974	42	KAYIT YOK	KAYIT YOK	KAYIT YOK	SLEEVE GASTREKTOMİ	SEPSİS	DEVLET
20	İZMİR		55357	ERKEK	01.01.1989	28	180	183	53	SLEEVE GASTREKTOMİ	TESPİT EDİLEMEDİĞİ	OZEL
21	DÜZCE		91141	KADIN	10.03.1995	23	138	169	45.5	SLEEVE GASTREKTOMİ	SEPSİS	DEVLET
22	MERSİN		5334	ERKEK	01.01.1992	26	115	İSO	35.4	SLEEVE GASTREKTOMİ	SEPSİS	ÖZEL



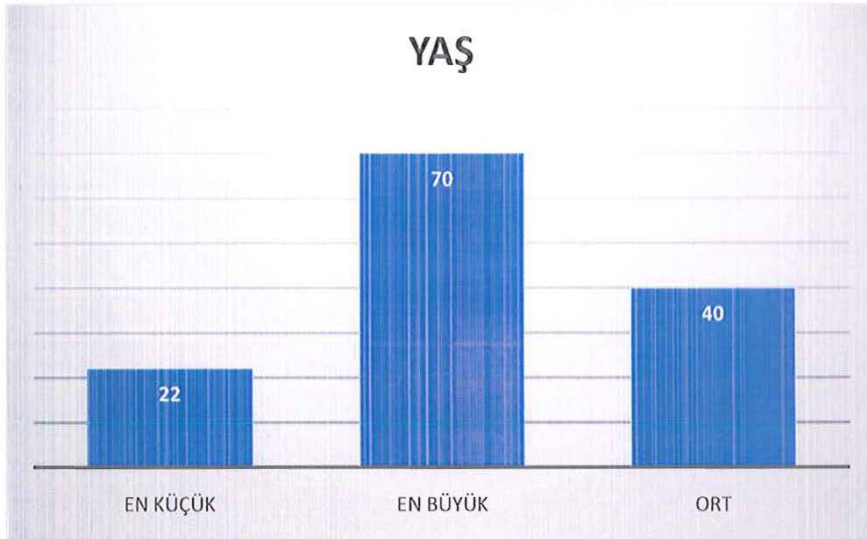
TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

CİNSİYET



2018-2019 Yıllarında 8. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na obezite cerrahisi sonucu yaşamını yitirmesi şikayetiyle restrospektif olarak 22 vaka tespit edilmiştir. Değerlendirilen vakalara metabolik cerrahisi dahil edilmemiştir. Tespit edilen 22 vakanın çeşitli illerden başvurduğu en sık 4 vaka ile İstanbul olduğu görülmüştür. Hayatını kaybeden vakaların cinsiyetleri değerlendirildiğinde 10 erkek, 12 kadın olduğu görülmektedir.

YAŞ

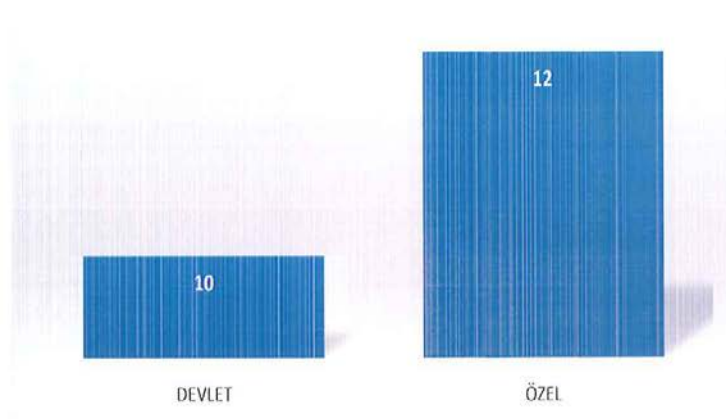


Obezite cerrahisi sonrası yaşamını yitiren olguların yaşları değerlendirildiğinde; en küçük 22, en büyük yaş 70 olarak görülmektedir. Yaşların ortalaması 40 olarak tespit edilmiştir.

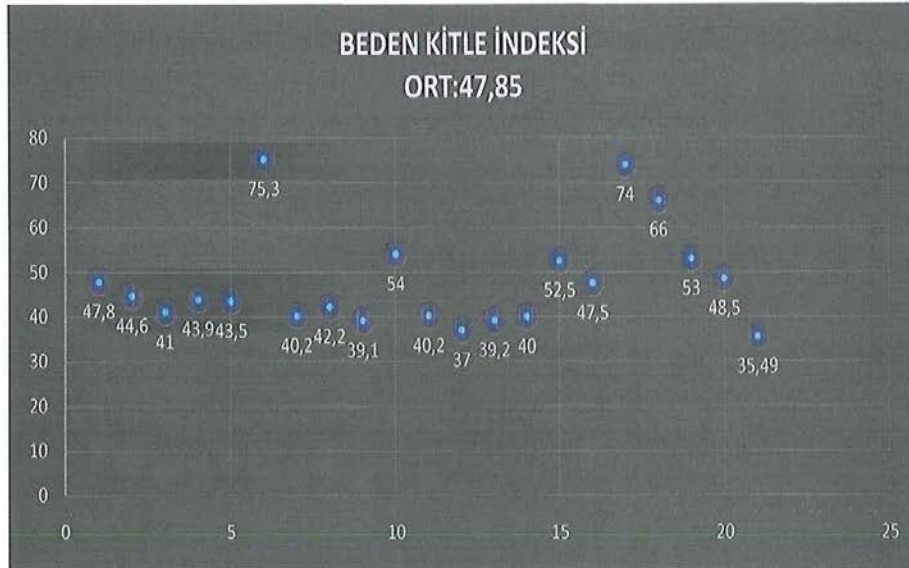


TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

HASTANE TİPİ



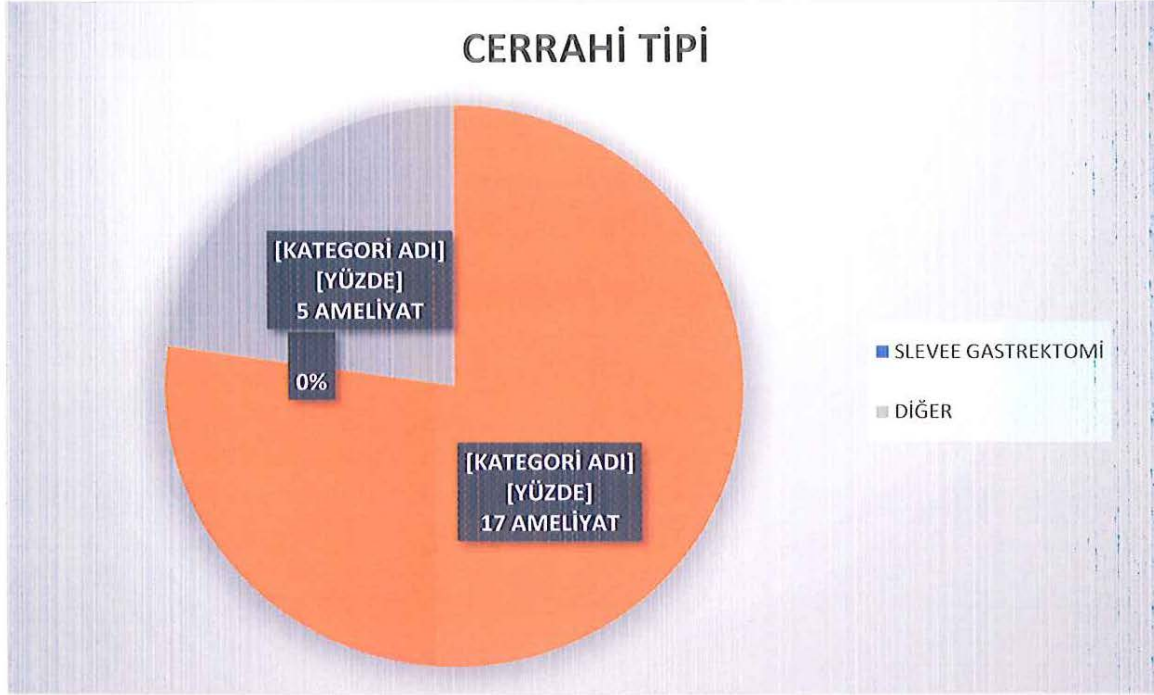
Gerçekleştirilen cerrahi işlemin yapıldığı hastane tipi değerlendirildiğinde; 10 işlem Kamu hastanesinde gerçekleşmiş iken, 12 tanesi Özel hastanelerde gerçekleşmiştir.



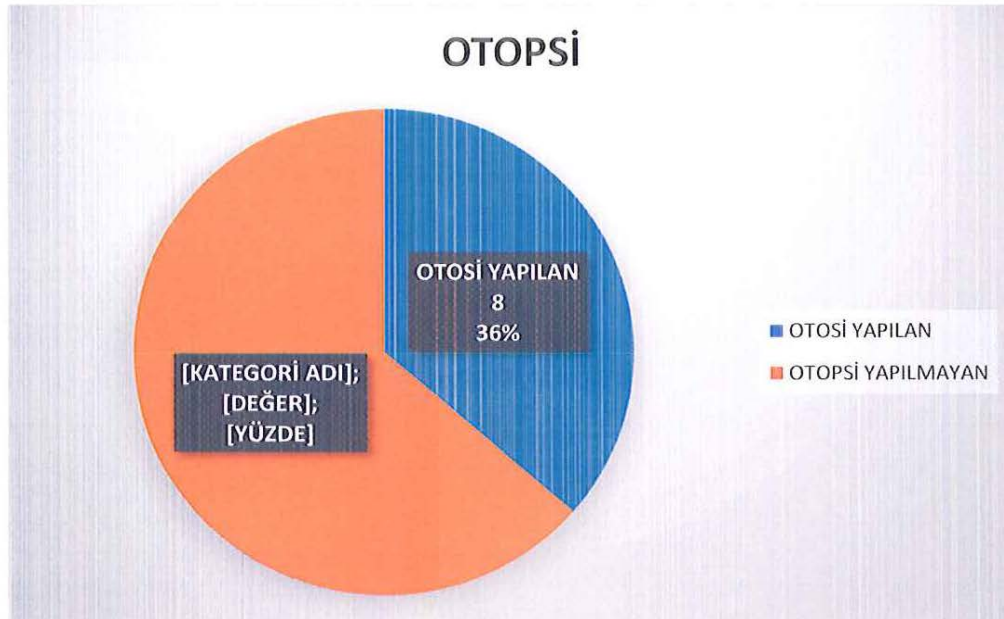
Obezite cerrahisinde endikasyonlarımızdan birisi beden kitle indeksidir(BKİ). BKİ 35+obezite bağlı hastalık ya da BKİ:40 ve üzeri olması ameliyat için yeterli bir endikasyondur. Değerlendirdiğimiz vakalarda BKİ ort: 47,85 olarak ölçülmüştür. Ölçülen en küçük değerimiz 35,49 en büyük değerimiz 75,3 olarak görülmektedir. 1 vakamızda BKİ kayıt edilmeden ameliyat edilmiştir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU



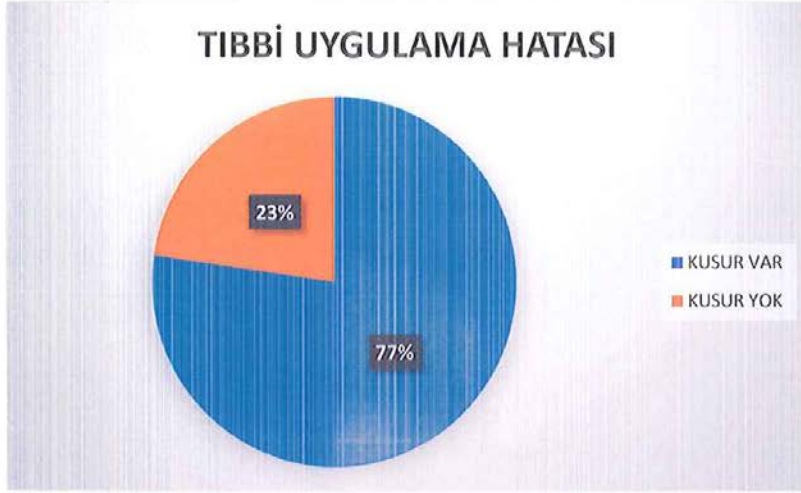
Yapılan cerrahi tipleri değerlendirildiğinde 17 vaka ile en sık sleeve gastrektomi olduğu görülmüştür. Diğer ameliyatlardan, Subtotalgastrektomi+Subtotalgastrektomi, Single Anatomosis Duodeno-Ileal Bypass With Sleeve Gastrectomy (Sadı-S), Sleeve Gastrektomi+Loop Transit Bipartisyon, Sleeve Plikasyon ve Gastrik Bypass olduğu görülmektedir.



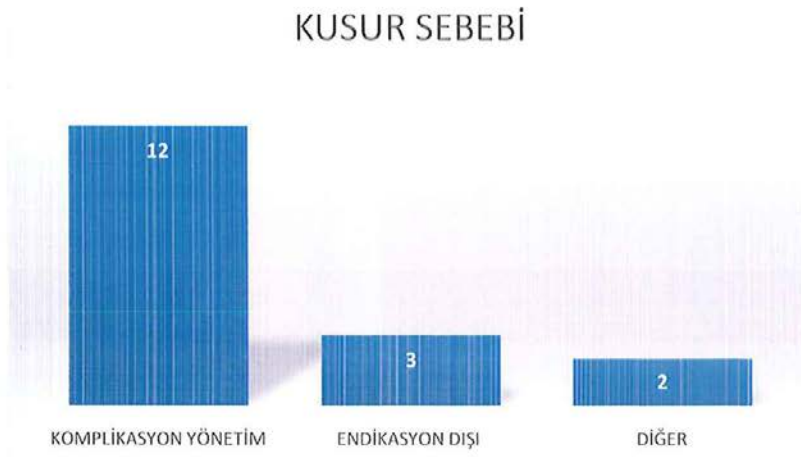
Araştırılan 22 vakanın sadece 8 tanesinde ölüm sebebinin tespiti için otopsi yapıldığı, 14 vakada ölüm sebebi kurulumuz tarafından otopsi yapılmadan tespit edildiği anlaşılmıştır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU



Tarafımıza başvuran 22 vakada, %77(17) oranında işlemi uygulayan hekimin tıbbi uygulama hatası yaptığı, %23 (5) tıbbi uygulama hatası tespit edilmediği görülmektedir.



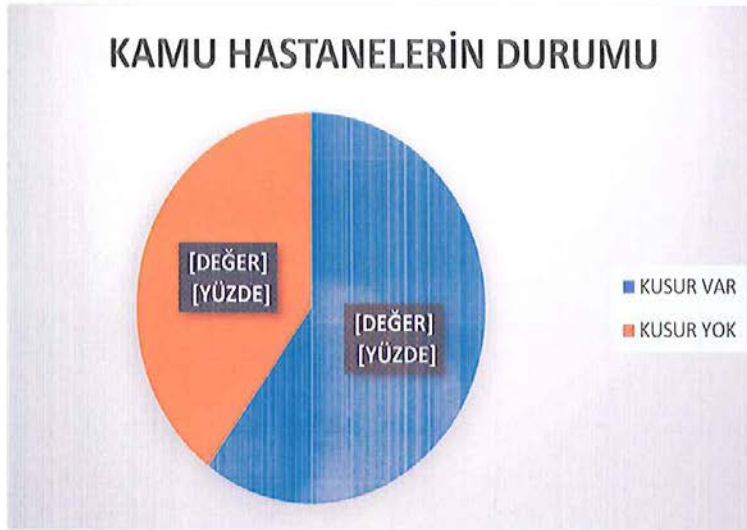
Tıbbi uygulama hatası tespit edilen 17 vakanın büyük çoğunluğunda (12 vaka) komplikasyon yönetiminde eksiklik tespit edildiği, 3 vakanın endikasyon dışı ameliyat edildiği görülmektedir. Diğer 2 vakanın ise yapılan ameliyatı özensiz ve dikkatsiz yaptığı dikkat çekmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU



22 vaka incelendiğinde, içerisinde 12 vakanın ameliyatları özel hastanede gerçekleştiği görülmüştür. Özel hastanelerde gerçekleştirilen vakaların %92'sinde tıbbi uygulama hatası tespit edildiği görülmüştür.



22 vaka incelendiğinde, içerisinde 10 vakanın ameliyatları kamu hastanelerinde gerçekleştiği görülmüştür. Kamu hastanelerinde gerçekleştirilen vakaların %60'ında tıbbi uygulama hatası tespit edildiği görülmüştür.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

6.9 Radyo ve Televizyon Üst Kurulu

Radyo ve Televizyon Üst Kurulu'nun 28/6/2019 tarih ve 44096195-663.09-E.16495 sayılı cevabi yazısı özetle aşağıdaki şekildedir.

Obezite ile Mücadele Yöntemleri ve Cerrahi Uygulamalardaki Malpraktis İddialarının Araştırılması ve Alınabilecek Önlemlerin belirlenmesi Alt Komisyonu tarafından talep edilen obezitenin önlenmesi ve mücadeleye yönelik bugüne kadar yapılan çalışmalarla ilgili olarak Radyo ve Televizyon Üst Kurulu tarafından gerçekleştirilen ve gelecekte yapılması planlanan hususlara aşağıda yer verilmiştir.

Buna göre;

27.03.2018 tarih ve 30373 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan düzenleme ile "Yayın Hizmeti Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelikte değişikliğe gidilmiştir. Söz konusu değişiklik ile 6112 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun'un "Yayın Hizmetlerinde Ticarî İletişim" başlıklı dokuzuncu maddesinin yedinci fıkrasında yer alan "Genel beslenme diyetlerinde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıda ve maddeler içeren yiyecek ve içeceklerin ticarî iletişimine, çocuk programlarıyla birlikte veya bu programların içinde yer verilemez." hükmü getirilmiştir.

Yapılan düzenlemeye göre;

Aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdaların tespitinde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan liste (EK-1) esas alınmış olup, bu liste Üst Kurulumuz web sitesinde yer almaktadır.

✓ Sağlık Bakanlığı'nca Hazırlanan Gıda ve İçecek listesi; Çocuk Programlarında Reklamına İzin Verilmeyecek Gıdalar (Kırmızı Kategori),

✓ Reklamına Belirtilen Kriterlere Uyulması Halinde İzin Verilecek Gıdalar (Turuncu Kategori),

✓ Reklamına İzin Verilen Gıdalar (Yeşil Kategori) olmak üzere 3 kategoriden oluşmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın listesinde çocuk programlarında reklamına izin verilmeyecek gıdalar (Kırmızı kategori); "Çikolata ve Şekerler, Gofretler, Enerji Barları, Tatlı Soslar ve



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Tatlılar, Kekler, Tatlı Bisküviler, Meyveli Paylar, Çikolata Kaplı Bisküviler, Kek Karışımları, Cipsler, Gevrek Çerezler, Meyve Suları, Enerji içecekleri, Alkolsüz Şekerli ya da Tatlandırıcı Tüm İçecekler, Yenilebilir Buzlar" olarak yer almakta olup, bu kategorilerdeki gıda ürünlerinin reklamları çocuk programlarıyla birlikte yapılamayacaktır. Tematik çocuk kanallarında yayınlanan içeriklerin neredeyse tamamı çocuk programları olması nedeniyle bu tür yayıncı kuruluşlar tarafından kırmızı kategoride yer alan gıda maddelerinin reklamına yer verilmeyecektir.

Diğer yayın türlerinde yayın yapan (genel, haber, sağlık, eğitim, spor vb.) yayın kuruluşlar da yayın akışlarında çocuk programlarına yer vermeleri durumunda, yayınladıkları çocuk programlarında kırmızı kategorideki ürünlerin reklamına yer veremeyeceklerdir.

Sağlık Bakanlığı'nın listesinde turuncu kategoride (Reklamına Belirtilen Kriterlere Uyulması Halinde İzin Verilecek Gıdalar) yer alan gıda maddeleri için bazı kriterler belirlenmiş olup, bu kriterlere uymamaları halinde onların da çocuk programlarıyla birlikte reklamı yapılamayacaktır. Yönetmelik düzenlemesi turuncu kategorideki gıda maddelerinin ticari iletişimine dönük denetimlerin başlaması için iki yıllık geçiş süreci öngörmüştür. Bu geçiş süreci 11.04.2020 tarihine kadar geçecek süreyi ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığının listesine göre çocuk programlarında reklamının yapılamayacağı tespit edilen gıda ürünlerinin reklamı, çocuk programları dışında kalan program türleri ile birlikte yayınlanırsa söz konusu reklamın yayını esnasında ekranın alt kısmında izleyiciler tarafından rahatça okunabilir, akar bant şeklinde ve içerisinde düzenli ve dengeli beslenmeyi teşvik eden yazılı uyarılarla yer verilecektir. Sağlık Bakanlığınca hazırlanan akar bant uyarı yazıları listesi Üst Kumlumuz web sitesinde yer almaktadır. Yayıncılar tercih ettikleri yazılı uyarıyı kullanabilecektir.

Söz konusu yönetmelik ile ilgili değişiklik 11.04.2018 tarihinde yürürlüğe girmiş, o tarihten bugüne kadar medya hizmet sağlayıcıları tarafından uygulanmaktadır.

Belirtilen yönetmeliğin hazırlık sürecinde yayın kuruluşları ve diğer paydaşların görüşleri de alınarak çalışma tamamlanmıştır.

Yönetmeliğin yürürlüğe girmesi sürecinde ve uygulanma aşamasında da medya hizmet sağlayıcılar ve diğer paydaşlarla aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıda maddelerinin ticari iletişimine ilişkin görüşmeler sürdürülmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.10 Türk Tabipleri Birliği

Türk Tabipleri Birliği'nin 16/3/2020 tarih ve 819/2020 sayılı yazısı aşağıdaki şekildedir.

Konuya ilişkin açıklamalarımız aşağıda madde sıralamasına göre yapılmaktadır.

1. Malpraktis; "kötü uygulama" olarak çevrilebilir. Bu anlamda tüm meslekler yönünden kullanılabilecek olan bu terim, sağlık hizmeti sunumundan kaynaklandığında "tıbbi malpraktis" olarak adlandırılmaktadır. Ancak bugün sadece "malpraktis" denildiğinde, akla tıbbi malpraktis gelmektedir. Bu yazıda malpraktis terimi, tıbbi Malpraktisin karşılığı olarak kullanılacaktır.

Türk Tabipleri Birliği 47.Büyük Kongresi'nde kabul edilen Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda Hekimliğin Kötü Uygulanması (Malpractice) "*Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulaması" olarak tanımlanmıştır.*

Dünya Tabipleri Birliği, malpraktisi; "*hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar*" olarak tanımlamaktadır. Bugün yaygın olarak bu tanım kullanılmaktadır.

Bir tıbbi malpraktis iddiası dolayısıyla hekim dört ayrı hukuksal süreç ile karşı karşıya kalabilmektedir.

- ✓ Ceza soruşturması (davası)
- ✓ Hukuk (tazminat) davası
- ✓ Meslek kuruluşunun disiplin soruşturması
- ✓ Hekimin kamu kurum/kuruluşunda görev yapması durumunda idari soruşturma

a) Bir hekimin hastasına kasten zarar vermesini bu kapsamda değerlendirmek doğru olmayacaktır. Bu bakışla, ceza hukuku bağlamında hekim, temel olarak Türk Ceza Kanunu uyarınca taksirle ölüme sebebiyet, taksirle yaralamaya sebebiyet ve görevi kötüye kullanma (görevi ihmal) iddialarıyla yargılanabilmektedir.

b) Konunun hukuki (tazminat) boyutunda; Borçlar Kanununda düzenlenen hekimin sözleşmeden doğan sorumluluğu ve haksız fiilden sorumluluğu söz konusu olduğu gibi, idarenin sorumluluğu da söz konusu olabilmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Hekim - hasta arasındaki ilişki, hem doktrinde hem de Yargıtay kararlarında genel olarak "vekalet sözleşmesi" olarak kabul edilmektedir. Doktrinde ve yargı kararlarında, (plastik cerrahi örneğinde olduğu gibi) "eser sözleşmesi" kabulünün olduğu durumlar da vardır.

Hekimin özel bir hastanede hizmet sözleşmesi ile çalışması örneğinde olduğu gibi, hekim-hasta/hasta yakım arasında, bir sözleşmenin bulunmadığı durumlarda haksız fiil sorumluluğu hükümleri uygulanabilmektedir.

Hekimin kamu sağlık kurumlarında kamu görevlisi olarak çalıştığı hallerde meydana gelen zarar iddialarında, idarenin sorumluluğu söz konusu olmaktadır. Bu hallerde idare aleyhine açılacak davalar, idare mahkemelerinde görülerek karara bağlanmaktadır.

c) Türk Tabipleri Birliği ve tabip odaları tarafından hekimlerin mesleki denetimleri kapsamında disiplin cezası verilebilmektedir. Buna ilişkin ayrıntılı bilgi, 3 nolu madde başlığı altında verilmektedir.

ç) Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşunda görev yapan hekim hakkında 657 sayılı Yasanın disiplin hükümleri uygulanarak hekimlere idari yaptırım uygulanabilmektedir.

2. Ülkemizde malpraktis iddialarına ilişkin davalar, bu alanda bir ihtisas mahkemesi bulunmadığından genel mahkemelerde ve genel kanunlara göre görülmektedir.

Hekimin cezai sorumluluğuna ilişkin davalar ceza mahkemelerinde ve Türk Ceza Kanunu hükümlerine göre karara bağlanmaktadır. Hukuki sorumluluğa ilişkin davalar hukuk mahkemelerinde görülmekte ve esas olarak Borçlar Kanunu hükümleri uygulanmaktadır. Özel hastanelerin ve burada görev yapan hekimlerin sorumluluğuna ilişkin davalar tüketici mahkemelerinde görülmektedir.

Kamu hastanelerinde verilen sağlık hizmeti dolayısıyla uğranılan zarar iddiaları ise, idare mahkemelerinde 2577 sayılı Yasa çerçevesinde tam yargı davası olarak görülerek karara bağlanmaktadır. İdare ödediği tazminatı, kusurlu olduğu saptanan memurundan, yine genel mahkemelerden olan asliye hukuk mahkemelerinde rücu davası açarak isteyebilmektedir.

Gerek ceza davalarında ve gerekse tazminat davalarında, hekimin sorumluluğundan söz edilebilmesi için; hekimin hukuka aykırı (kusurlu) bir eyleminin olması, hastanın zarar görmesi ve kusurlu eylem ile zarar arasında nedensellik (illiyet) bağının kurulması gerekmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Hekimin, söz konusu tıbbi uygulamaları yapmaya yetkili olması, hastanın aydınlatılmış onamını alması ve mesleğin gereklerine uygun davranması durumunda, hukuka aykırılık söz konusu değildir.

Kuşkusuz, 03.12.2003 tarihinde onaylanması uygun bulunarak iç hukukumuzun parçası haline gelen Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi :İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nde de belirtildiği gibi, *"Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir. "*

Ancak bilindiği gibi sağlık hizmeti doğası gereği, belirli ölçüde riskleri içinde barındırmaktadır. Her tıbbi tedavinin mutlak surette başarı ve şifa ile sonuçlanması mümkün değildir. Yapılan tıbbi uygulamada kimi zaman komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Tıp biliminin gereklerine uygun davranılmasına ve her türlü özen gösterilmesine, önlem alınmasına rağmen, meydana gelme olasılığı olduğu kabul edilen riskli durumları ifade eden "komplikasyon" nedeniyle hekime kusur yüklenmesi mümkün değildir. Söz konusu zararların "komplikasyon" biçiminde adlandırılabilmesi için, tıbbi uygulamanın bilgi ve beceri açısından yetkili ve yeterli kişilerce, dikkatli ve özenli bir biçimde, olanaklı ve gerekli önlemler alınarak gerçekleştirilmiş; ancak zararın tüm bunlara rağmen ortaya çıkmış olması gerekir. Aksi koşullarda oluşan zarar sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumlar açısından sorumluluk doğuracaktır.

Yargıtay, yerleşik hale gelen içtihadında; hekimin, hastasının zarar görmemesi için mesleki tüm şartları yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorunda olduğunu; asgari düzeyde dahi olsa, bir tereddüt doğuran durumlarda, bu tereddüdünü ortadan kaldıracak araştırmaları yapmak ve bu arada da koruyucu tedbirleri almakla yükümlü olduğunu, bütün bu yükümlülükleri yerine getirmesi durumunda ise artık beklenen ve istenen sonucun elde edilmemesinden sorumlu olmadığı belirtilmektedir. Yani sıra, hekimin (vekilin) İş görürken sonucun elde edilmemesinden değil de bu sonuca ulaşmak için yaptığı uğraşların özenle görülmemesinden sorumlu olduğunu, hekimin meslek alanı içinde olan bütün kusurlarının (hafif de olsa) sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmesi gerektiğini, hekimlerin hastalarının zarar görmemesi için yalnız mesleki değil, genel hayat tecrübelerine göre herkese yüklenebilecek



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

dikkat ve özeni göstermek zorunda olduğunu, çeşitli tedavi yöntemleri arasında seçim yaparken, hastanın ve hastalığın özelliklerini göz önünde tutması, hastayı risk altına sokacak davranışlardan kaçınması ve en emin yolu tercih etmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Ülkemizde tıbbi malpraktis iddiaları, incelemeyi yapan mercilerce o alanda uzman bilirkişiler tarafından düzenlenen raporlar ışığında, hekimin kusurlu ve hukuka aykırı bir eylemi olup olmadığı noktasından hareketle değerlendirilmektedir. Sözü edilen bilirkişi raporları; Adli Tıp Kurumu, üniversiteler, Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri, kimi zaman uzmanlık dernekleri ve bireysel olarak alanın o alanın uzmanı tarafından düzenlenebilmektedir.

3. Türk Tabipleri Birliği, Anayasanın 135.maddesi uyarınca 6023 sayılı Türk Tabipleri Kanunu ile kurulmuş kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşudur. Mesleki deontolojiyi ve toplumun sağlığını korumak, bu Kurumun kuruluş amaçları arasındadır.

6023 sayılı Yasaya dayalı olarak çıkartılan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 2.maddesinde de belirtildiği gibi hekimin başta gelen görevi; insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine özen ve saygı göstermektir. Aynı Tüzüğün 13.maddesinde, hekimin bilimsel gereklilikleri uygun olarak teşhis koyacağı ve gereken tedaviyi uygulayacağı, tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavinin yasak olduğu; 14.maddesinde ise hekimin hastanın durumunun gerektirdiği sıhhi özeni göstereceği belirtilmiştir. Nitekim 28.04.2004 tarih 25446 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği'nde; bu mesleki ve deontolojik yükümlülüğü yerine getirmemek, meslekte bilgi ve beceri yetersizliği, Özen eksikliği, dikkatsizlik ve benzeri kusurlardan dolayı eksik ya da yanlış tam ve tedavide bulunarak hastaya zarar vermek, disiplin cezası gerektiren haller arasında sayılmıştır. Bu çerçevede Tabip Odası Onur Kurulları, önüne gelen malpraktis iddialarını değerlendirmekte; gerektiğinde hekimin eyleminin niteliği ve yarattığı sonuç ile birlikte hekimin içinde bulunduğu koşulları da dikkate alarak 6023 sayılı Yasanın 39.maddesinde gösterilen uyarma, para ve 15 günden 6 aya kadar geçici olarak meslekten alıkoyma cezası vermektedir. Bu cezalardan uyarma ve para cezası, itiraz olması durumunda Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu tarafından incelenmeleri ve verilen kararların onanması üzerine kesinleşmektedir. Meslekten geçici süre men (alıkoyma) kararları ise, itiraz olması dahi Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu tarafından incelenmekte ve onama kararı ile tamamlanmaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

4. Özel sektör, kamu sektörü ve bransa göre ayırım yapılmak suretiyle, son 20 yılda malpraktis iddiası ile Birliğimize bildirilen/şikayet edilen, disiplin/etik işlemi yapılan/yapılmayan hekimlere ilişkin istatistiki veriyi çıkartmak, ancak çok uzun bir emek ve mesaiyi gerekli kılan bir çalışma ile mümkün olabilecektir. Bununla birlikte son iki yıl içinde malpraktis dolayısıyla Haziran 2018-Şubat 2020 döneminde Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu tarafından onanarak kesinleşen para ve meslekten men cezası toplamının 58 olduğunu belirtebiliriz. Ancak yetkili tabip odası onur kurulu tarafından verilen ve itiraz edilmediği için kesinleşen uyarma ve para cezaları, bu sayıya dahil değildir. Bu cezaların branş ve sağlık hizmeti sunucusuna göre dağılımı şöyledir:

	ÖZEL	KAMU	TOPLAM
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM	12		12
GENEL CERRAHI	7	3	10
PRATİSYEN	7		7
GÖZ HASTALIKLARI	5		5
ÜROLOJİ	2	2	4
İÇ HASTALIKLARI	3		3
ÇOCUK HASTALIKLARI	3		3
KARDİYOLOJİ	3		3
KBB	2		2
PLASTİK CERRAHİ	2		2
ANESTEZİ	1		1
ASİSTAN		1	1
ÇOCUK CERRAHİSİ	1		1
ÇOCUK NÖROLOJİSİ	1		1
HEMATOLOJİ	1		1
NÖROLOJİ		1	1
RADYOLOJİ		1	1
TOPLAM	50	8	58



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

5. Diğer ülkelerde malpraktis iddialarının araştırılmasına dair usul ve esaslara ilişkin yaptığımız araştırmalar, bu hususun yargı mercilerince veya özel kurullarca karara bağlandığını göstermektedir. Yapılan araştırmaya göre ;

Amerika Birleşik Devletlerinde; malpraktis nedeniyle zarar iddiaları, mahkemelerde karara bağlanmaktadır. Bu sistem yavaşlığı ve masraflı oluşu dolayısıyla eleştirilmektedir. Sistemin, hekimlerin dava açılması korkusuyla defansif tıp uygulamasına yönelmesine yol açtığı saptanmaktadır. Krizi çözmek için bir takım yasal düzenlemeler yapılmaktadır. Ortak sorumluluk, tazminatın davalıların ödeme gücüne göre belirlenmesi, avukatlık ücretlerinin sınırlandırılması, şikayet ve dava açma sürelerinin kısaltılması, tazminatların taksitle ödenmesi, davaya konu edilebilecek zararların sınırlandırılması gibi bir takım düzenlemeler yapıldığı belirtilmektedir.

Fransa'da; 4 Mart 2002 tarihli 2002-303 sayılı Hasta Hakları Kanunu'nda tıbbi hak ihlalleri ile ilgili kurallar ile hak ve sorumluluklar, sağlık hizmet sunucusunun kim olduğuna bakılmaksızın tanımlanmıştır, Sadece hekimin aydınlatma yükümlülüğünü ihlali, Fransız Medeni Kanunu kapsamında haksız fiil sorumluluğuna dayandırılmaktadır.

Ülkemiz örneğinde olduğu gibi malpraktis iddiaları burada da hukuk ve ceza mahkemeleri ile idare mahkemelerinin önüne gelebilmektedir. Yanı sıra hekimler, etik kuralların ihlali durumunda disiplin kurullarınca da değerlendirilebilirler.

Hekimin sorumluluğunun doğması için ihmal veya kusurun, zararın ve nedensellik bağının bulunması aranmaktadır. Hasta Hakları Kanunu, sadece hasta ve sağlık çalışanları arasındaki uyuşmazlığın çözümünü düzenlemekle kalmayıp herhangi bir ihmale atfedilemeyecek zararların tazminini de hükme bağlamaktadır.

Kamu hastanesinin hastasının uğradığı zarar için, -hekimin kişisel bir kusurunun bulunmadığı hallerde- hekimin kişisel sorumluluğuna gidilmemekte, hizmet kusuru sayılarak zarar idare tarafından tazmin edilmektedir. Kişisel kusur kavramı, görevin kötüye kullanıldığı durumları ifade etmekte, hekimin hastayı tedavi etmeyi reddetmesi, hastaneye gelmesi gerektiği halde gelmemesi gibi örneklendirilmektedir.

Bir zarar doğduğunda hasta öncelikle "Ulusal Tıbbi Kazalar Tazminat Fonu"na (ONIAM) başvurabilmektedir. ONIAM ayrıca sorumluluk kuralları geçerli olsa dahi sağlık çalışanı veya sigortacısı tarafından tazmin edilemeyen mağdurları tazmin etmekle sorumludur. Bu gibi durumlarda zararın fondan tahsil edilmesinin "ulusal dayanışma" ilkesine dayandığı



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

kabul edilmektedir. Hasta Hakları Kanunu mağdurlara iki seçenek sağlamaktadır: Arabuluculuk komisyonuna başvuru ve dava.

Hasta Hakları Kanunu, her bölgede bulunan bölgesel uzlaşma ve tazminat komisyonlarına ilişkin düzenlemeler içermekte. CRCI (Tıbbi Kazalar, inflamatuvar Durumlar ve Hastane Enfeksiyonları için Bölgesel Uzlaşma ve Tazminat Komisyonu), bir yargıç tarafından yönetilmekte ve hastaları, sağlık profesyonellerini, hastane uygulayıcılarını, sağlık kurumlarını ve tesislerini, ONIAM'ı ve sigortacıları temsil eden yirmi kişiden oluşmaktadır.

CRCI, 5 Aralık 2001'den önceki olaylarda mağdur, hekim veya sorumlu sağlık çalışanının sigortacısı arasında bir arabuluculuk yürütmektedir. Bu tarihten sonra da ciddi yaralanma ve sakatlıklarda da arabuluculuk yapmakta. Komisyon, zararın tıbbi bakımdan kaynaklanmadığı, ihmalin bulunmadığı veya zararın hastanın başlangıç durumuna göre anormal bir sonuç olmadığı için başvuruyu reddedebileceği gibi, hastanın zararının tazmin edilebileceğine de karar verebilir. Ödenecek tazminat; tazminat yükümlülüğü kurallarına dayandırılabilirse, tazminat sağlık çalışanının sigortası tarafından ödenirken, herhangi bir sorumluluğun tespit edilemediği, ancak zararın bulunduğu durumlarda da yukarıda belirttiğimiz gibi ONIAM tarafından ödeme yapılmaktadır.

Sağlık çalışanının sigortacısı 4 ay içinde zararı tam olarak karşılayan bir teklif yapmalıdır. Bu teklif kabul edilirse uzlaşma yapılır ve Ödeme bir ay içinde gerçekleştirilir. Bununla dava açma hakkı ortadan kalkar. Bu teklifin reddedilmesi veya 4 aylık sürenin aşılması durumunda, mağdur ONIAM'a başvurabilir. ONIAM sigortacı sıfatıyla yeni bir teklif yapar. ONIAM, böyle bir durumda sorumlu kişi veya kuruma rücu hakkına sahiptir.

Mağdurlar, mutlak surette arabuluculuk prosedürüne girmek zorunda değildirler. Doğrudan sigorta şirketine karşı dava da açabilmektedirler. Ayrıca CRCT'nin kararlarından veya teklif edilen tazminattan memnun olmadıklarında da Mahkemelere başvurabilmektedirler.

Almanya'da; Nüfusun yaklaşık %90'ı yasal sağlık sigortası kapsamındadır. Sigortacılar, kamu hukuku statüsüne sahip olan şirketlerdir ve federal bir kurumun gözetimindedir. Malpraktis iddiaları çoğunlukla sağlık kuruluşlarının arabuluculuk hizmetleri ile ya da sağlık sigortacıları uzman görüşü sunduktan sonra, sorumluluk sigortacıları ile çözülmektedir. Az sayıda malpraktis iddiası dava konusu edilmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Kişisel yaralanmalardan kaynaklanan zararların çoğu sosyal güvenlik sistemi tarafından, tedavi ve bakım masrafları sağlık sigortası tarafından, engellilik emekli maaşları İse emeklilik sigortası tarafından sağlanmaktadır.

Malpraktis hukuku, Medeni Kanun ve sözleşmelerden doğan yükümlülüklerle ilişkin hükümlere dayanmaktadır.

Mağdur, çoğunlukla hastane veya hekimin sigorta şirketine başvuru ile sürece başlamaktadır, Beklediği şekilde talepleri karşılanmadığında mahkemeye gidebilmekte veya arabuluculuk merkezlerine başvurabilmektedir. Arabuluculuk merkezi, sağlık çalışanının sorumlu olduğu bir zarar bulunduğu görüşünde ise kişi yeniden sigorta şirketine başvurabilmektedir.

Arabuluculuk merkezleri, bağımsız yargılarına güvenilen tıbbi meslek odaları tarafından yürütülmektedir. Bu merkezlerde avukat ve hekimler görev yapmaktadır. Değerlendirmeler bu gönüllü kişilerce ücretsiz yapılmaktadır. Merkezler, aynı zamanda gelecekteki hataların önlenmesi için tedbir alınabilmesi amacıyla istatistikler tutmaktadır.

İngiltere'de Ulusal Sağlık Servisi (NHS) tarafından İstihdam edilen sağlık personelinin ihmaline ilişkin iddialar ortaya çıktığında, Sağlık Kurumları için Klinik İhmal Planı (CNST) devreye girmektedir. Bu program, üyelerin ve NHS içerisindeki sağlık kurumlarının katkılarıyla finanse edilmektedir. Programı NHS Dava Dairesi yönetmektedir. Şu anda İngiltere'deki bütün sağlık kurumları bu programa dâhil edilmiştir.

Bir NHS çalışanının görevi sırasındaki kusurlu davranışı nedeniyle doğan zararların, NHS tarafından tazmin edilmesi gerekmektedir. NHS, tam mali sorumluluğu kabul etmekte; yargılama giderleri ve idari giderleri üstlenmekte, masrafları sağlık çalışanına rücu etmemektedir. NHS, uzlaşmaya çalışmakla, mahkeme kararı veya arabuluculuk faaliyetleri sonucunda ödenmesi gereken bedeli ödemekle yükümlüdür. Bu tazminat, mali sonuçlara ilişkin olup disiplin soruşturmaları ve idari soruşturmaları kapsamamaktadır.

NHS Dava Dairesi, alternatif uyuşmazlık çözüm yolları İle konuyu çözmeye çalışmaktadır. Mümkün olmadığında yargılama yoluna gidilmektedir.

Birinci basamak hekimleri, Özel hastane çalışanları veya serbest çalışan sağlık meslek mensupları NHS'ye dâhil değildir. Dâhil olmayanlar, Tıbbi Savunma Birliği veya Tıbbi Koruma Derneği gibi bir tıbbi savunma örgütü veya belirli durumlarda serbest piyasada yaptırdıkları sigorta yoluyla tazminatları finanse etmektedirler.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

İsveç'te; sağlık çalışanlarının müdahalelerinden kaynaklı zararlar, Ulusal Karşılıklı Sigorta Kurumu'na (LÖF) yapılan başvuruların değerlendirilmesi ile tazmin edilmektedir. Zarar ve müdahale arasında nedensellik bağının bulunduğu ve zararın önlenabilir olduğunun kanıtlanması gerekmektedir. Tazminatın belirlenmesinde, ortada kusur olup olmadığının ya da kimin kusurlu olduğunun önemi yoktur. LÖF, şikâyetleri saygın ve tecrübeli danışman uzman hekimler tarafından inceleyerek karara bağlamaktadır.

Sorumluluk sigortası zorunludur ve Hasta Sigorta Kanununda düzenlenmiştir. Hastalık sigortası LÖF tarafından sağlanmaktadır. Özel sağlık hizmet sunucuları da bu sistem içinde yer almaktadır.

Hasta hem özel sigortaya göre tazminat alma hem de haksız fiil sorumluluğuna dayalı olarak tazminat isteme hakkına sahiptir. Hastanın dava açması durumunda, hasta sigortası sorumluluk sigortası olarak devreye girmektedir. Dava açıldığında hasta, kusuru, zararı ve nedensellik bağını ispatla yükümlüdür. Bu nedenle dava açmak yerine hasta sigortası kapsamında şikâyet hakkının kullanılması hasta yönünden avantajlıdır.

Sistemin temelinde, sigorta bileşeni bulunmaktadır. Şikâyetlerin büyük kısmı burada çözümlenmektedir. Sigorta şirketi, bir yıl içinde tazminat ödenip ödenmeyeceğine karar vermekte, mağdurun zararı oranında tazminat belirlenmektedir. Manevi zararlar, yaş ve yaralanmaya bağlı olarak sınırlandırılmıştır. Mağdur, karardan tatmin olmazsa, hâkimler ve danışman hekimlerden oluşan bağımsız bir üst zarar tespit kuruluna itirazda bulunulabilmektedir.

İskandinav sistemlerinin ortak özelliğinin; "deneyimli uzman standardı" olduğu bildirilmektedir. Buna göre, verilen koşullar altında, söz konusu alanda deneyimli bir uzmanın farklı davranıp zararı önleyecek olması durumunda, hasta tazminat hakkına sahip olmaktadır. Bu değerlendirme yapılırken, belirli durum içinde mevcut olan kaynak ve donanım göz önüne alınmaktadır.

Bu sistemlerde ayrıca "donanım hataları" kuralı vardır. Muayene ve tıbbi müdahale veya bununla bağlantılı kullanılan teknik cihazların, araç ve ekipmanların arızalanması nedeniyle oluşan zararlarda kusursuz sorumluluk esası geçerlidir. Bu durumda ne tür bir teknik sorun yaşandığı önemli olmaksızın, hasta tazminat almaya hak kazanır.

Yeni Zelanda'da; 1974 yılında kişisel kaza nedeniyle yaralanmalar nedeniyle doğrudan doğruya hukuk mahkemelerinde yapılan yargılamalar kaldırılmıştır. Bugün tıbbi uygulama



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

hatalarının neden olduğu kazalar da dâhil olmak üzere, tüm kaza hasarları, genel kamu vergileri ve bir işveren vergisi ile (devlet tarafından) finanse edilen Kaza Tazminatları Kurumu (ACC) tarafından karşılanmaktadır.

Tıbbi malpraktis iddiaları, ACC'nin Ulusal Şikâyet Birimi'nde İncelenerek karara bağlanmaktadır. Burada kusur kanıtlanmaksızın tazmin yolu açılmıştır. Hastalar tedavi sonucu bir zarar doğduğunu kanıtlamak zorundadır. Yani tedavi ve zarar arasındaki nedensellik bağı kanıtlanmalıdır. ACC kapsamında ödenecek tazminatlar bir tazminat cetveli ile belirlenmektedir. Hasta karardan tatmin olmazsa, yeniden inceleme talebinde bulunabilmektedir. Bu incelemeden de tatmin olunmaması durumunda, mahkemeye itiraz yoluyla başvurulabilmektedir.

7. Tıbbi Hizmetlerin Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarı'na ilişkin Birliğimizin görüşü sorulmaktadır.

Yazınız ekinde iletilmemekle birlikte, Sözü edilen tasarının, 2002 yılında hazırlanan Yasa Tasarısı olduğu öğrenilmiştir.

Öncelikle belirtmek gerekir ki tasan metni, hazırlandığı yıl gözetildiğinde, oldukça eski bir metindir. Aradan geçen yaklaşık 18 yıllık süre zarfında, bu Yasa tasarısında yapılmak istenen düzenlemelere ilişkin;

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu başta olmak üzere çeşitli Yasalar ile-Hasta Hakları Yönetmeliği, Klinik Araştırmalar Yönetmeliği gibi çok sayıda Yönetmelik ve - Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları, Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Kızı ve Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul Ve Esaslara Dair Tebliğ örneğinde olduğu gibi bir takım başka mevzuatta muhtelif düzenleme yapılmıştır.

Tasarının, var olan mevzuat düzenlemeleri ile birlikte bütünlüklü olarak yeniden ele alınması ve bu alanın ihtiyacına göre ilgili mevzuatta gerekli tüm düzenlemelerin yapılması gerekecektir. Bu nedenle her bir madde yönünden görüş bildirilmesinin bir yararı olmayacağı değerlendirilmiştir.

Böyle bir mevzuat hazırlığının, başka ülkelerde mevcut modeller, yarattığı sonuçlarla birlikte yakından incelenmek ve Tasarı ile ulaşılmak istenen amaç ve hedefler ile birlikte Türk



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Tabipleri Birliğimin de aralarında bulunduğu bu alanın bileşenleri ile çalışma yapılmak suretiyle yürütülmesi doğru olacaktır.

8. Sağlık hizmeti sunumu nedeniyle ortaya çıkan tıbbi uygulama hatalarına öncelikle bir halk sağlığı sorunu olarak bakılmalıdır. Bu alanda yapılacak düzenlemelerde de tıbbi uygulama hatalarının ortadan kaldırılması öncelikli amaç olarak belirlenmelidir. Bu kapsamda tıbbi uygulama hatalarından zarar gören hastaların zararlarının kusur/komplikasyon ayrımı olmaksızın en kısa sürede ve bütünüyle karşılanması, hata nedenlerinin araştırılması ve bu nedenlere yönelik Önleyici çalışmaların sistemli bir biçimde düzenlenip uygulamaya geçirilmesi, sorunların çözümü için temel noktalardır.

Bu noktada belirtmek isteriz ki mevcut mesleki sorumluluk sigortasının, ortaya çıkan mesleki uygulama hatalarını azaltıcı, sağlık hizmetinin niteliğini artırıcı bir etkisi bulunmadığı gibi, sağlık hizmeti sunumunda zarar gören kişilerin zararlarının bir an önce karşılanmasına yönelik hiçbir çözüm de üretmediğini görüyoruz. Bu tür sigortacılığın uzun yıllardır var olduğu ülke deneyimleri de esasında bu uygulamanın sağlık hizmet sunumu somasında açılan davaları sayısal olarak artırdığını, hekimleri riskli hizmetleri sunmaktan kaçınmaya sevk ettiğini, olası riskin azaltılması amacıyla çok sayıda tetkike başvurulması eğiliminin artması sebebiyle hizmetin pahalılaşmasına sebep olduğunu, üstelik zararın da bütünüyle ve kısa sürede karşılanmadığını göstermiştir,

Türk Tabipleri Birliği, bugün "malpraktis" veya "tıbbi hizmetlerin kötü uygulanması" nedeniyle doğan zararı, "sağlık hizmeti kaynaklı zarar" olarak adlandırmaktadır. Türk Tabipleri Birliği'nin, Sağlık Hizmeti Kaynaklı Zarar Bildirgesinde' de belirtildiği gibi, *"Sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan bir zarar oluştuğunda, öncelikle zarar tazmin edilmelidir. Bununla birlikte Türk Tabipleri Birliği (TTB), oluşan zararın sorumlusu olarak sadece sağlık çalışanlarını işaret eden ve sigorta-tazminat sistemine dayanak oluşturan bireye odaklı yaklaşımı adil bulmaz. Hizmete bağlı bir zarar oluştuğunda, yeterli değerlendirme yapılmadan yalnızca hekime ya da sağlık çalışanlarına sorumluluk yüklenmemeli, bireysel kusurlar sistem sorunları ve ortam koşulları göz ardı edilerek değerlendirilmemelidir. Sağlık hizmeti sadece sağlık çalışanlarıyla sunulmaz. Hizmet; çalışma ortamı, ilişkileri ve koşullarıyla, altyapı olanaklarıyla, gerekli ve uygun nitelikte tıbbî malzemelerle, örgütlenme biçimi ve yönetsel boyutuyla bir bütündür. Dolayısıyla sorumluluklar belirlenirken, başta sağlık hizmetlerinin*



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

örgütlenme, finansman ve sunumunda yetkili olanların yükümlülükleri olmak üzere ilgili tüm boyutları dikkate alan geriye dönük bir hata analizi yapılmalıdır.

TTB, sağlık hizmetinden kaynaklanan zararları azaltmak için; Yüksek Öğretim Kurumunu ve Sağlık Bakanlığım aşağıdaki ilkelere uygun tıp eğitimi ve sağlık politikalarını hayata geçirmeye davet eder:

Mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminde çağdaş niteliğin sağlanması, bu doğrultuda TTB'nin konuyla ilgili bildirgelerindeki genel ilkelerin sahiplenilmesi,

Düzenli, yeterli, erişilebilir, güncel, sürekli tıp eğitimi/ sürekli mesleki gelişimin sağlanması ve katılımın kamusal sorumlulukla yerine getirilmesi,

Sağlık hizmetlerinin maliyet-etkililik temelli politikalarla ödeme gücüne göre değil, gereksinime göre sunulmasının sağlanması,

Ulaşılabilir ve nitelikli hizmet için dil engeli dâhil gerekli planlamanın yapılması, uygun ve yeterli altyapının sağlanması,

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamı, koşulları ve mesleki ilişkilerinin iyileştirilmesi,

Hizmet sunan hekime odaklı yaklaşımdan vazgeçilerek sağlık sistemine odaklı yaklaşımın benimsenmesi

Hataya yol açan nedenlerin, oluşturulacak kamusal nitelikte özerk yapıya sahip kurumca geriye dönük hata analizi ile soruşturularak tekrarının önlenmeye çalışılması,

"Ramak kala olaylar" da dâhil olmak üzere, tıbbi uygulama hata bildirim sisteminin kurulması ve etkin olarak işletilmesi,

Hata bildirimini teşvik eden düzenlemeler yapılması; bu bağlamda hizmete bağlı zararlara ilişkin hizmeti planlayan, finanse eden ve sunan kurumların ve hizmet sunan hekimlerin sorumluluklarının açık biçimde tanımlanması gerekmektedir.

TTB, zorunlu mali sorumluluk sigortası uygulamasının sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinin bir parçası olduğunu ve sigorta uygulamasının hizmet kaynaklı zararları önlemeye değil, sağlık ortamında yeni bir pazar oluşturmaya yönelik olduğunu saptar. Tıbbi uygulamaların sigorta ve hukuk şirketlerince yönlendirilmesine zemin hazırlayan bireye odaklı bu yaklaşımın;

- a. Meslektaşlar ve hasta-hekim arasında güven ilişkisini zedelediği,*
- b. Korunmacı tıp uygulamalarını ve bunların yol açacağı sorunları artırdığı,*
- c. Gereksiz sağlık harcamalarını artırdığı,*



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

d. Hataları ve zararları azaltmadığı, aksine artırabildiği bilimsel çalışmalarla gösterilmiştir.

Dolayısıyla TTB; sağlık hizmetinden kaynaklanan zararın, "malpraktis" ya da "komplikasyon" ayrımı yapılmadan sağlık hizmeti sunan tüm kurumların maddî katkıda bulunduğu kamusal bir yapı tarafından tazmin edilmesini önerir. TTB;

a. Sürekli tıp eğitimi/ sürekli mesleki gelişim programlarıyla hekimlerin bilgi ve becerilerinin artırılmasına katkı sunmak,

b. Komplikasyon sonucu oluşan zararlarda hekimlere destek olmak, yaşanan zararlar sonucu yapılacak hata analizlerine katkı sunmak,

c. Sağlık sistemine odaklı yaklaşımın benimsenmesi için farkındalık çalışmaları yapmak konusunda sorumluluk üstlenir.

TTB, hataların azaltılması için hekimlerin üzerine düşen yükümlülükleri bir kez daha anımsatır. Bunun yanı sıra, öncelikle ve önemle, yukarıda sözü edilen koşulların yerine getirilmesi için sağlık politikalarını belirleyenlere çağrıda bulunur. "

6.11 Türkiye Belediyeler Birliği

Alt Komisyon'un 18/12/2019 tarihli 7.toplantısında Türkiye Belediyeler Birliği'nin Komisyonumuza sunduğu rapor özetle aşağıdaki şekildedir.

6.11.1 Türkiye Belediyeler Birliği Faaliyetleri

Birliğimiz ve Avrupa Birliği Türkiye Delegasyonu işbirliğinde gerçekleştirilmekte olan Avrupa Hareketlilik Haftası, konuyla ilgili farkındalık oluşturarak kentlerimizde daha temiz ve sağlıklı bir çevre için ve kentsel hareketliliği arttırmak adına Belediyelerin kalıcı tedbirler almasını teşvik etmek amacıyla her yıl 16-22 Eylül tarihleri arasında kutlanmaktadır.

Avrupa Hareketlilik Haftası ulusal Koordinatörlük görevi, 2018 yılı itibariyle Birliğimiz tarafından yürütülmektedir. Ulusal koordinatörlük görevini devralmamız öncesinde Türkiye'den son 12 senede en fazla 6 şehir, Avrupa Hareketlilik Haftası etkinliklerini gerçekleştirmiştir. Ülkemizden katılım, ulusal koordinatör olarak göreve başlamamızla birlikte;

2018 yılı itibariyle 3 katı artarak 9 Büyükşehir Belediyesi, 6 İl ve 9 ilçe belediyesine ulaşmıştır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

2019 yılı içerisinde Birliğimiz tarafından gerçekleştirilen faaliyetler neticesinde toplam 64 belediye faaliyetlere katılmıştır. Bu kapsamda, 14 büyükşehir belediyesi, 10 il belediyesi, 28 büyükşehir ilçe ve 12 ilçe belediye Avrupa Hareketlilik Haftası'na katılmış ve potansiyel olarak 51.8 milyon vatandaşımıza ulaşılmıştır.

Türkiye Belediyeler Birliği; belediyelerimizi teşvik etmek, iyi uygulama örneklerinin Türkiye'de de uygulanmasını sağlamak, bilgi ve deneyim transferi sağlamak, belediyelerimizin tanıtımının yapılmasına katkıda bulunmak ve güncel trendlerin takibini sağlamak adına "Avrupa Hareketlilik Haftası 2019 Ulusal Ödülleri" vermektedir. 2019 yılında toplam 15 belediyemiz ödül almaya hak kazanmıştır.

6.11.2 Belediyelerin Yapmış Olduğu Faaliyetler

5393 sayılı Belediye Kanunun 14. maddesine göre belediyelerin görev ve sorumlulukları (a) bendinde; "İmar, su ve kanalizasyon, *ulaşım gibi kentsel alt yapı*; coğrafi ve kent bilgi sistemleri; çevre ve çevre sağlığı, temizlik ve katı atık; zabıta, itfaiye, acil yardım, kurtarma ve ambulans; şehir içi trafik; defin ve mezarlıklar; ağaçlandırma, park ve yeşil alanlar; konut; kültür ve sanat, turizm ve tanıtım, gençlik ve spor orta ve yükseköğrenim öğrenci yurtları (Bu Kanunun 75 inci maddesinin son fıkrası, belediyeler, il özel idareleri, bağlı kuruluşları ve bunların üyesi oldukları birlikler ile ortağı oldukları Sayıştay denetimine tabi şirketler tarafından, orta ve yükseköğrenim öğrenci yurtları ile Devlete ait her derecedeki okul binalarının yapım, bakım ve onarımı ile tefrişinde uygulanmaz.); *sosyal hizmet ve yardım*, nikâh, meslek ve beceri kazandırma; ekonomi ve ticaretin geliştirilmesi hizmetlerini yapar veya yaptırır. ..."

(b) bendinde ise; "(...)(2) Devlete ait her derecedeki okul binalarının inşaatı ile bakım ve onarımını yapabilir veya yaptırabilir, her türlü araç, gereç ve malzeme ihtiyaçlarını karşılayabilir; *sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilir*; mabetlerin yapımı, bakımı, onarımını yapabilir; kültür ve tabiat varlıkları ile tarihî dokunun ve kent tarihi bakımından önem taşıyan mekânların ve işlevlerinin korunmasını sağlayabilir; bu amaçla bakım ve onarımını yapabilir, korunması mümkün olmayanları aslına uygun olarak yeniden inşa edebilir. (Değişik ikinci cümle: 12/11/2012-6360/17 md.) Gerektiğinde, *sporu teşvik etmek amacıyla gençlere spor malzemesi verir, amatör spor kulüplerine ayni ve nakdî yardım yapar ve gerekli desteği*



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

sağlar, her türlü amatör spor karşılaşmaları düzenler, yurt içi ve yurt dışı müsabakalarda üstün başarı gösteren veya derece alan öğrencilere, sporculara, teknik yöneticilere ve antrenörlere belediye meclisi kararıyla ödül verebilir. ..." olarak belirtilmiştir.

5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunun 7. maddesi (m) bendinde; "Büyükşehirin bütünlüğüne hizmet eden sosyal donatılar, bölge parkları, hayvanat bahçeleri, hayvan barınakları, kütüphane, müze, spor, dinlenme, eğlence ve benzeri yerleri yapmak, yaptırmak, işletmek veya işlettmek; gerektiğinde *amatör spor kulüplerine nakdî yardım yapmak, malzeme vermek ve gerekli desteği sağlamak, amatör takımlar arasında spor müsabakaları düzenlemek, yurt içi ve yurt dışı müsabakalarda üstün başarı gösteren veya derece alan sporculara, teknik yönetici, antrenör ve öğrencilere belediye meclis kararıyla ödül vermek.*" ; (n) bendinde "Gerektiğinde mabetler *ile sağlık, eğitim ve kültür hizmetleri için bina ve tesisler yapmak*, kamu kurum ve kuruluşlarına ait bu hizmetlerle ilgili bina ve tesislerin her türlü bakımını, onarımını yapmak ve gerekli malzeme desteğini sağlamak." ve (v) bendinde "*Sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak*, işletmek veya işlettmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksekokullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak." ifadeleriyle Büyükşehir belediyelerinin görev, yetki ve sorumlulukları belirtilmektedir.

Bunlardan hareketle, belediyelerin "Obezite ile Mücadele" yapmış olduğu faaliyetler altı temel başlık altında toplanabilir:

6.11.2.1 Altyapı Faaliyetleri

Bisiklet yolları ve yürüyüş yolları yapımı, Bisiklet bakım ve tamir istasyonları kurulması, Kaldırımların alçaltılıp genişletilerek engelli kullanımına da elverişli hale getirilmesi, Mahalle parkları yapılması, İçerisine kondisyon aletleri konulması, Çocuk oyun grupları, Kentlerde araç trafiğine kapalı sokakların oluşturulması, Toplu taşıma hizmetini çeşitlendirip geliştirerek vatandaşların kent içi hareketliliğini sağlamak, Belediyeye ait spor salonlarının vatandaşların kullanımına sunulması.

6.11.2.2 Spor Faaliyetleri



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

- ✓ Özellikle gençlere ve çocuklara bisiklet dağıtımı yapılması, Çocuklara yönelik yaz ve kış spor okulları,
- ✓ Yetişkinlere ve çocuklara yönelik pilates, zumba, fitness, yüzme, basketbol, voleybol, halk oyunları, masa tenisi, buz pateni, jimnastik, tenis, step-aerobik, yoga, güreş, dağ tırmanışları, bisiklet yarışları ve turları
- ✓ Mahalle parklarında ve spor salonlarında eğitmenler eşliğinde spor yapılması,
- ✓ Spor kulüplerinin desteklenmesi,
- ✓ Spor derneklerinin faaliyetlerinin desteklenmesi
- ✓ Belediye bünyesinde bulunan amatör ve profesyonel kulüpleri,
- ✓ Futbol, voleybol, basketbol, koşu, yüzme, bisiklet, masa tenisi gibi spor branşlarında düzenlenen turnuvalar,
- ✓ Geleneksel yağlı güreş turnuvaları,

6.11.2.3 Eğitim Ve Danışmanlık Faaliyetleri

- ✓ Belediyelerin personellerine yönelik yapmış olduğu bilinçlendirme çalışmaları,
- ✓ Talep eden belediye çalışanların vücut analizlerinin ve gerekli durumlarda takiplerinin yapılması,
- ✓ Vatandaşlara yönelik olarak yapılan bilinçlendirme çalışmaları,
- ✓ İl Milli Eğitim Müdürlükleri işbirliğinde okullarda öğrencilere ve velilere yönelik obezite ile mücadele ve yeterli ve dengeli beslenme eğitimleri,
- ✓ Kuran kurslarında beslenme ile ilgili seminerler,
- ✓ Beslenme ve diyetisyen danışmanlık hizmetleri,
- ✓ Uzmanlar tarafından verilen seminer ve konferanslar,
- ✓ Spor salonlarındaki aletlerin tanıtımı yapılarak sakatlanmaların önüne geçilmesi.

6.11.2.4 Farkındalık Oluşturmaya Yönelik Çalışmalar

- ✓ Farkındalık seminerleri,
- ✓ SMS, sosyal medya, afiş ve broşürlerle bilgilendirmeler yapılması ve halkın seminer ve etkinliklere davet edilmesi,
- ✓ Gazlı içeceklerin tüketimini azaltmaya yönelik farkındalık oluşturmak adına ayran ve süt ikramı,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

✓ Belediye bünyesinde Obezite ile Mücadele Merkezleri açılması, Sloganlar belirlenmesi,

✓ Faturaların üzerine obezite ile ilgili bilgilendirme yazıları yazılması, Doğal-organik ürün pazarları kurulması,

6.11.2.5 Sağlık Alanında Yapılan Faaliyetler

✓ Üniversiteler işbirliğinde obezite taramaları, kilo kontrolü ve takibi ve danışmanlık hizmeti sunulması,

✓ Sağlıklı beslenme ve diyet danışmanlığı hizmeti,

✓ Huzurevleri ve kreşlerde menü planlamaları,

✓ Obezite merkezlerinde Beden Kitle Endeksi ölçümleri yapılması,

✓ Psikolojik danışmanlık hizmeti ve obez bireylerin aile üyeleriyle görüşmeler yapılması,

6.11.2.6 Kadınlara Yönelik Çalışmalar

✓ Semt konakları ve spor salonlarında eğitmenler eşliğinde çeşitli spor faaliyetleri, Kadın koşuları düzenlenmesi,

✓ Avrupa Hareketlilik Haftası kapsamında Süslü Kadınlar Bisiklet Turu düzenlenmesi,

✓ Kadın danışma merkezlerinde Obeziteye ve sağlıklı beslenmeye yönelik yapılan bilgilendirme çalışmaları.

6.12 Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi

Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi'nin 19.11.2018 tarihli resmi yazıya verdiği Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışma alanlarına ait konuların açıklamaları özetle aşağıda listelenmiştir.

Fazla kiloluluk ve obezite, sağlığı etkileyebilecek anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır.

Vücut Kitle Endeksi (BMI), yetişkinlerde fazla kiloluluk ve obeziteyi tanımlamak için kullanılan basit bir kütle-boy endeksidir. Kişinin kilosunun, boyunun karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır (kg/m^2).

Yetişkinler;



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Dünya Sağlık Örgütü, yetişkinler için fazla kiloluluk ve obeziteyi şöyle tanımlamaktadır:

- ✓ BMI değeri 25 ve yukarıda olması fazla kiloluluk,
- ✓ BMI değeri 30 ve yukarı olması obezitedir.

BMI yetişkinlerde her cinsiyet ve yaş grubu için aynı olduğundan, en kullanışlı fazla kiloluluk ve obezite ölçütüdür. Buna rağmen, bireysel olarak aynı derecede yağlanmaya denk gelmeyebileceğinden kaba bir değerlendirme olarak kabul edilmelidir.

Çocuklarda, fazla kiloluluk ve obezite teşhisinde yaş göz önüne alınmalıdır.

5 yaşından küçük çocuklar;

1. Boy-kilo oranı, Dünya Sağlık Örgütü Çocuk Büyüme Referans ortalamasından 2 standart sapma kadar büyük ise fazla kiloluluk,
2. Boy-kilo oranı, Dünya Sağlık Örgütü Çocuk Büyüme Referans ortalamasından 3 standart sapma kadar büyük ise obezite söz konusudur.

5-19 yaş arası çocuklar;

1. Boy-kilo oranı, Dünya Sağlık Örgütü Çocuk Büyüme Referans ortalamasından 1 standart sapma kadar büyük ise fazla kiloluluk,
2. Boy-kilo oranı, Dünya Sağlık Örgütü Çocuk Büyüme Referans ortalamasından 2 standart sapma kadar büyük ise obezite söz konusudur.

Obezite ve fazla kiloluğa nedenleri nelerdir?

Fazla kiloluluk ve obezitenin temel nedeni, alınan kalori ile harcanan kalori arasındaki enerji dengesizliğidir. Küresel olarak;

1. Yağ oranı yüksek enerji-yoğun gıdaların tüketimindeki artış,
2. Masa başı çalışmada artışı, ulaşım biçimlerindeki değişimler ve şehirleşmedeki artışlardan kaynaklanan hareketsizlik artışı mevcuttur.

Sağlık, tarım, ulaşım, şehirleşme, çevre, gıda işleme, pazarlama ve eğitim alanlarındaki destekleyici politikaların geliştirilmesi ve eksikliğinden kaynaklanan çevresel ve toplumsal değişimler, beslenme ve fiziksel aktivitelerdeki şablonların değişimindeki genel nedenlerdir.

Fazla kiloluluk ve obezitenin genel sağlık sonuçları nelerdir?

Artan BMI, bulaşıcı olmayan şu hastalıklardaki temel risk faktörüdür:



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

1. Kardiyovasküler hastalıklar (kalp rahatsızlıkları ve kalp krizi) 2012'de önde gelen ölüm nedenidir.

2. Diyabet,

3. Kas ve iskelet düzensizlikleri (özellikle osteoartrit - eklemlerde yüksek derecede engelleyici dejenerasyon)

4. Bazı kanser türleri (endometriyal, meme, yumurtalık, prostat, karaciğer, safra kesesi, böbrek ve kolon)

BMI artışı, bulaşıcı olmayan bu hastalıklardaki riski de artırmaktadır.

Çocukluk çağı obezitesi, prematüre ölümü ve gelişim geriliği ve obezite riskinin artmasına sebep olmaktadır. Artan gelecek risklerine ek olarak, obez çocuklar nefes zorluğu, kırık riski artışı, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık semptomları, insülin direnci ve psikolojik etkiler de deneyimlemektedir.

Fazla kiloluluk ve obezite ile yandaş hastalıklar, büyüme ölçüde önlenemez. En kolay çözüm (en erişilebilir, uygulanabilir ve karşılanabilir) sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve bunları destekleyecek çevresel ve toplumsal ortamlardır.

Bireysel düzeyde şahıslar:

1. Yağ ve şekerden enerji alımını kısıtlayabilir,
2. Meyve, sebze, tahıl ve fındık tüketimini artırabilir, düzenli fiziksel aktivitede bulunabilir (hafta boyu çocuklar için günde 60 dakika, yetişkinler için günde 150 dakika)

Kişisel çabalar, ancak sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olduğunda tam etkisini gösterir. Bu sebeple, fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme seçeneklerini herkes için, özellikle de fakir bireyler için uygun, erişilebilir ve karşılanabilir hale getiren kanıtlanmış ve toplumsal politikaların sürekli uygulanması yoluyla, yukarıdaki tavsiyelerin toplumsal düzeyde desteklenmesi önemlidir. Şekerli içeceklerin vergilendirilmesi bunun bir örneğidir.

Sağlıklı beslenmeyi desteklemek için gıda endüstrisi de önemli bir rol oynayabilir:

- ✓ İşlenmiş gıdalardaki yağ, şeker ve tuz içeriğini azaltarak,
- ✓ Bütün tüketiciler için sağlıklı ve besleyici seçimlerin uygun ve karşılanabilir hale gelmesini temin ederek,
- ✓ Özellikle çocuk ve gençleri hedef alan şeker, tuz ve yağ oranı yüksek gıdaların satışını kısıtlayarak,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

✓ İş ortamında düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı gıda seçeneklerini uygun hale getirerek.

Obezite ile ilgili diğer bilgiler:

Obezite, dünya çapında 1975'ten beri üçe katlanmıştır.

2016'da 1,9 milyar yetişkin (18 yaş ve üstü) aşırı kiloluydu. Bunların 650 milyonu obezdir.

2016'de 18 yaş ve üstü yetişkinlerin %39'u aşırı kilolu, %13'ü obezdi. Dünya nüfusunun büyük kısmı fazla kiloluluk ve obezitenin, yetersiz beslenmeye göre daha fazla Ölüme sebep olduğu ülkelerde yaşamaktadır. 2016'da 5 yaşından küçük, 41 milyon çocuk fazla kilolu veya obezdi. 2016'da 5-19 yaş arasındaki 340 milyon çocuk ve genç fazla kilolu veya obezdir.

Obezite, ülkelere ağır finansal yükler de getirmektedir. Ülkeler Obeziteye oldukça dikkat etmeli ve obeziteyle sektörler-arası ve sistematik bir işbirliği içinde mücadele etmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışma alanları sağlık sistemleri, bulaşıcı olmayan hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, yaşam boyu sağlık, takip ve müdahale hazırlığı ve toplu hizmetlerdir. İlgili ölüm ve operasyon rakamları ve benzeri bilgiler Sağlık Bakanlığından temin edilebilir.

6.13 Dernekler

6.13.1 Obezite Diyetisyenleri Derneği

9.01.2019 tarih ve 57747603-DN.1627 /663.09/ 1 sayılı yazınız ile Obezite Diyetisyenliği Derneği Başkanlığına Alt Komisyon çalışmalarına ve yapılacak toplantıya esas olmak üzere sorulan soruların cevapları özetle aşağıda sunulmuştur.

6.13.1.1 Obezitenin tanımı, nedenleri ile kişisel ve toplumsal zararları nelerdir?

Obezite tüm yaş gruplarının sağlığını tehdit eden en önemli kronik hastalıklar arasında yer alır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından obezite (şişmanlık) "**sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi**" olarak tanımlanmıştır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %15-20'sini, kadınlarda ise %25-30'unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Vücut yağ miktarının erkeklerde %25, kadınlarda %35'in üzerine çıkması,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

çocuk ve adölesanlarda ise erkeklerde %25, kızlarda %30'un üzerine çıkması durumu obezite olarak tanımlanmaktadır.

Obezitenin tanımlanmasında özellikle vücut yağ miktarı ve yağ dağılımı hastalık riskinin belirlenmesi açısından önemlidir. Beden kütle indeksi vücut yağı miktarını belirlerken, bel çevresi vücut yağ dağılımını belirlemekte olup merkezi adipozitenin en belirgin ölçüsüdür. Merkezi adipozitenin yetişkinlerde kardiyovasküler hastalıklar çocuklarda ise yüksek lipid profili ve hiperinsülinemi ile kuvvetli ilişkisi olduğu bilinmektedir.

6.13.1.2 Obezitenin Prevalansı

Tüm dünyada obezite prevalansı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü dünya genelinde obezite sıklığının 1975'lerden bugüne kadar neredeyse 3 katına çıktığını, 2016 yılında dünyada 18 yaş ve üstü 1.9 milyardan daha fazla (%39) yetişkinin fazla kilolu, bunların 650 milyonunun (%13) obez, 5 yaş altı 41 milyon çocuk ve 5-19 yaş grubu 340 milyon çocuk ve adölesanın ise fazla kilolu veya obez olduğunu raporlanmıştır. Ayrıca tüm dünyada 2030 yılında fazla kiloluluk prevalansının 1.35 milyar, obezite prevalansının 573 milyon olması da beklenmektedir.

Türkiye'de ise Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışmasında (TEKHARF) 2001/2002 takibinin 30 yaşın üzerindeki kohortunda obezite ($>30 \text{ kg/m}^2$); erkeklerde %25.3, kadınlarda %44.2 olarak tanımlanmış ve obezite prevalansının son 10 yılda nüfus artışı ve yaştan bağımsız olarak %20 oranında arttığı bildirilmiştir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) 2011 verilerine göre kadınların %18.5'inin, erkeklerin ise %12.3'ünün obez olduğu belirtilmiştir. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) de ise 2010 yılında 20 yaş üzerindeki bireylerde obezite sıklığı %32 bulunmuş, erkeklerde fazla kiloluluğun, kadınlarda ise obezitenin daha yaygın olduğu saptanmıştır. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taramasında (TOHTA) ise 20 yaş ve üzerinde obezite insidansı kadınlarda %35.4 bulunmuş ve erkeklere göre kadınlarda 1.8 kat fazla olduğu ifade edilmiştir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010 (TBSA-2010) sonuçlarına göre ise yetişkin bireylerde fazla kiloluluk prevalansı %34.6, obezite prevalansı ise %30.3'dür. TNSA 2013 verilerine göre 15-49 yaş arası kadınlarda fazla kiloluluk görülme sıklığı %28.6, şişmanlık görülme sıklığı ise %26.5 olarak belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2013 yılında



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

yayınlanan raporunda Türkiye'de 20 yaş ve üstü yetişkinlerin %61.9'unun fazla kilolu ve %27.8'inin obez olduğu belirtilirken, erkeklerde obezite prevalansı %21.7 kadınlarda ise %34'tür. Yetişkinlerde obezite prevalans tahminlerine (2010-2030) göre 2020'de erkeklerde obezite prevalansının %44'e kadınlarda ise %26'ya ulaşacağı ön görülmektedir. Çocuklarda ise COSİ'ye (2016) göre 6-9 yaş arası çocukların %14.9'unun kilolu, %9.9'unun şişman ve %24.8'inin normal ağırlığın üzerinde kilolu-şişman olduğu bildirilmiştir. TÜİK 2017 verilerine göre ise obezite prevalansı %19'dur.

6.13.1.3 Obeziteye Neden Olan Temel Faktörler

Obezitenin oluşumunda enerji alımı ile harcanması arasındaki dengesizlik, metabolizma ve genetik gibi biyolojik faktörler, beslenme ile fiziksel aktive gibi davranışsal faktörler ve çevresel faktörler olmak üzere pek çok faktör etkilidir.

Artmış enerji alımının nedeni aşırı yeme, ev dışında beslenmenin artması ve buna bağlı olarak yağ ve şeker içeriği yüksek, enerji yoğunluğu fazla olan besinlerin alımının artmasıdır, Tüketilen porsiyonların büyümesinin yanında öğün atlama, hızlı yeme gibi yanlış beslenme alışkanlıkları enerji alımını artıran etkenlerdendir. Enerji harcamasının azlığı ise pek çok işin çalışma koşullarından kaynaklı özellikle masa başı şeklinde olması, ulaşım koşullarının değişmesi, şehirleşmenin artmasıyla birlikte fiziksel aktivitenin azalması ve sedanter yaşamın artmasından kaynaklıdır. Obezite ile ilişkili olan beslenme ve fiziksel aktivitedeki değişiklikler sıklıkla çevresel ve toplumsal değişimlerin sonucu olarak gerçekleşmektedir, Sağlık, tarım, ulaşım, şehir planlanması, çevre, besin üretim, işleme ve dağıtımı ve toplum eğitimi gibi alanlarda destekleyici politikaların azlığı ile obezite ilişkilendirilmektedir.

6.13.1.3.1 Obezogenik Çevre

Çevre; bireyin dışında kalan her şey olarak tanımlanmaktadır. Obezogenik çevre; büyüklük (mikro ve makro) ve çeşidine (ekonomik, fiziksel, politik, sosyokültürel) göre iki boyutlu olarak detaylı incelenmektedir. **Mikro çevreler** insanların toplandığı ve bulunduğu ev, okul, restoran ve semtler olarak değerlendirirken; **makro çevre** sağlıklı davranışları destekleyen ve engelleyen ortamlar olarak değerlendirmekte ve ilçe planlarını, ulaşım altyapısını, sağlık sistemi ve medyayı bu çevre içinde ele almaktadır. Ayrıca çeşidine göre çevreyi fiziksel, sosyokültürel, ekonomik ve politik olmak üzere 4 çeşide ayırmaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Fiziksel çevre sağlıklı ve sağlıklı seçimler için uygun imkânlar sunan çevre olarak tanımlanmakta olup sağlıklı ve sağlıklı besinlerin bulunabilirliği ile kullanım durumu fiziksel çevrenin içinde yer almaktadır. **Sosyokültürel çevreyi** sosyal ve kültürel tanımlayıcıların, öznel modellerle anne-baba etkisi ve akran baskısı gibi diğer sosyal etkileşimlerin oluşturduğu belirtilmektedir. **Ekonomik çevre** sağlıklı ve sağlıklı davranışların meyve ve sebze fiyatları, hane halkı gelirleri gibi mali yükü olan ilişkisini ele almaktadır. **Politik çevrenin** ise besin seçimiyle besin uygunluğunu etkileyen düzenlemeler ve kuralları içerdiği bildirilmektedir.

Obezitenin çevre aslında bireylerin obezitenin davranışlar sergilediğini söylemektedir. Şu an sahip olunan çevre koşulları enerji yoğunluğu fazla, besin değeri açısından fakir olan besinlerin tüketimini artırmakta, bu durum direkt obezitenin çevreyi düşündürmektedir. Çevresel faktörlerle davranışlarda olan değişimler obezite için itici bir kuvvet oluşturmaktadır.

6.13.1.3.1.1 Beslenmeye İlişkin Obezitenin Etmenleri

Bugünün sağlıklı besinleri; ucuz, pratik, çabuk hazırlanabilir, lezzetli, çekici biçimde paketlenmiş, pazarlaması geniş ölçüde yapılabilen, ülke genelinde ulaşımı uygun, büyük porsiyonlarda hazırlanabilen, yemesi kolay, lezzetli ve daha çok yemeye istek uyandıran, tatlandırılmış ve saflaştırılmış enerjisi yoğun besinlerdir.

Bireylerde tatlandırılmış içeceklerin ve özellikle gazlı içeceklerle, enerji ve yağ içeriği yüksek besinlerden büyük porsiyonlarda tüketmek, kahvaltıyı atlamak, yetersiz sebze ve meyve tüketimi gibi davranışsal faktörlerle obezite ilişkilendirilmektedir. Bunlar;

6.13.1.3.1.1.1 Fast Food, Porsiyon Büyüklüğü, Enerji Yoğunluğu

Ev dışı tüketimin artması obeziteye neden olan bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Özellikle kadınların iş yaşamına katılımlarının artmasıyla birlikte evde besin tüketimi azalmış ve ev dışı tüketim artmıştır. Obezite araştırılırken fast food tüketiminden sık sık bahsedilmektedir. Büyük porsiyon miktarları ve enerji yoğunluklarının fazla olması nedeniyle fast food tüketimi ağırlık kazanımını artırmaktadır. Fast food satış noktalarındaki burgerlerin, kızarmış patates, pizza vb. ile gazlı içecekler porsiyonlarının son 50 yılda 2-5 kat arttığı belirtilmektedir. Fast food yanında tatlandırılmış gazlı içecekleri tercih etmek enerji yoğunluğu fazla olan bu besinlerinden daha fazla enerji alımına neden olmaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.1.3.1.1.2 Aşırı Yağlı ve Şekerli Besin Tüketimi

Aşırı yağlı beslenme tarzı ile bireyler tokluk hissine kavuşmadan sürekli yemek yeme arzusu içinde olmakta ve gereğinden fazla enerji alarak depolamaktadır. Özellikle fast food yiyeceklerin yağ içerikleri fazladır. Artan obezite prevalansı ile tüketilen karbonhidrat türü arasında kuvvetli ilişkinin olduğu ileri sürülmektedir. Basit şeker tüketimi ile obezite riskindeki artış ilişkilendirilmekte olup tatlandırılmış içecekler ve adipozite üzerinde de sıklıkla durulmaktadır. Özellikle çocukluk çağı obezitesiyle ilişkisi olan tatlandırılmış içeceklerin tüketiminin arttığı belirtilmektedir. Yüksek glisemik indeks ve yüke sahip besinlerin tüketimi ile artmış kronik hastalıklar ve özellikle obezite ilişkilendirilmektedir.

6.13.1.3.1.1.3 Öğün Atlama

Toplam enerji alımını kısıtlamak için birçok obez öğün atlamaktadır. Ancak açlık dürtüsü daha fazla besin alımına neden olmaktadır. Ayrıca öğün atlamak besinlerin termojenik etkilerini de azaltmaktadır. Bu yüzden toplam enerjinin ana öğünlere bölünerek tüketilmesi ve ara öğünler yaparak sık yemek yenmesi açlık hissinin baskılanması ve termogenezi arttırması açısından önemlidir. Özellikle en çok atlanan öğünün kahvaltı olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda ağırlık kaybetmek için kahvaltı öğünün atlanmasının etkili bir yol olmadığı bulunmuştur ve kahvaltı Öğünün kalitesi ile vücut ağırlığı ve obezite ile güçlü ilişkisi olan bel çevresi arasında ters yönlü bir ilişkinin olduğu bulunmuştur.

6.13.1.3.1.1.4 Yetersiz Sebze ve Meyve Tüketimi

Bugün Avrupa'da hayvansal yağ tüketimi artarken sebze ve meyve tüketiminde azalmalar görülmektedir. Ülkemizde okul çağı çocuklarında meyve ve sebze tüketiminin sorgulandığı TOÇBİ çalışma sonucuna göre ise her gün sebze ve meyve tüketen çocukların oranı sırasıyla %25.8 ve %31.1 olarak bulunmuştur. Meyve ve sebze tüketiminin obeziteye karşı koruyucu olarak önerildiği fazla kilolu bireylerde artmış sebze ve meyve tüketimi ile daha az ağırlık artışı ilişkili bulunmuştur.

6.13.1.3.2 Fiziksel Çevreye Bağlı Obezitenin Etmenleri

Son 30 yıldır fiziksel çevrede meydana gelen değişikliklerin obezite prevalansını arttırdığı görülmektedir. Bilgisayar teknolojinin ilerlemesi, çalışma koşullarının değişmesi, ev ve işyerlerinde mekanik yardımların olması, hayatı kolaylaştıran araçların kullanımının artması



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

vb. çevresel değişiklikler fiziksel aktivite alanlarını ve günlük enerji harcamasını azaltmıştır. Bunun yanında bireylerin boş zamanlarında fiziksel aktivite yapma oranları azalmıştır. Bunun yerine bilgisayar, televizyon, akıllı telefon ve video oyunlarının başında daha fazla vakit harcanmaya başlanılmış, bu durum ise direkt enerji harcanmasını azaltmıştır.

İnsan ürünü olan yapısal çevrenin fiziksel aktivite ve sağlıklı yeme davranışlarını hem engelleyebileceği hem de kolaylaştırabileceği belirtilmektedir.

6.13.1.3.3 Diğer Etmenler

Ailesel ve etnik faktörler: Ailesel ve etnik faktörler; besin seçimi, beslenme örüntüsü, aktivite düzeyini doğrudan etkileyerek obezite etiyolojisinde rol almaktadır. Enerji alımı ve harcanmasında bireysel, ailesel ve toplumsal farklılıklar vardır. Bu durumun kökeninde genetik faktörler yer alabileceği gibi kültürel alışkanlıkların da beslenmede önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Farklı etnik grupların toplam enerji alımı, öğün sıklığı, besin pişirmede kullanılan malzemelerdeki (baharatlar, yağlar vb.) farklılık bu durumu kanıtlamaktadır.

Kimyasal çevre: Kontrol edilemeyen endüstriyel üretim sonucu hava, su ve toprak kimyasallarla kirlenmekte, bireyler bu kimyasallara farkında olmadan maruz kalmaktadır. Kimyasalların da obezite ve tip 2 diyabete neden olduğu belirtilmektedir.

Stres: Başta duygusal stres olmak üzere farklı stres türleri obeziteye neden olabilmektedir. Duygusal stresin depresyona neden olduğu ve depresyon hastalarının önemli bir kısmında (%10-20) vücut ağırlığında artışın görüldüğü rapor edilmiştir. Ayrıca mevsimsel depresyonun bireylerde vücut ağırlığı artışına neden olduğu bilinmektedir. Bu depresyon türü özellikle kış aylarında güneş ışığından daha az faydalanan kuzey ülkelerinde sık görülmektedir.

Endokrin ve metabolik hastalıklar: Endokrin hastalıkların genellikle obezite nedeni olabileceği ileri sürülmektedir. Özellikle tiroit hastalıkları obeziteyle ilişki kurulmaktadır. Ancak tiroit hastalıklarından biri olan hipotiroidizm, obeziteye neden olmaktan çok vücut ağırlığı kaybında zorluğa neden olmaktadır. Bu hastalara uygulanan tiroit replasman tedavisi diyet ve egzersizin obezite tedavisindeki etkinliğini artırmaktadır. Endojen glukokortikoidlerin artışıyla karakterize bir hastalık olan Cushing sendromu endokrin obezitenin en yaygın nedenidir.

İntestinal mikrobiyota: İntestinal mikrobiyota farklı biyolojik yollarla vücuttaki metabolik olaylarda etkilidir. Mikrobiyotanın enerji homeostazını etkileyebileceği, son çalışmalarda gösterilmiştir. Etkili olan mekanizmalardan biri de diyetle alınan enerji yıkımını



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

artırmasıdır. Özellikle *Bacteroidetes* türü bakteriler besin öğelerinin emilimini düzenlerken, *Firmicutes* türü bakteriler yağ asitlerinin emiliminde etkilidir. Obezitede bu bakterilerin oranları değişmektedir, *Firmicutes* bakterilerin oranı artarken, *Bacteroidetes* bakterilerin oranı azalmaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.1.4 Obezite İle İlişkili Sağlık Riskleri

Obezite birçok hastalıkların oluşumu, ölüm hızlarının artışı, sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin düşmesi ile ilişkilendirilmekte olup özellikle getirdiği hastalık yükleri ile sağlık bakım hizmetlerinin artmasına neden olmaktadır. Fazla kilolu ve obez olan bireylerin %65'i zayıf bireylerden daha fazla ölüm oranına sahiptir. Her yıl yaklaşık 2.8 milyon kişi fazla kiloya ve obeziteye bağlı olarak ölmektedir. Bunlara ek olarak fazla kilolu olmak kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, kanser (meme, prostat, kolon, endometrium), tip 2 diyabet, osteoartrit, osteoporoz, gut, uyku apnesi, solunum yetersizliği, reflü, hiatal herni, karaciğer yağlanması, safra kesesi taşlarının görülme sıklığını arttırmakta, psikolojik, psikososyal sorunlar, uyku apnesi, genito-üriner sistem, deri enfeksiyonları gibi bazı sağlık sorunlarını oluşturmakta ya da seyrini ağırlaştırmaktadır.

6.13.1.5 Obeziteyle mücadele yöntemler ve multidisipliner yaklaşımlar, dünyadaki iyi uygulama örnekler ile derneğinizce yapılan çalışmalar nelerdir?

Obezite tedavisinde amaç, gerçekçi bir vücut ağırlığı kaybı hedeflenerek, obeziteye ilişkin morbidite ve mortalite risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu nedenle obezite tedavisinde kullanılan yöntemler 5 grup altında toplanmaktadır;

1. Tıbbi Beslenme (diyet) tedavisi
2. Egzersiz Tedavisi
3. Davranış değişikliği tedavisi
4. İlaç tedavisi
5. Cerrahi tedavi

Obezite tedavisi hekim, diyetisyen, psikolog ve fizyoterapistten oluşan bir ekip tarafından düzenlenmelidir.

6.13.1.6 Obezite Diyetisyenliği Derneği Olarak Yaptığımız Çalışmalar



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Obezite tedavisinde multidisipliner yaklaşımlar, gerek obezitenin oluşumunun önlenmesi gerekse tedavi basamaklarında başarı oranını artırmaktadır. Bu kapsamda farklı sağlık alanlarında hizmet veren uzmanların bilgi ve deneyim aktarımları interaktif eğitim yöntemleri kullanılarak aktarılacaktır. Dünyada ve ülkemizde sağlıksız beslenme uygulamaları giderek artmakta ve enerji yoğunluğu yüksek bir beslenme tarzı yaygınlaşmaktadır. Buna bağlı olarak ülkeler acil tedbir kararları almaktadırlar. Obezite ile mücadelede halkın bilinçlendirilmesi, beslenme plan ve politikalarının oluşturulmasında, ülke kaynakları israfının önlenmesinde, tüm bireylerin sağlıklı beslenmelerinin sağlanmasında, diyet tedavisinin kişiye özel beslenme modellerinin geliştirilmesinde diyetisyenlere önemli görevler düşmektedir. Bu bağlamda Diyetisyenlere;

7. ve II. *Obezite Diyetisyenliği Kursları* açılmış ve şişmanlığın tedavisinde uygulanan beslenme, davranış değişikliği ve ilaç tedavisi ile fiziksel aktivite ve cerrahi girişimlerle ilgili en güncel bilgiler anlatılmıştır.

Obezitenin önemli sonuçlarından biri olan diyabet ile ilgili olarak *Karbonhidrat Sayımı Kursu* açılmıştır.

Sağlık Bilimlerinde Beslenme ve Gıda Zirvesi gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda ev dışı yemek yemenin ayağı olan toplu beslenme hizmetlerinde kaliteyi yakalama çabasında olan beslenme ve gıda ile ilgili paydaşların hepsini bir araya getirmeyi hedefleyen bir zirve gerçekleştirdik ve güncel konulan bilimsel veriler, bilgi ve deneyimler ışığında paylaşarak tartışmak ve çözüm noktasında uygulanabilir öneriler gündeme getirilmiştir.

27-29 Ekim 2018 tarihlerinde Cumhurbaşkanlığı himayesinde Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü işbirliği ile İstanbul'da düzenlenen 5. Türk Tıp Dünyası Kurultayında "Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi" çalıştayında Dernek Bakanı Prof. Dr. Nevin ŞANLIER raportörlük yapmıştır.

Obezite konusunda farklı şehirlerde yapılan çeşitli kongre ve kurslarda Dernek Başkanı Prof Dr Nevin ŞANLIER konuşmalar, bilgilendirme yapmaktadır.

6.13.1.7 Obezitenin bariatrik cerrahi ile tedavisine karar verilmeden önce uygulanması tercih edilen tedavi yöntemleri ve nedenler ile istatistiki verileri nelerdir?



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Obezite tedavisi kompleks ve multi faktöriyel bir durum olduğundan tedavide amaç yalnızca vücut ağırlığındaki kaybın sağlanması değil aynı zamanda yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, komorbiditelerin tedavisi ve iyilik halinin sağlanmasıdır. Obezitenin tedavisinde temel olan obezitenin derecesi, eşlik eden hastalıklar, bireyin beslenme ve yaşam tarzının değerlendirilmesi, öncesindeki vücut ağırlığı kaybı girişimlerinin değerlendirilmesidir.

Bariatrik cerrahi yapılmadan önce uygulanması gereken tedavi yöntemleri şunlar olmalıdır;

6.13.1.7.1 Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi

Şişmanlık durumunda genetik faktörler kadar çevresel faktörler de etkilidir. Enerji alımının fazlalığı ve enerji harcamasının azlığı şişmanlığın oluşmasında en temel etkidir. Vücut ağırlığının düzenlenmesinde görev alan bazı hormonların yapısında ve işlevlerindeki bozulmalara bağlı olarak bireyin iştahı artabilmekte ve enerji dengesi bozularak şişmanlık görülebilmektedir.

Obezite tedavisinde tıbbi beslenme tedavisi anahtar rol oynamaktadır.

✓ Vücut ağırlığının, boya göre olması gereken ($BKİ= 18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$) düzeye indirilmesi hedeflenmelidir. Tıbbi beslenme (diyet) tedavisinin bireye özgü olduğu unutulmamalıdır. Başlangıçta belirlenen hedefler, bireyin olması gereken ideal ağırlığı olabildiği gibi, ideal ağırlığının biraz üzerinde de olabilir.

✓ Uygulanacak zayıflama diyetleri yeterli ve dengeli beslenme ilkeleri ile uyumlu olmalıdır. Amaç, bireye doğru beslenme alışkanlığı kazandırılması ve bu alışkanlığın sürdürülmesidir.

✓ Vücut ağırlığı boya göre olması gereken düzeye geldiğinde tekrar ağırlık kazanımı önlenmeli ve erişilen ağırlık korunmalıdır.

6.13.1.7.1.1 Obezite Tedavisinde Uygulanan Diyet İlkeleri

✓ Enerji: Bireyin günlük enerji alımı, haftada 0.5-1.0 kg ağırlık kaybını sağlayacak şekilde azaltılmalıdır. Birey yavaş ve uzun sürede zayıflatılmalıdır. Zayıflama diyetlerinde günlük enerji miktarının belirlenmesinde ilke; bireye harcadığından daha az enerji vermektir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Bireyin bazal metabolizma hızı (BMH) veya dinlenme metabolizma hızı (DMH) altında enerji verilmemelidir.

✓ Protein: Günlük enerjinin yaklaşık %12-15'i proteinden gelmeli ve daha çok kaliteli protein kaynaklarından yararlanılmalıdır.

✓ Yağ: Günlük enerjinin yaklaşık %25-30'u yağlardan sağlanmalıdır. Yağ miktarının yanı sıra kullanılacak yağ türü de önemlidir. Enerjinin doymuş yağ asidinden gelen oranı %10'un altında olmalı, çoklu doymamış yağ asidi %7-8, tekli doymamış yağ asidi %10-15 olacak şekilde belirlenmelidir.

✓ Karbonhidrat: Günlük enerjinin yaklaşık %55-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Şeker gibi basit karbonhidratlar azaltılmalı (günlük enerjinin < 10), yerine kurubaklagiller (nohut, mercimek, kuru fasulye vb.) tam tahıl ürünleri, bulgur vb. kompleks karbonhidrat içeren besinlerin tüketimi artırılmalıdır.

✓ Vitamin ve Mineraller: Zayıflama diyetlerinde düşük enerji içeriğine paralel olarak vitamin ve mineral (B grubu vitaminler, demir, kalsiyum vb.) yetersizlikleri görülebilir. Enerjisi çok düşük olmayan, besin öğeleri açısından dengeli diyetlerde, vitamin ve mineral yetersizliği söz konusu değildir.

✓ Posa: Zayıflama diyetlerinde posa miktarı arttırılmalıdır (25-30 g/gün). Sebzeler, meyveler, kurubaklagiller, tam tahıl ürünleri, kepekli un ve kepekli ürünler önerilen doğal posa kaynaklarıdır.

✓ Sıvı: Günlük en az 2-3 litre sıvı tüketilmelidir. Su başta olmak üzere, içecekler ve besinlerin içeriğinde bulunan görünür/görünmez su "sıvı" olarak tanımlanmaktadır. Su tüketimi günlük 8-10 su bardağı olmalıdır. Bununla birlikte bireysel farklılıklar ve aktivite düzeyi sıvı gereksinimini etkiler. Vücuttaki metabolizma atıklarının atılabilmesi için yeterli miktarda sıvı alınmalıdır. Yemek Öncesi, esnası ve sonrasında bol su içilmesi kabızlığın önlenmesinde oldukça etkilidir. Kabızlık bireyin ağırlık kaybetmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Sıvı tüketimi amacıyla şeker ilave edilmiş hazır meyve suları, gazlı içeceklerden vb. kaçınılmalıdır.

✓ Tuz: Diyetle tuz alımının 6 gramı aşmaması önerilmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.1.7.2 Obezite Tedavisinde Egzersiz Ve Davranış Değişikliği Tedavisi

Fiziksel aktivitenin artırılması hem obezite tedavisinde hem de kaybedilen ağırlığın korunmasında çok önemlidir. Genel olarak her yaştaki hasta için günde ortalama 30-45 dakika süren ve mümkünse haftanın her günü yapılan orta düzeyde bir fiziksel etkinlik önerilmektedir.

Obezite tedavisinin önemli basamaklarından birisi de yeme alışkanlığı ve yaşam tarzında davranış değişikliğinin sağlanmasıdır. Davranış değişikliği tedavisindeki amaç, yaşam boyu sürecek davranış değişikliğini oluşturmak ve böylece ağırlık kaybının korunmasını sağlamaktır.

Davranış tedavisinin basamakları şunlardır;

1. Kendini izleme (self-monitorization)
2. Uyarıcı kontrolü
3. Yeme davranışının kontrolü
4. Pekiştirme ve güçlendirme
5. Bilişsel yeniden yapılandırma
6. Doğru beslenme eğitimi
7. Fiziksel aktiviteyi artırma
8. Davranış sözleşmesinin yapılması
9. Erişilen ve/veya ideal kiloyu sürdürme yöntemleridir.

Davranış değişikliği tedavisinin, diyet tedavisinin bir parçası olması ve doktor, diyetisyen, fizyoterapist ve psikiyatrisi gibi meslek gruplarından oluşan bir ekip tarafından uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır. Sağlıklı ağırlık kaybı ve kaybedilen ağırlığın uzun süre korunmasında; diyet tedavisi, egzersiz programı ve davranış değişikliği tedavisinden oluşan üçlü kombine tedavi uygulaması daha başarılı sonuçlar vermektedir.

Obezite ve obezite ile ilişkili komorbiditelerin tedavisinde fiziksel aktivite ve beslenme gibi yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra farmakoterapi ve bariatrik cerrahi gibi tedavi yöntemleri de kullanılabilir.

Hasta diyet, fiziksel egzersiz, davranış modifikasyonu ve ilaçlar ile beklediği kiloyu veremediğinde bariatrik cerrahi devreye girmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.1.8 Cerrahi Tedavi

Obezitede cerrahi yaklaşım temelde ikiye ayrılır. Besinlerle alınan enerjinin azaltılmasına yönelik bariyatrik cerrahide hedef, besinlerin gastrointestinal sistemde emülmini azaltmaktır. Bu amaçla bypass, gastropласти, gastrik bantlama, gastrik balon vb. yöntemler kullanılır. Rekonstrüktif cerrahide ise amaç; vücudun çeşitli bölgelerinde lokalize olmuş mevcut yağ dokularının uzaklaştırılmasıdır. Bu tedavide eğer hasta obezite tedavisinin gereklerini yerine getirmezse yağ birikimi tekrar gerçekleşmektedir.

Obezite tedavisi için en güncel yaklaşımlar yaşam tarzı değişiklikleri (fiziksel aktivitenin artırılması, enerji kısıtlaması), psikososyal ve farmakolojik müdahale ile bariyatrik cerrahi içermektedir. Bariyatrik cerrahi; morbid obezitede ağırlık kaybının sağlanması ve uzun dönem ağırlığın korunmasında, tip II diyabet ve hipertansiyon gibi eşlik eden hastalıkların azalmasında ve yaşamın sağlıklı ilişkili kalitesinin artmasında en etkili yoldur. Bu etki fiziksel (anatomik) ve hormonal değişiklikler ile postoperatif enerji kısıtlamasıyla sağlanmaktadır.

6.13.1.8.1 Bariyatrik Cerrahide Hasta Seçimi

Dünya genelinde bariyatrik cerrahi endikasyonu için Ulusal Sağlık Enstitüsü (*National Institutes of Health-NIH*) tarafından 1991 yılında belirlenen kriterler esas alınmaktadır. Amerikan Metabolik ve Bariyatrik Cerrahi Derneğine (ASMBS) göre, beden kütle indeksi (BKİ) $>40 \text{ kg/m}^2$ veya BKİ'si $>35 \text{ kg/m}^2$ ve obezite ile ilişkili bir veya birden fazla komorbiditesi olan bireylere bariyatrik cerrahi seçenek olarak sunulabilmektedir. Diyet, fiziksel aktivite veya farmakoterapi gibi cerrahi dışı yöntemlerle etkili ve kalıcı vücut ağırlığı kaybı sağlanamayan bireyler için endikedir. Bireyin uzun süreli yaşam tarzı değişikliklerine uyumu iyi olmalıdır. Aile ve sosyal çevresi destekleyici olmalıdır. Hasta bariyatrik cerrahi hakkında iyi bilgilendirilerek gerçekçi beklentilere sahip olmalıdır.

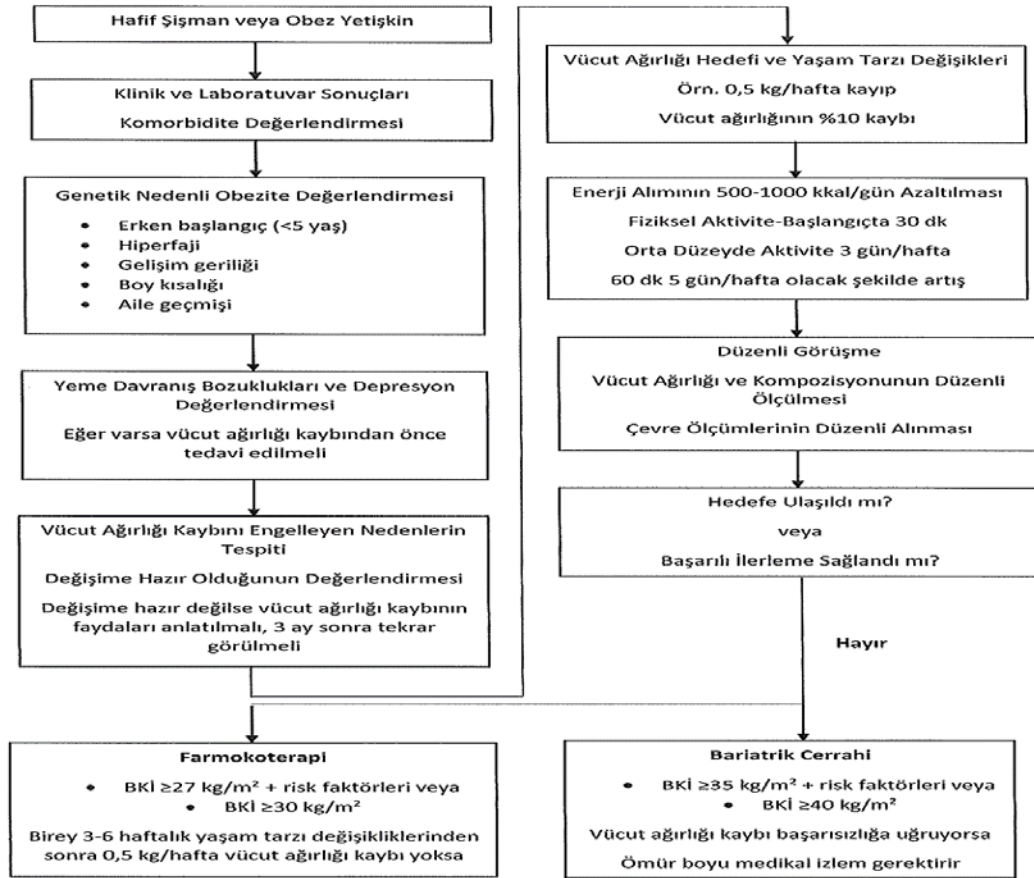
Yaşı 18'den küçük veya 60'dan büyük olan bireyler için bariyatrik cerrahi kontraendikedir. Tıbbi durumu cerrahi müdahale için risk oluşturan veya abdominal boşluğa ve bağırsaklara erişimin güvenli olmadığı hastalarda bariyatrik cerrahi uygulanmamalıdır. Ciddi kalp yetmezliği olan, koroner arter hastalığı stabil olmayan, son dönem akciğer hastalığı, yakın zamanda teşhisi konulmuş tümörü, portal hipertansiyonlu sirozu ve Crohn's hastalığı olan hastalarda bariyatrik cerrahi yöntemi oldukça risklidir. Psikiyatrik hastalığı olan ve kontrol altına alınamayan, tedavi edilemeyen şiddetli depresyonu olan bireylerde kontraendikedir. Alkol veya



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

madde bağımlılığı olan, cerrahi sonuçları ile ilgili gerçekçi beklentilere sahip olmayan bireylerde tercih edilmemelidir. Gebe, emzikli veya gebelik planlayan bireylerde 2 yıl içerisinde bariatrik cerrahi uygulanmamalıdır.

OBEZİTE DİYETİSYENLİĞİ DERNEĞİ (OBED) 06-104-189



Şekil 1. Hafif Şişman veya Obez Bireyler İçin Algoritma (Obesity, Bariatric and Metabolic Surgery A Practical Guide, 2016'dan uyarlanmıştır)

15



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.1.9 Obeziteyle mücadelede uygulanan tedavi yöntemlerinin yandaş hastalıklar açısından avantajları ve dezavantajları ile uygunluk bakımından değerlendirilmesi nasıldır?

6.13.1.9.1 Tıbbi beslenme tedavisi

Zaman almakla birlikte hiçbir dezavantajı bulunmamasının yanı sıra başta obezite olmak üzere pek çok hastalığın görülme riskini azaltırken, oluşumunu da Önlemektedir.

6.13.1.9.2 Bariatrik cerrahinin avantajları

Bariatrik cerrahi olgularına ait 20 yıla yakın uzun dönemli takip sonuçlarına göre obezite ile ilişkili neredeyse tüm komplikasyonlarda, tüm nedenlere bağlı ölümden, kanser insidansında, koroner arter hastalığı, tip 2 diyabet de azalma olduğu bildirilmiştir. Ayrıca uyku apne sendromu, osteoartrit gibi kısıtlayıcı sorunların giderilmesi sayesinde yaşam kalitesi açısından büyük faydalar elde edilebildiği, bariatrik cerrahi soması takiplerde pankreatik, renal, retinal, periferik sinir, kardiyovasküler, hepatik ve reproduktif fonksiyonların stabilize olduğu veya düzeldiği ifade edilmektedir.

6.13.1.9.3 Bariatrik cerrahinin dezavantajları

Kısa dönem komplikasyonları olarak, bariatrik prosedürlerle ilgili ilk 30 gün komplikasyonların anastomoz kaçağı, miyokardiyal enfarktüs ve pulmoner emboli komplikasyonları ve bunlara bağlı mortalite görülmektedir.

Uzun dönem komplikasyonları olarak ise peri-prosedür komplikasyonların dışında geri vücut ağırlığı kazanımı, anatomik komplikasyonlar, mikro besin ögesi yetersizlikleri gibi uzun dönem komplikasyon risklerinin olduğu vurgulanmaktadır. Cerrahi sonrası anatomik değişiklikler herni, ülser, dumping sendromu ve gastrik bantla ilgili komplikasyonlar oluşabilmektedir. cerrahların bu komplikasyonlara karşı dikkatli olması gerektiği ve bu sayede acil müdahale yapabilme şansının olabileceği bildirilmektedir. Genellikle malabsorptif prosedür sonrası meydana gelen mikro besin Ögesi yetersizlikleri nöropati, anemi, yara iyileşmesinde gecikme, saç kaybı gibi çeşitli semptomlar görülebilmektedir. Postoperatif dönemde meydana gelen komplikasyonlara ek olarak bozulmuş yeme kalitesi ve besin intoleransı bariatrik prosedürlerin birçok tipinde yaygındır. Prosedürle ilgili komplikasyonların dışında bariatrik cerrahi soması yaygın olarak nörolojik bozukluklar da görülebilmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.1.10 Obezite hakkında önemli görülen diğer hususlar nelerdir?

Obezite ve fazla kiloluk bireylere, topluma önemli dezavantajlara neden olmaktadır. Obezite hastalık, ölüm yükü ve sağlık bakım giderlerini arttırmakta, sosyal statüyü azaltarak eğitim girişimi ve iş imkânlarını azaltmaktadır. Obezitenin önlenmesi halk sağlığı açısından büyük önem taşımakta olup sağlıklı yaşam şeklinin sürdürülebilmesi ve geliştirilebilmesi açısından gerekmektedir. Obezite sorunu bireysel olmaktan çok toplumsal bir halk sağlığı sorunu haline gelmesi nedeniyle sorunun üstesinden gelmek için devlet, özel sektör, sivil toplum kuruluşları, medya ve uluslararası kuruluşlar arasında ilişkilerin güçlendirilmesi ve eylem planları ortak müdahalelerin olması gerekmektedir. Obeziteyi önlemek veya azaltmak için bireyi destekleyecek çevre koşullarının oluşturulması ve sağlıklı davranışların sürdürülebilmesi için gerekli plan ve politikaların gerçekleştirilmesi büyük yarar sağlayacaktır. Obezitenin tedavisinde doktor, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog birlikte ekip çalışması yapılmalıdır. Özellikle ister ilaç ister tıbbi beslenme ister cerrahi tedavi olsun tüm tedavi yöntemlerinde mutlaka diyetisyen kontrolü, tedavi ve takiplerinin yapılması gerekmektedir.

6.13.2 Türkiye Diyabet Vakfı

Türkiye Diyabet Vakfı'nın 8/5/2019 tarih ve 28 sayılı yazısı özetle aşağıdaki şekildedir.

Obezite ile Mücadele Yöntemleri ve Cerrahi Uygulamalardaki Malpraktis İddialarının Araştırılması ve Alınabilecek Önlemlerin Belirlenmesi Alt Komisyonu'nun çalışmaları kapsamında;

6.13.2.1 Obezite Nedenleri

Obezite gelişiminde genetik, epigenetik, fizyolojik, davranışsal, sosyokültürel ve çevresel pek çok faktör rol oynamaktadır. Bu faktörlere bağlı olarak enerji alımı ve enerji harcanması arasındaki denge bozulur ve obezite gelişim süreci başlar. Epidemiyolojik çalışmalarda ortaya konan risk faktörleri aşağıda özetlenmiştir:

- ✓ Dengesiz beslenme
- ✓ Fiziksel aktivite azlığı



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

- ✓ Cinsiyet (kadın)
- ✓ Eğitim düzeyi
- ✓ Medeni durum
- ✓ Gebelik sayısı
- ✓ Sigara ve alkol alışkanlığı
- ✓ Sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik düzey
- ✓ Genetik faktörler
- ✓ Obez bireylerin olduğu bir çevrede yaşamak
- ✓ Bazı ilaçların kullanımı; Antidepresanlar (Trisiklikler, mono aminoksidaz

inhibitörleri, paroksetin ve mirtazapin), bazı antipsikotikler, nöroleptikler ve lityum, bazı antidiyabetikler (insülin, sulfonilüreler, meglitinidler ve tiyazolidinedionlar), steroid hormonları, oral kontraseptifler vb. obezite riskini artırmaktadır.

Risk faktörlerine ek olarak bazı endokrin hastalıklar; Tip 2 Diabetes mellitus, PKOS (Polikistik Over Sendromu), hipotiroidi, Cushing sendromu, hipogonadizm, büyüme hormonu yetmezliği vb. obeziteye neden olabilmektedir.

Ayrıca Laurence-Moon Biedl Sendromu, Prader Willi Sendromu, Alström Sendromu, Leptin reseptör gen mutasyonları, Leptin eksikliği vb. genetik sendromlar obeziteye neden olabilmektedir. Obezite sıklığında son yıllardaki artışın başlıca nedenleri ise gelişen teknoloji ile birlikte, yaşam biçiminin kolaylaşması ve buna bağlı olarak fiziksel aktivitenin azalması, beslenme alışkanlıklarının kötü yönde hızla değişmesi sonucunda enerji alımının artmasıdır. Ayaküstü (fast-food) hızlı yenen sağlıklı besinler rafine karbonhidratlardan zengin, bitkisel liflerden fakir, aşırı yağlı, enerji-yoğun beslenme tarzı obeziteye yol açan en önemli faktördür.

6.13.2.2 Kişisel ve toplumsal zararları ve dezavantajları

Obezite, tedavi edilmediği takdirde yan etkileri ile yaşam süresini kısaltan, yaşam kalitesini bozan, doku ve organları olumsuz etkileyen kronik bir hastalıktır. Obezitede kardiyometabolik hastalık riski önemli ölçüde artar. Obezlerde karbonhidrat metabolizması normal olsa dahi, insülin direnci ve adipokinlerin artışına bağlı endotelial disfonksiyon, dislipidemi, hipertansiyon (HT) ve vasküler inflamasyon gelişebileceği unutulmamalıdır.

Obezitenin neden olabildiği belli başlı hastalıklar

Metabolik hastalıklar:



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Tip 2 Diyabet, Dislipidemi, Hipertansiyon, Gut hastalığı

Kardiyovasküler sistem hastalıkları:

Kalp yetersizliği, Koroner arter hastalığı, Periferik damar hastalıkları

Sindirim Sistemi hastalıkları:

Gastroözofageal reflü hastalığı, Hiatal herni, Kolelitiazis, Nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı, Siroz

Nörolojik sistem hastalıkları:

İnme, Subaraknoid kanama, Periferik ve tuzak nöropatiler

Solunum Sistemi:

Obezite-hipoventilasyon sendromu, Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS)

Genitoüriner Sistem:

Cinsel işlev bozuklukları ve hipogonadizm, obstetrik komplikasyonlar, Stres inkontinansı

Dermatolojik hastalıklar:

Akantozis nigrikans, Selülit, İntertrigo ve mantar enfeksiyonları, Lenfödem Kanserler (özellikle hormona özgü kanserler):

Meme, Kolon, Serviks, endometrium, Over, Safra kesesi, Böbrek, Prostat, Karaciğer,

Mekanik problemler:

Osteoartrit, Düşmeye eğilim

Psikososyal hastalıklar:

Depresyon, Anksiyete, İşsizlik, Sosyal izolasyon

Obezite ve neden olduğu tüm bu sorunlar sağlık harcamalarını artırır ve üretkenliği düşürür.

6.13.2.3 Obezite ile mücadele yöntemleri ve multidisipliner yaklaşımlar, dünyadaki en iyi uygulama örnekleri ve vakfımızca yapılan çalışmalar

Obezite ile mücadelenin en etkin yöntemi bireylerin daha obez olmadan korunmasıdır. Bu konuda farkındalığın artırılması amacıyla bireylerin, ailelerin ve toplumun eğitilmesi ve obezite önleme programlarının geliştirilmesi önemlidir. Birey ve toplum gerçeklerine uygun programlar geliştirilmelidir. Bu programlar mutlaka doğru beslenme(yeterli ve dengeli), fiziksel aktiviteyi özendirecek şekilde yaşam değişikliklerini içerecek şekilde planlanmalıdır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Obezite kalıcı tedavisi en zor olan hastalıklardan biridir. Obezite tedavisinde kilo vermenin yanı sıra, risk faktörleri ve eşlik eden hastalıkların bir bütün olarak ele alınması önemlidir. Obezite tedavisinin temelini tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivitenin artırılması ve davranış tedavileri oluşturur. İlaç tedavisi yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak ancak bazı özel durumlarda uygulanabilir.

İlaç tedavisi, yaşam tarzı değişikliklerine uymasına rağmen yeterli kilo kaybı sağlanamayan obezlerde veya BKİ>27 kg/m² olup en az eşlik eden bir hastalığı (diyabet, hipertansiyon, OSAS, dislipidemi vb.) olan kişilerde (tercihan endokrinoloji uzmanı tarafından) kullanılabilir. 6 ay içinde %5 kilo kaybı sağlayan ilaçlar tedavide etkin olarak kabul edilmektedir ve kronik obezite tedavisi için dünyadaki ilaç kurumları tarafından onaylanmaktadır.

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı izni olan ve obezitede kullanım endikasyonu olan 2 ilaç bulunmaktadır. Bunlar; Or..... ve Lirag.....tir. Her iki ilacın da uygun hastalarda etkinliği ve güvenirliliği gösterilmiştir.

Obezite tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Tedavi ekibinde diyetisyen, psikiyatrist, fizyoterapist vb. uzmanlar bulunmalıdır. Bu ekibin çalışma koşullarının uygun, ekipmanının yeterli ve eksiksiz; üyelerinin yetkin olması gerekmektedir. Obezite tedavisinin başarısı ekibin bilgi ve becerisine; hastanın tedavi öncesi, süresince ve sonrasında gösterdiği uyuma bağlıdır. Dünyada obezite tedavisinde en iyi uygulama örneği kabul edebileceğimiz bir ülke ve her yönüyle çok başarılı program maalesef yoktur. Ancak özellikle okul çağındaki çocuklara yönelik başarılı obezite önleme programları bulunmaktadır.

Türkiye Diyabet Vakfı olarak yürütmüş olduğumuz projelerde; "D-2020 Vizyon ve Hedefler Projesi", 34 kuruluşun katıldığı GAPDIAB ve DOĞU DİAB projeleri, T.C Cumhurbaşkanlığının himayelerinde yürütülen Diyabeti Durduralım Projesi, Ulusal Diyabet Kongresinde yaptığımız çalıştay uygulamaları (Prediyabet Çalıştay, NASH Çalıştay vb.), organizatör rolü oynadığımız vakfın yayınlarında ve desteklediğimiz ulusal ve uluslararası çalışmalarda diyabetin yanı sıra obezitenin farkındalığını, yaşam tarzı değişikliklerinin ve kilo vermenin kardiyovasküler riskler üzerine olumlu etkisinin önemini vurgulamaktayız.

6.13.2.4 Obezitenin bariatrik cerrahi ile tedavisine karar verilmeden önce uygulaması tercih edilen tedavi yöntemleri ve nedenleri ve istatistiki veriler



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Çalışmalar yaşam tarzı değişiklikleri ve farmakoterapi ile elde edilen kilo kaybının ortalama %10-15 oranında olduğunu ortaya koymaktadır. Bu oranda kilo kaybı bile bir çok obeziteye eşlik eden hastalıklarda iyileşmeye neden olabilmektedir. Daha fazla kilo kaybı hedeflenen veya kalıcı kilo kaybı sağlanamayan durumlarda bariyatrik cerrahi (BC) yöntemlerinin kullanılması gündeme gelmektedir. Dünyada ve ülkemizde obezite tedavisinde son yıllarda obezite cerrahisi giderek artan sıklıkta yapılmaktadır. Ancak bu artışla beraber birçok endikasyon dışı ve etik olmayan uygulamalar da yapılmaktadır. Bu nedenle bu tür operasyonlarda multidisipliner yaklaşım, uygun hasta seçimi, yeterli preoperatif değerlendirme ve yakın postoperatif takip gerektirmektedir.

Bariyatrik cerrahi planlanırken hastalar cerrahi endikasyonlar ve kontrendikasyonlar açısından ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir. Hastalara yapılacak cerrahi yöntem ve yaşanabilecek postoperatif dönemdeki sorunlar ve süreçler açısından detaylı bilgiler verilmelidir. Hastaların diğer tedavi seçenekleri ile hedefe ulaşamayacağından emin olunması gerekir. Cerrahi kararı vermeden önce hastaların en az 6 ay boyunca bir endokrinoloji birimi tarafından takip edilmesi önerilmektedir. Uygun cerrahi prosedürün seçiminde hastanın mevcut komorbid hastalıkları, tercihi ve merkezin deneyimi göz önünde bulundurulmalıdır.

6.13.2.5 Bariyatrik cerrahi endikasyonları:

BKİ > 40 kg/m² olması (obezite ilişkili bir komorbidite olması şartı yoktur; cerrahi tedavinin risk artışına neden olmaması gerekir)

BKİ > 35 - 40 kg/m² arası ve obezite ile ilişkili tip 2 DM, hipertansiyon dislipidemi, uyku-apne sendromu vb. en az 1 komorbiditenin eşlik ediyor olması

BKİ 35 kg/m² altında olan ve herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan olgular için yeterli kanıt olmadığından bu gruba rutin olarak cerrahi tedavi önerilmemektedir.

6.13.2.6 Bariyatrik cerrahi kontrendikasyonları:

Ciddi gastrointestinal hastalıklar, aktif kanser, dekompanse kalp ve akciğer hastalığı, portal hipertansiyonun eşlik ettiği ileri karaciğer hastalığı, pulmoner hipertansiyonun eşlik ettiği kontrol altında olmayan uyku apne sendromu, ciddi hematolojik veya otoimmün hastalıklar BC açısından kontrendikasyon oluşturmaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Yüksek tıbbi risk, hastanın yapılacak işlemi anlamaması, gerçekçi olmayan beklentiler, çözümlenemeyen psikolojik/psikiyatrik hastalık, madde kullanımı/alkolizm varlığı durumlarında da BC yapılmamalıdır. On sekiz yaş altı, 65 yaş üstü hastalarda bu tür operasyon relatif kontrendikasyon olarak kabul edilmekte ve önerilmemektedir.

Literatürde bariyatrik cerrahi sonrası uzun dönem 20 yıla yaklaşan takip sonuçları bildirilmektedir. Bu literatürlerde hastaların bir süre sonra kilolarının geri döndüğü, obeziteye eşlik eden yandaş hastalıklar ve komplikasyonların tekrar oluştuğu bildirilmektedir.

6.13.2.7 Obezite ile mücadelede uygulanan tedavi yöntemlerinin yandaş hastalıklar açısından avantajları ile uygunluk bakımından değerlendirilmesi

Bariyatrik cerrahi operasyonlarında iyi seçilmiş hastalarda kilo verme, total mortalite oranı, kardiyovasküler risk, diyabet, stroke ve hipertansiyon oranlarında azalma bildirilmiştir. Ancak bununla birlikte Bariyatrik Cerrahi operasyonlarında Cerrahi operasyonun yöntemine göre değişen komplikasyonlar görülmektedir.

Bunlar;

- ✓ Sindirim sistemi emiliminde bozukluklar ve öncelikle protein eksiklikleri
- ✓ Safra ve Böbrek taşları
- ✓ Osteomalazi ve Osteoporoz
- ✓ Gastroözofageal Reflü
- ✓ Dumping Sendromu / Hipoglisemi atakları
- ✓ Wernicke Ensefalopati

Özellikle son yıllarda bariyatrik cerrahi operasyonları çok yaygın ve ehliyetsiz kişiler tarafından yapılması nedeniyle Tıp Fakültesi kliniklerine çok sayıda mağdur olmuş hasta başvurmaktadır. Asıl önemli sorun, bir süre sonra hastanın hem kilo hem kiloya eşlik eden hastalıkların geriye dönmesidir.

6.13.2.8 Obezite hakkında önemli görülen diğer hususlar

Obezite son yıllarda sağlığımızı tehdit edecek düzeyde artmaktadır. Bunun en önemli nedeni beslenme tarzımızın ve yaşam tarzımızın olumsuz yönde değişmesidir. Dolayısı ile



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

tedavinin de merkezini beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri oluşturmaktadır. Yaşam tarzı değişikliklerinin yerine koyabileceğimiz başka bir tedavi yoktur. Obezite oluştuktan sonra tedavisi oldukça zordur ve çoğu durumda kalıcı olmamaktadır. Kaynakların öncelikle obezitenin gelişmesinin önlemesine yönelik projelere ve yaklaşımlara ayrılması lazımdır.

Medikal ve cerrahi seçenekler mutlaka seçilmiş hastalarda, diğer seçenekler tek başına başarısız olduğu durumlarda düşünülmelidir.

Bariatrik cerrahi operasyonlarının kilo kontrolü ameliyatı olduğu ancak 'diyabet cerrahisi' diye bilimsel kuruluşlar tarafından kabul edilen bir cerrahi yönteminin olmadığı bilinmelidir. Kilolu tip 2 diyabetli hastalarda olumlu etkileri olabilmektedir.

Tip 1 diyabetli hastalarda ve obez olmayan tip 2 diyabetli hastalarda yapılmamalıdır. Hastalar cerrahi öncesi Obeziteye neden olabilecek hipotiroidi, Cushing sendromu gibi endokrinolojik hastalıklar ve sendromik obeziteler açısından değerlendirilmeli endokrinoloji uzmanı görüşü alınmalıdır.

6.13.2.9 Sonuç

Bu ameliyatlar mutlaka deneyimli merkezlerde uzman ekipler tarafından son seçenek olarak yapılmalıdır. Operasyon sonrasında endokrinoloji ve diyet uzmanlarının da bulunduğu deneyimli merkezlerde yakın takip edilmelidir. Aksi takdirde erken ve geç dönemde pek çok, bazıları hayatı da tehdit edebilen komplikasyonlara maruz kalılabilmektedir.

6.13.3 Türkiye Diyetisyenler Derneği

Türkiye Diyetisyenler Derneği'nin 30/1/2019 tarih ve 7 sayılı yazısı uyarınca Metabolik ve Bariatrik cerrahi Diyetisyenliği derneğinin hazırlamış olduğu obezite raporuözetle aşağıdaki şekildedir.

6.13.3.1 Obezite Raporu

Vücut yağ oranının artması ve davranış, endokrin- metabolik değişikliklerle karakterize, kompleks multifaktöriyel bir hastalıktır. Yüksek morbiditesi ve mortalitesi olan ciddi bir hastalıktır. Birçok kronik hastalık için, major risk faktörüdür. Obezite günümüzde kronik bir hastalık olarak sınıflandırılır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Obezite görülme sıklığı, tüm dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de dramatik bir şekilde artmaktadır. Türkiye'de yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalansı 1 (TURDEP 1) ve TURDEP II anketleri 2002 ve 2013 yıllarında yapılmıştır ve bu geçen yaklaşık 12 yıl içerisinde Türkiye'de obezite prevalansının ortalama %40 arttığı görülmüştür. Artış kadınlarda %34 iken erkeklerde %107 olarak saptanmıştır. Obezite epidemisinin toplumsal olarak yaygınlaşması toplum sağlığı açısından da bir ciddi bir tehdit unsurudur.

6.13.3.1.1 Obezitenin Kişisel ve Toplumsal Zararları

Obezite birçok hastalığın oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bu hastalıklar aşağıda sıralanmıştır. Obezite ile birlikte görülen bozukluklar:

- ✓ Hipertansiyon
- ✓ Tromboembolizm
- ✓ Pulmoner yetersizlik
- ✓ Ani ölüm
- ✓ Venöz dolaşım bozukluğu
- ✓ Koroner kalp hastalığı
- ✓ Diyabetes mellitus
- ✓ Kanser (endometrium, kolon, meme, vb.)
- ✓ Hipertrofik kardiyomiyopati
- ✓ Osteoartrit
- ✓ Dermatolojik problem (mantar vb.)
- ✓ Kolelitiazis
- ✓ Ödem ve hipostasis
- ✓ Enfeksiyonlara yatkınlık
- ✓ İnfertilite
- ✓ Psikososyal bozukluklar
- ✓ Uyku bozuklukları
- ✓ Hiperlipidemi
- ✓ Ameliyat riskinde artma
- ✓ Polikistik over sendromu



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.3.1.2 Obezitenin genel sağlık üzerindeki etkileri:

Obez kişilerde, genel popülasyona göre;

- ✓ Safra kesesi hastalıkları 6 kat,
- ✓ Hipertansiyon 5.6 kat,
- ✓ İnsülin direnci, metabolik sendrom, Tip -2 diyabet 5.4 kat,
- ✓ Hiperkolesterolemi 2.1 kat,
- ✓ Osteoartrit 2 kat daha sık görülmektedir.
- ✓ Endometrium, safra kesesi, over, meme, prostat ve kolorektal karsinoma bağlı mortalite oranları artmaktadır.
- ✓ Obezlerde venöz staz ve solunum problemleri de sıklıkla görülmektedir

6.13.3.1.3 Obezitenin Toplumsal Zararları

Fazla kilolu ve obez olmaya bağlı tahmini ölüm oranı, 2010 yılında 3,4 milyon civarındadır. Obezitenin sağlık üzerine olan olumsuz etkileri, sağlığa daha çok bütçe ayrılmasına neden olmaktadır. Bu da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve özel sigorta şirketlerinin sağlık harcamalarını artırmaktadır. Obeziteye bağlı olarak yiyecek ve içecek tüketimleri artmaktadır. Bu durum, ülkemizde ve dünyada daha çok üretim yapılmasını gerektirecektir. Tarım ve hayvancılık alanları bir süre sonra yetersiz hale gelecektir. Tarım ve hayvancılık açısından, kaynak sorunları yaşanmaya başlanacaktır. Obez bireyler toplumdan dışlanmaktadır. Birey hem kendisi topluma çıkmak istememekte, hem de toplum tarafından rencide edilmektedir. Bu her iki durum da, sosyal problemlere neden olmaktadır. Obeziteye bağlı olarak üreme sorunları yaşanmaktadır. Çocuk sahibi olamayan obez bireyler psikolojik, toplumsal ve bireysel sorunlar yaşamaktadırlar. Obez bireyler normal bireylere göre daha sedanterdirler ve mental kapasiteleri daha düşüktür. Bu nedenle de çalışma kapasiteleri daha azdır. Daha zor hareket ederler. Bu durumlar da, şirketler ve ülke ekonomisi açısından sosyal ve ekonomik kayıptır. Obeziteye bağlı olarak daha çok yemek yenilmesi, daha çok karbondioksit salınımına neden olur. Bu salınımın artmasının, iklim değişikliklerine neden olacağı öngörülmektedir.

Obezite Tedavisi Obezitenin tedavisiyle bilinçli kilo verilmesi, obeziteye bağlı mortalite oranını azaltmaktadır. Obezite tedavisi iki şekilde yapılmaktadır.

1. Medikal tedavi



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**

2. Cerrahi tedavi

Medikal tedaviyi diyet, davranış değişikliği, düzenli fiziksel aktivite, farmakoterapi (ilaçlar, hormonlar) oluşturmaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.3.1.4 Kimler için tedavi gerekir?

Vücut kitle indeksi 25-29.9 arasında ise, 50 yaşın altında ve hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemi riski varsa; VKİ 30'un üzerinde ise mutlaka obezite tedavi gereklidir.

Obezitenin tedavi yöntemleri

- ✓ Yaşam tarzı modifikasyonu
- ✓ Beslenme şekli ve enerji alımının düzenlenmesi
- ✓ Davranış değişikliği tedavisi
- ✓ Ağırlık kaybı ve kontrolü için, fiziksel aktivitenin artırılması
- ✓ Kaybedilen ağırlığın korunması
- ✓ Farmakolojik tedavi
- ✓ Metabolik ve bariatrik cerrahi tedavi

Obezite tedavisinde;

Beslenme tedavisi ve egzersizin davranış değişikliği tedavisi ile birlikte kullanıldığı “kombine tedaviler”, ağırlık kaybını sağlamada ve kaybedilen ağırlığın korunmasında büyük başarı sağlamaktadır. Vücut ağırlığında yapılacak %5-15 oranındaki azalmaların başarı olduğu, ilk 6 ay içinde ağırlığın %10 azaltılmasının iyi bir hedef olduğu gösterilmiştir. Beslenme tedavisinin amacı, vücut ağırlığını arzulanan düzeye indirmektir. Arzulanan düzey ise olması gereken ağırlık ile ideal ağırlığın üzerinde bir ağırlık olarak belirlenmiştir. Besin ögesi gereksinimlerini yeterli ve dengeli olarak karşılamak, yanlış beslenme alışkanlıkları yerine doğru beslenme alışkanlıkları kazandırmak, vücut ağırlığı arzulanan düzeye geldiğinde tekrar kilo alımını engellemek ve sürekli bu düzeyde tutmaktır.

Multidispliner Yaklaşımlar

Obezitenin medikal tedavisinde endokrinolog, kardiyolog, psikiyatrist, dahiliye, göğüs hastalıkları, fizik tedavi, diş hastalıkları hekimi, diyetisyen, hemşire, psikolog, fizyoterapist, egzersiz uzmanı ve gerektiğinde diğer sağlık branşları yer almalıdır.

Metabolik ve Bariatrik Cerrahi

Obezite çok yönlü kronik bir hastalık olması nedeniyle multidispliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Obezite ile mücadelede, uzman doktorlar, diyetisyenler, spor eğitmenleri ve fizyoterapistler, psikologlar bir arada çalışmalı ve obeziteyi mümkün olduğunca etrafli bir şekilde ele almalıdırlar. Dünya genelinde özellikle obezite tedavisinin yapıldığı merkezlerde



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

obezitenin tedavisi için gerekli bütün disiplinler aynı çatı altında bulunmaktadır ve iş birliği içerisinde hep beraber hastalar ele alınmaktadır. Örneğin Amerika'da, hekim tarafından muayene edilip bariatrik cerrahi açısından uygun olduğuna karar verdikten sonra ameliyat olmadan önce her hastanın en az altı ay boyunca psikolog ve diyetisyen tarafından takip edilmeleri zorunludur ve gerektiğinde diyetisyen, hastanın ameliyat olmaması yönünde geçerliliği olan bir görüş beyan edebilme hakkına sahiptir. Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Diyetisyenliği Derneği (MBCDD) olarak amaçlarımız arasında toplumu obezite ve obezite cerrahisi hakkında bilgilendirmek, ameliyat öncesi ve sonrası yanlış uygulamalar olmaması için meslektaşlarımızı bilgilendirmek ve gerekli eğitimler vermek bulunmaktadır.

Obezite tedavisinde; diyet, egzersiz veya fiziksel aktivitenin artırılması, davranış değişikliği, ilaç tedavisi gibi yöntemlerin biri veya birkaçı uygulanmaktadır. Bu tedavilerden yarar göremeyen ve VKİ 40 kg/m² veya VKİ'si 35 kg/m² ayrıca obeziteye bağlı iki yandaş hastalığı olan morbid obezlere bariatrik cerrahi ameliyatı önerilmektedir.

Medikal tedavi ile ancak %10 oranında kilo kaybı oluşurken, hastaların %95'i diyet öncesindeki kilolarına geri dönmektedir.

17 yıllık süre içinde yapılan 3 büyük konsensus toplantısı sonucuna göre; "morbid obez hastalara uygulanan cerrahi dışı tedavilerin başarı şansı çok düşüktür". Hastaların çoğunda cerrahi dışı yaklaşımlarla kabul edilebilir derecede kilo kaybı sağlansa da, en büyük handikapın azaltılmış vücut ağırlığının sürdürülmesindeki başarısızlık olduğu bildirilmiştir.

Bariatrik cerrahi son yetmiş yıldır endüstriyel gelişime paralel olarak gelişmiş ve cerrahi pratiğinin en önemli branşlarından biri olmuştur. Günümüzde morbid obezite ve yandaş hastalıklarının tedavisinde, diyet ve egzersizin beklenen kilo kayıplarını sağlamadığı durumlarda bariatrik cerrahi tedavisi, altın standart olarak kabul edilmektedir. Bariatrik cerrahinin en önemli hedefleri; kilo kaybının oluşması, yaşam kalitesinin iyileşmesi, komplikasyon oranının azaltılması, maliyet etkinliği ve düşük mortalite oranının sağlanmasıdır. Bu hedeflere ulaşabilmek için de ameliyata alınmadan önce hastanın, bariatrik cerrahi ekibi tarafından; beslenme alışkanlıklarının, beslenme ve klinik durumunun çok iyi değerlendirilmesi, yeme davranış bozukluklarının tespiti için psikolojik bir değerlendirmeden geçirilmesi ve ekiple birlikte bir ömür boyu takip edilmeleri gerekmektedir. Ekibin önemli üyelerinden olan "diyetisyen" tarafından, yaşam boyu fiziksel aktivitenin, hastalara uygun beslenme tedavisinin ve beslenme desteklerinin planlanıp, hayata geçirilmesi sağlanmalıdır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Cerrahi sonrası sorun yaşayan kilo veremeyen hastalar genellikle ameliyat oldukları merkez ile iletişimi kesen ve takipten çıkan hastalardır. Bariatrik cerrahi sonrası, başarılı kilo kaybı ve verilen kilonun korunması için yaşam boyu fiziksel aktivite ve beslenme davranışının düzenlenmesine gereksinim olduğu vurgulanmıştır.

6.13.3.1.5 Bariatrik cerrahinin tanımı, tarihçesi ve uygulanan yöntemler

Tanımı: “Bariatric” Yunanca bir kelimedir. Baros; ağırlık, iatrike; tedavi demektir. Bariatrik cerrahi aslında ilk olarak metabolik cerrahi olarak tanımlanmıştır. İkinci dünya savaşı sonrasında başlayan ve ancak 60-70 yıllık bir süreci kapsayan bir zaman aralığıdır.

Uygulanan yöntemler: Bariatrik cerrahi yöntemleri kısıtlayıcı, emilimi bozan ve kombine yöntemler olarak üçe ayrılmaktadır:

1) Kısıtlayıcı yöntemler; LAGB, LASGB, VBG, LSG, SG ve mideye balondur.

2) Emilimi bozan yöntemler; BPD ve JIB’dir.

3) Kombine yöntemler; RYGB ve DS’dir. Tüm restriktif, malabsorbtif ve kombine yöntemler altı adet ana operasyonun modifikasyonlarıdır. Ayrıca kısıtlayıcı ve malabsorptif yöntemlerin evrenmesi söz konusudur. Gerekli takdirde DS ile BPD (BPD/DS) birlikte uygulanabilmektedir. Redo cerrahi ile yöntemler birbirine dönüştürülebilmektedir. Obezite Cerrahisi Uluslararası Federasyonu (IFSO) 2011’de; bir değerlendirme analizi yayınlamıştır. Bu analizde; Brezilya cerrah ve hasta sayısı ile ilk, Amerika/Kanada ise 2. sıradadır. Türkiye’de ise aynı yıl toplam 301 vakanın 22 bariatrik cerrah tarafından yapıldığı bildirilmiştir. Ancak 2016 yılı itibarıyla bu sayılar net bilinmemekle birlikte oldukça artmıştır. Tüm dünyada yaygın olarak uygulanan yöntemler ve oranları; RYGB %46.6, LSG %27.8, ayarlanabilir stomalı mide bandı (LASGB/LAGB) %17.8 ve BPD/DS %2.2 olarak belirtilmiştir.

6.13.3.1.6 Bariatrik Cerrahi Öncesi ve Sonrası Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi ve İzlemi

Bariatrik cerrahide beslenme durumunu değerlendirdikten sonra tedavisini planlarken işe, interdisipliner değerlendirmeyi kapsayan bir izlem den yola çıkılması gereklidir. Morbid obezite tedavisi bir ekip işidir. Ekip: obezite cerrahı, hemşire, beslenme veya obezite ile uğraşan iç hastalıkları uzmanı, tıbbi danışmanlar, psikolog, psikiyatrist, anestezi uzmanı, endokrinolog,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

beslenme konusunda uzman hekim, tıbbi uyku uzmanı, kardiyolog, gastroenterolog, fizyoterapist ve ofis personelinden oluşmalıdır. Ekibin üyesi diyetisyen tarafından, hastaların bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası beslenme durumunun değerlendirilmesi ve ameliyat sonrası dönemde beslenme desteği için diyet danışmanlığı yapması, beslenme durumlarının takibi, başarının artması için, Amerikan Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği (American Society for Metabolic & Bariatric Surgery) (ASMBS))’nin rehberine göre gereklidir.

Bariatrik cerrahiye aday hastaların “ameliyat öncesi eğitim” sürecinden geçmesi gereklidir. Bu süreçte hastaya, ameliyat hakkında bilgi verilmeli, ameliyatın kilo verme üzerine etkisi, mekanizması anlayabileceği bir şekilde açıklanmalıdır. Hastanın ameliyattan yüksek beklenti içerisinde olması çok sık rastlanan durumlardan biridir. Bu durum göz önünde bulundurularak ameliyat öncesi verilen eğitimler sırasında, hastanın ameliyattan beklentisi sorgulanmalı ve beklenti düzeyi yüksek ise karşılanabilir bir boyuta çekilmelidir. Aksi takdirde ameliyattan sonra hastanın memnuniyeti düşebilir ve hasta, ameliyatın gerektirdiği gibi bir yaşam tarzından bu memnuniyetsizlik nedeniyle uzaklaşabilir. Hasta, geçireceği ameliyatın yöntemi ne olursa olsun ameliyattan sonra beslenmesine dikkat ederek ve “sağlıklı beslenme” alışkanlıklarını hayatına geçirerek, verilen kiloları koruyabileceğini, uzun vadede başarılı olabileceğini bilerek ve bu sorumluluğu alarak ameliyata girmelidir.

Planlanan bariatrik yöntemin tipine göre, hastanın kemik yoğunluğu, vücut içeriği ve dinlenme halindeki enerji tüketimine göre, diyetisyen uygun diyeti planlamalıdır. Hastanın diyetisyenle iletişimi, cerrahi tedaviden en az 3 ay önceye başlamalıdır. Ameliyat sonrası erken dönem (özellikle üç. ay) diyetlerini geliştirirken, hastanın beslenme hedeflerine ulaşmada sorunlar yaşadığında, periyodik olarak danışmanlık hizmetine devam etmelidir.

Ameliyat öncesi diyetisyenle birlikte, kilo kaybeden hastalar, kilo kaybı sonuçlarını daha uzun dönemli görebilmektedirler. Uluslararası rehberler, bu konuda kesin bir diyet tedavisi şekli önermemektedir, fakat yapılan araştırmalarda, bariatrik cerrahi öncesi 1 ila 8 hafta arası uygulanan kalorisi kısıtlanmış diyetlerle, hedeflenecek fazla kilo miktarına göre %5’lik kayıp ya da toplam vücut ağırlığına göre %10’luk kaybın; hastaların karaciğerin boyutunda, visceral yağların azalmasında, kardiyovasküler riskte, inflamasyonda, tromboembolik riskte, serum glikozunda ve obstrüktif uyku apne sıklığında azalmaya neden olduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda ameliyat öncesi dönemde verilecek fazla kilonun %1’inin, ameliyattan bir yıl



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**

sonra verilen kilo miktarında %1.8 oranında artış sağladığı gösterilmiştir. Son meta-analiz çalışmaları, ameliyat öncesi kilo kaybının zorunlu olduğunu bildirmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.3.1.7 Cerrahi sonrası beslenme tedavisi

✓ Cerrahi sonrası diyet, doku iyileşmesini ve hastanın besin ihtiyaçlarını karşılamalıdır.

✓ Cerrahi sonrası erken aşamalarda enerji belirlenmez veya vurgulanmaz.

✓ Hastanın;

- Yeterli hidrasyonun sağlanması, sürdürülmesi,
- Protein hedeflerine ulaşılması,
- Diyetin yeterli, dengeli ve çeşitliliğinin sağlanmasına,
- Fiziksel aktiviteye odaklanmak daha önemlidir.

Ameliyat öncesi ve sonrası; antropometrik ve biyokimyasal ölçümleri yapılmalı, aktivite düzeyi ile psikososyal durumu izlenmeli, kullandığı ilaçlar takip edilmeli, gerekliyse vitamin/mineral destekleri verilmeli, protokole uyması sağlanmalı, obeziteye neden olmayacak şekilde yiyeceklerinin içeriği tanıtılmalı ve hastaya uygun diyet programı hasta ile birlikte düzenlenmeli ve belirlenen periyotlarda hastaların takibi yapılmalıdır. Cerrahinin uzun süreli ve başarılı bir sonuç vermesi; hastanın ömür boyu beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerine bağlıdır. Bunların başarılmasında, bariatrik cerrahi ekibi ile hareket edilmelidir. Cerrahi sonrası her hasta uygun beslenme alışkanlığını hedefleyip geliştirebilmek için bir ömür boyu diyetisyen tarafından diyetinin kontrolü sağlanmalıdır. Beslenme durumunun saptanmasında, biyokimyasal parametrelerden, vitamin (vit.) B1 (tiamin), vit. B2 (riboflavin), vit. B12 (kobalamin), folat, demir, çinko, vit. A, D, E, K ve protein düzeyleri sürekli olarak izlenmelidir.

6.13.3.1.8 Bariatrik cerrahi sonrası beslenme sorunları

Bariatrik yöntemler hem makro, hem de mikro besin öğeleri eksikliği açısından risk teşkil etmektedirler. Emilim dengesinin bozulması ve bariatrik yöntemlerin etkisiyle protein, yağlar ve yağda eriyen A, D, E, K vitaminleri, demir ve kalsiyum, vit. B'lerin (B1, B6, B12 ve folik asit) 7 emilimlerinde yetersizlikler görülebilmektedir. Önlenemediği takdirde bu yetersizlikler, diyetle bağlı olarak uzun sürede gelişen komplikasyonlara zemin hazırlamaktadırlar. Beslenme programına uyulmadığı takdirde de; dehidratasyon, bulantı ve kusma, dumping sendromu, bazı yiyeceklere karşı oluşan intoleranslar şeklinde diyetle bağlı kısa süreli komplikasyonlar oluşabilmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Eksikliği oluşan mikro besin yetersizliklerinin önlenmesi için ASMBS'nin 2013 klavuzunda bariatrik cerrahi sonrası rutin eklenmesi önerilen besin öğeleri belirtilmiştir.

6.13.3.1.9 Bariatrik cerrahi sonrası yeme davranış değişiklikleri

Bariatrik cerrahi operasyonu öncesi ve sonrası yeme bozuklukları ve problemli yeme davranışları, cerrahi sonrası tedavi sonuçlarını yakından etkilemektedir. Ameliyat sonrası ortaya çıkan yeme davranış bozuklukları kilo kaybını engelleyen ve hatta tekrar kilo alımına neden olan sorunlardan biridir. Bunlardan en sık karşılaşılanlar: Tıkınırcasına yeme davranışı (binge eating disorder-BED), blumia nevroza, anoreksiya nervoza, gece yeme sendromu, sürekli atıştırma (Grazing), plansız atıştırma (Picking ve Nibbling), duygusal yeme durumu, tatlı yeme, aşırma, yemek bağımlılığı, kusma ve tıkanmadır. Bariatrik cerrahi sonrası iki seneye kadar BED yeme bozukluğunun ortaya çıkması, kilo kaybını engelleyen ve hatta tekrar kilo alımına sebep olan sorunlardan biri olarak kabul edilir. Duyulan güvensizlik ve endişe, bu yeme bozukluğu ve duygu regülasyonu üzerine etkilidir. Cerrahi öncesinde hastaların psikolojik bir değerlendirmeden geçmesi, bununla ilintili olarak yukarıda belirtilen ve benzeri yeme bozukluğu davranışı sergileyen hastaların ameliyat sonrası da yine psikolojik takiple destek almaları keyfiyeti, ameliyattan sonra hastayı başarıya götürecek etmenlerden biri olarak kabul edilmelidir.

6.13.3.1.10 Beslenme programının düzenlenmesi

Bariatrik cerrahi sonrası beslenme programı düzenlenirken - hangi cerrahi yöntemin uygulandığına bakılmaksızın - beslenme alışkanlığının değiştirilmesi, enerji değeri düşük besinlerin tüketilmesi ve besin çeşidinin değiştirilmesi, uyumu, yoğunluğu ve hacmi gözönüne alınmalıdır.

6.13.3.1.11 Bariatrik cerrahide beslenme desteği:

Bariatrik cerrahi sonrası hastalar, diyetisyenler tarafından düzenlenmiş çok aşamalı diyetleri kullanmak durumundadırlar.

6.13.3.1.12 Bariatrik cerrahi sonrası protein gereksinimi:

Cerrahi sonrası hastaların yemekleriyle birlikte toz protein tüketmesi önerilmektedir. Vücudun pozitif nitrojen dengesinin korunmasında ve yağsız kas kaybının önlenmesi için



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

yiyecekler ve içeceklerle birlikte toz proteinler kullanılmalıdır. Sık kullanılan protein kaynakları, peynir altı suyu, kazein, yumurta proteini, soya protein ve buğday proteindir.

6.13.3.1.13 Ameliyat sonrası ihtiyaç duyulan enerji ve temel (makro-mikro) besin ögeleri:

Diyetisyen, hastayla işbirliği yaparak, hastanın beslenme durumunu, fiziksel aktivite düzeyini ve protein alımını göz önünde bulundurmalıdır. Bireysel enerji hesaplamaları, hastanın kilo kaybı için gerekli olan negatif enerji dengesini sürdürmesine izin verir. Uzun dönemli diyet tedavisinde amaç, hastanın yaş, boy ve ideal vücut ağırlığına göre diyetin enerjisinin ayarlanması olmalıdır.

6.13.3.1.14 Besin ögesi eksikliği ve diyet takviyeleri:

Hastaya bariatrik cerrahi sonrası, vitamin ve mineral eksikliğinden dolayı takviyeler tavsiye edilmektedir. Bariatrik cerrahi sonrası rutin eklenmesi önerilen mikro besin ögeleri, AACE/TOS/ASMBS Rehberi-2013'e göre belirlenmiştir.

6.13.3.1.15 Bariatrik cerrahi sonrası, bariatrik hastaların diyetlerinin, beslenme ve metabolik durumlarının izlemi

Beslenme desteğinin, diyetlerin ve beslenme durumunun değerlendirilmesi, genellikle kişisel olarak bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası 1. 2. haftalarda, 1, 2, 3, 6, 9, 12, 18. ay, 2. yıl ve sonrasında yıllık takiplerle yapılması önerilmektedir. Bariatrik cerrahi yöntemlerine göre "bariatrik cerrahi sonrası beslenme ve metabolik durumun izlemi" ASMBS'nin 2008 ve 2013 yılında yayınladığı rehberde ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

- ✓ Diyet takibi, preop ve postop 5 yıl yapılmalıdır.
- ✓ Uzun dönem takiplerle ilgili çalışmalar yetersiz olsa da, yaşam boyu süren bir takip önerilmektedir.
- ✓ Postop 1. yıldaki takip hayati riskler taşıyan komplikasyonları önlemeye yöneliktir: ameliyattan kısa süre sonra görülen cerrahi işleme bağlı komplikasyonlar ve beslenme yetersizlikleri gibi.
- ✓ İlk 5 yıl ve kesinlikle yaşam boyu sürmesi gereken takip;
 - Beslenme yetersizlikleri,
 - Malnütrisyon,
 - Osteoporoz



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

gibi ciddi sonuçları önlemek ve yaşam kalitesini arttırmak için yapılmalıdır.

6.13.3.1.16 Metabolik Ve Bariatrik Cerrahi Diyetisyenliği Derneği (MBCDD)'Nde Yapılanlar

6.13.3.1.16.1 Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneğinin Yer Aldığı ve Düzenlediği Bilimsel Faaliyetler

- 1- 4 Ekim 2015 tarihinde Antalya'da gerçekleştirilen, Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği'nin düzenlediği "4. Ulusal & 1. Akdeniz Metabolik Hastalıklar ve Morbid Obezite Cerrahisi Kongresi" kapsamında derneğimiz, diyetisyenlere özel bir oturum düzenlemiştir.
- 2- 10-13 Mart 2016 tarihlerinde İstanbul'da Acıbadem Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nün düzenlediği "5. Ulusal Sağlıklı Yaşam Sempozyumu" nda MBCDD derneği olarak "Vakalarla Bariatrik Cerrahi Kursu" düzenlenmiştir.
- 3- 8-11 Aralık 2016 tarihinde İstanbul'da gerçekleştirilen "7. Ulusal Obezite Kongresi" kapsamında "Bariatrik Cerrahi Diyetisyenliği" oturumu derneğimiz tarafından düzenlenmiştir. Oturum kapsamında bariatrik cerrahi öncesi sonrası beslenme ve diyetisyenin rolü konularının yanı sıra, özellikle psikologlar ve cerrahların da oturuma katılımı ile bariatrik cerrahi sonrası multidisipliner ekibin önemi vurgulanmıştır.
- 4- 23-25 Mart 2017. II. Ulusal Beslenme ve Diyetetik Öğrenci Kongresi Kongrede Dernek Başkanı Yrd. Doç. Dr. Nihal Zekiye Erdem “ Bariatrik Cerrahide Beslenme” konulu konferans vermiştir.
- 5- 12-15 Ekim 2017 tarihlerinde Antalya'da gerçekleştirilen "5. Ulusal ve 3. Akdeniz Morbid Obezite ve Metabolik Hastalıklar Cerrahisi Kongresi" kapsamında derneğimiz yönetim kurulu üyeleri sunumları ile yer almışlardır. Kongre kapsamında toplamda 3 oturumdan oluşan bir diyetisyenlik oturumu düzenlenmiştir.
- 6- 4-5 Kasım 2017 tarihinde İstanbul'da Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği tarafından "1. Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Diyetisyenliği Kursu" düzenlenmiştir. Bu kurs MBCDD derneğinin düzenlediği ilk bireysel etkinlik olmuştur.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.3.1.16.2 Gerçekleştirmeyi Planladığımız Faaliyetler

Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Diyetisyenliği Kursu

Türkiye'ye özel Metabolik ve Bariatrik Cerrahide Beslenme Tedavisi Kılavuzu

Türkiye Diyetisyenler Derneği, Obezite Diyetisyenliği Derneği ve Diyabet Diyetisyenliği Derneği ile birlikte – Sağlık Bakanlığı'nın hazırlıyor olduğu Bariatrik Cerrahi ile ilgili regülasyon ve düzenlemelerde diyetisyenlerin yer almasını sağlamak ve beslenme ve ameliyat sonrası takip ile ilgili başlıkların ilave edilmesini sağlamak.

Son zamanlarda Türkiye'de metabolik ve bariatrik cerrahi ameliyatlarındaki artış Sağlık Bakanlığı'nın dikkatini çekmiştir. Sağlık Bakanlığı metabolik ve bariatrik cerrahi yapacak doktorlar ve bu ameliyatların uygulanacağı merkezler, ameliyat öncesi prosedürler ile alakalı bir düzenleme taslağı oluşturma aşamasındadır. Ancak henüz Sağlık Bakanlığı'nın oluşturduğu taslakta "diyetisyen ve ameliyat öncesi ve sonrası beslenme tedavisi" yer almamaktadır.

6.13.3.1.16.3 Geleceğe Yönelik Projeler:

Derneğimizin kuruluş amaçları arasında meslektaşlarımızı metabolik ve bariatrik cerrahi diyetisyenliği konusunda bilgilendirmek yer almaktadır. Metabolik ve Bariatrik cerrahi ameliyatları, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye genelinde de günden güne sayıca artmaktadır. Ameliyat geçiren hastalar için erken dönemde en önemli unsur beslenme tedavisidir. Genel izlenim, Türkiye genelinde uygulama çeşitlilikleri olduğunu göstermektedir. Öncelikli hedefimiz olarak Türkiye'ye özel bir "Metabolik ve Bariatrik Cerrahisi Sonrası Beslenme Tedavisi Kılavuzu" oluşturarak uygulanacak beslenme tedavisine bir standart getirilmesidir. Bu Kılavuzu, Metabolik ve Bariatrik Cerrahi Derneği, Türkiye Diyetisyenler Derneği, Türkiye Diyabet Diyetisyenliği Derneği ortak çalışması hazırlamak önerimizdir. Yapılan araştırmalar, ameliyat sonrası takibin ameliyatın başarısında çok önemli olduğunu göstermektedir. Obezite cerrahisi sonrası diyetisyen danışmanlığında postoperatif süreci geçiren hastaların, beslenme yetersizliğine yönelik komplikasyonlara yakalanma oranı daha düşüktür ve bu hastaların kilo verme oranları, ameliyat sonrası diyetisyen desteği almayan hastalara göre daha fazladır. Sağlık Bakanlığı ile yürütülecek bir ortak çalışma ile, obezite cerrahisi öncesi ve sonrası diyetisyen desteğinin zorunlu kılınmasını sağlamak, bu ameliyatı geçirmiş ve geçirecek olan hastaların sağlık durumlarını iyileştirici etki sağlayacaktır. Derneğimizin gelecek projeleri arasında meslektaşlarımızı metabolik ve bariatrik cerrahi alanında güncel bilgilerden haberdar etmek ve



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

konuda tecrübeli ve yetkin kişiler tarafından tecrübe ve bilgi aktarımını sağlamak için ulusal kurs, sempozyum ve kongreler düzenlemek yer almaktadır. Bu aktiviteleri gerçekleştirirken Üniversiteler ve Türkiye Diyetisyenler Derneği ile işbirliği içerisinde olmak temel gayemizdir.

6.13.3.1.17 Obezitenin Bariatrik Cerrahi İle Tedavisine Karar Verilmeden Önce Uygulanması Tercih Edilen Tedavi Yöntemleri Ve Nedenleri İle İstatistiki Veriler

Obez hastalar bariatrik cerrahiye yönlendirilmeden önce en az 6 ay en fazla 2 yıl medikal tedaviyle tedavi edilmelidirler (yaşam tarzı değişikliği; beslenme, fiziksel aktivite, davranış değişikliği ve farmakoterapi). Tedaviye cevap veremeyen hastaların belirli kriterleri sağlamaları şartıyla bariatrik cerrahiye yönlendirilmelidirler. Süreç sadece ağırlık kaybını değil, risklerin azaltılmasını ve sağlığın iyileşmesini de içerir. Başlangıç kilosunda %5-10'luk bir azalma ve yaşam tarzı değişikliğinin sağlanması belirgin klinik fayda sağlar. Obezitenin tedavisi için başvurulması gereken ilk yöntem yaşam tarzı değişikliği olmalıdır. Kişilerin beslenme davranışlarını değiştirirken en zorladıkları konuların temelinde psikolojik sorunlar yatmaktadır bu nedenle obezite ile mücadelede kilo kaybının devamını sağlamak ve beslenme eğitimi ile edinilen davranışların sürdürülebilirliğini arttırmak amacıyla diyetisyen ve psikoloğun ortak çalışması çok önemlidir. Günümüzde çoğu kilolu bireyin zayıflama serüveninin başarısızlık ile sonuçlanmasının nedeninde psikolojik faktörlerin yok sayılması yatıyor olabilir. Yaşam tarzı değişikliğinin başarısız olduğu noktalarda farmakolojik tedavi düşünülebilir. Ancak bu tedavi yöntemiyle beklenen 3-4 ay içerisinde %3-5 kilo kaybıdır bu nedenle tekrar amaç davranış değişikliği aşamasına adaptasyon sağlanmasıdır. Obezite sorunu olan bir birey daha önce hiç gerçek anlamda kilo vermeyi denemediyse (profesyonel yardım almadıysa, diyetisyene gitmediyse, sadece kısa süreli kendi başına denemeleri olduysa) bu kişi ameliyat adayı değildir, kişi mutlaka bir diyetisyene yönlendirilerek profesyonel ve bilinçli bir kilo verme sürecinin başlaması sağlanmalıdır. Yapılan araştırmalar özellikle morbid obez bireylerde, obezitenin tedavisi için bu üç yöntem arasında en başarılı yöntemin bariatrik cerrahi olduğunu göstermektedir. Ancak ameliyat olacak bireyin doğru seçimi, hekimlere düşen görevin en başında gelmektedir.

AHA (American Heart Association), ACC (American College of Cardiology) ve TOS (The Obesity Society) kılavuzları, yoğun davranış değişikliği terapisinin eşlik ettiği yaşam tarzı değişikliğinin, kilo yönetiminde tıbbi uygulamada önemli bir yeri olduğunu belirtiyor. Yüz yüze (veya grup), 6 ay boyunca, en az 14 görüşme yapılması ve aylık takiplerin devam etmesi,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

1 yılda başlangıç kilosunun %8'i kadar bir ağırlık kaybı beklentisi oluşturur, ki bu düzeyde bir ağırlık kaybı, kan basıncı, kan yağları, glisemik kontrolü olumlu etkiler ve Tip 2 DM'ye progresyon riskini azaltır. Bu bulgulara dayanarak, 'US Preventive Services Task Force' obezitesi ve kardiyovasküler hastalığı olan kişilerin yoğun davranış değişikliği terapisi ve Medicare and Medicaid Services'e (sigorta) yönlendirilmesini öneriyor. Kılavuzlar, yüz yüze görüşmekte zorluk olduğunda, telefon veya web bazlı görüşmelerin ve ticari programların alternatif olarak kullanılabileceğini fakat ağırlık kaybı beklentisinin daha düşük olacağını belirtiyor. Beslenme programının, bireyin alışkanlıklarına uygun planlanmasını, enerji alımının azaltılmasını ve hastanın diyetisyene yönlendirilmesinin desteklenmesini önermekte. Yine yaşam tarzı değişikliğinin önemli bir bileşeni de fiziksel aktivitedir. Kılavuzlar, fiziksel aktivitenin artırılmasını (haftada 150 dakikadan fazla) önermektedir. Direnç egzersizi, ağırlık kaybını arttırmasa da yağsız dokuyu arttırabilmekte, böylelikle yağ kütlesinin azalmasına katkıda bulunabilmektedir. Direnç egzersizleri, sağlık risklerini iyileştirmektedir. Kılavuzlar, davranış değişiminde sorun yaşayan hastalarda, yaşam tarzına ek olarak farmakoterapiyi de önermektedir. Anlamlı kilo kaybı ve/veya kilonun korunması sağlanamıyorsa, BKİ 27'nin üzerinde ve obeziteye bağlı en az 1 komorbidite varsa veya BKİ 30'un üzerindeyse ilaç başlanabilir. 3 ayda, %5'ten az ağırlık kaybı varsa yeni tedavi planı yapılmalıdır. Amerika'da bazı ticari programlar,; Medicare - Medicaid Services (CMS) tarafından geri ödeme kapsamına alınmıştır. 'Ornish Diyeti' Bazı eyaletlerde veya bazı sigorta türlerinde weight watchers'ın da dahil olduğu bazı ticari programlar pilot uygulama kapsamındadır.

6.13.3.1.18 Obeziteyle Mücadelede Uygulanan Tedavi Yöntemlerinin Yandaş Hastalıklar Açısından Avantajları Ve Dezavantajları İle Uygunluk Bakımından Değerlendirilmesi

Obezite tedavisinde, sadece kilo veya BKİ'deki azalmaya değil, bel çevresine ve vücut kompozisyonundaki iyileşmeye de odaklanılmalı, yağsız doku korunmalı, yağ miktarı azaltılmalıdır. Obez kişilerde, komorbiditelerin yönetilmesi, yaşam kalitesinin artırılması da tedavi hedefleri arasında yer alır. Ağırlık kaybına ek olarak, obezite komplikasyonlarının doğru yönetilmesi, dislipideminin yönetilmesi, tip 2 diyabette glisemik kontrolün sağlanması, hipertansiyonda kan basıncının düzenlenmesi, uyku apnesi gibi akciğer bozukluklarının yönetilmesi, artritlerde ağrı kontrolü ve mobiliteye odaklanması, psikososyal rahatsızlıkların yönetilmesi (duygu bozuklukları, yeme bozuklukları, benlik saygısının az olması, beden imgesi



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

bozukluğu...) hedeflenir. Diğer yandan, obeziteye bağlı komorbiditeleri tedavi ederken seçilecek ilaçlar konusunda dikkatli olunmalı, vücut ağırlığında artışa sebep olabilecek ilaçlardan sakınılmalıdır. Ağırlık kaybını sağlayacak veya kiloya nötr ilaçlar tercih edilmelidir.

6.13.4 Türkiye Spor Hekimleri Derneği

Türkiye Spor Hekimleri Derneği'nin 20/3/2019 tarih ve 3 sayılı yazısı özetle aşağıdaki şekildedir.

Obezite, vücutta sağlığı bozacak ölçüde aşırı ve anormal yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Obezite, genel taramalarda beden kitle indeksi (BKI) ile ölçülmektedir. BKI, vücut ağırlığının, metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile elde edilir. Bireyler BKI kriterlerine göre 25 - 29,9 arasında ise fazla kilolu, 30 üzerinde ise obez olarak tanımlanır . Okul yaşındaki çocuklarda BKI yaş ve cinsiyete göre 1 standart sapma fazla ise kilolu, 2 standart sapma fazla ise obez olarak tanımlanırlar. BKI dışında suya daldırma, deri katlantısı ölçümü, manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, dual enerji x-ray absorbsiyometri (DEXA), tüm vücut pletismografisi, bioempedans gibi yöntemler de vücut yağ oranını belirlemede kullanılmaktadır.

Normal ve fazla kilolu kişilerde göbek çevresindeki yağlanmanın iç organlardaki yağ miktarı ile paralellik gösterdiği ve diyabet, glukoz intoleransı, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalıkları açısından risk teşkil ettiği belirtilmektedir. Bu nedenle bel çevresi ölçümleri de obezite takibinde kullanılmaktadır. Obezitenin, hormonal, genetik, epigenetik, çevresel, sosyal, davranışsal, kültürel, psikolojik ve metabolik faktörlerin ortak etkisine bağlı olarak geliştiği ileri sürülmektedir. Obezite nedenleri tablo-1'de özetlenmiş olmakla beraber en önemli iki sebebi aşırı kalori tüketimi ve yetersiz fiziksel aktivitedir.

6.13.4.1 Obezite nedenleri

1. Aşırı kalori tüketimi ve sedanter yaşam.
2. Genetik etmenler
3. Yeme ile ilişkili hormon bozuklukları (Ghrelin yüksekliği, Leptin yetmezliği)
4. ilaçlar (bazı diyabet ilaçları, bazı hormon preparatları, bazı antidepresanlar ve antipsikotikler)



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

5. Endokrin nedenler (Hypotalamik bozukluklar, hipofiz bezi bozuklukları, tiroid disfonksiyonu, adrenal bozukluklar)

Diğer nedenler: ileri, yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim durumu, yüksek gelir düzeyi, yüksek doğum sayısı, psikolojik nedenler, sosyokültürel nedenler

Obezite başlı başına mortalité riskini arttırmaktadır. Ayrıca birçok hastalığa da zemin hazırlamaktadır.

6.13.4.2 Obezitenin zemin hazırladığı hastalıklar

1. Metabolik sendrom
2. Hipertansiyon
3. Koroner arter hastalığı
4. Dislipidemi
5. Osteoartrit
6. Safra kesesi hastalıkları (3)
7. İnme (4)
8. Bazı kanser türleri (Endometrium, göğüs, böbrek, özefagus, prostat ve kolon kanseri (5)
9. Alkolik olmayan karaciğer yağlanması (6)
10. Uyku apnesi
11. Astım (7)
12. Gastroözefageal reflü
13. Kadınlarda infertilite, polikistik over sendromu
14. Erklere testosteron seviyelerinde düşme ve hipogonadizm

Depresyon

Obezite görüntü itibarı ile kişiyi mutsuz yaparken hastalık riski artışı nedeni ile yaşam kalitesi ve yaşam süresini de kısaltmaktadır. Ayrıca sağlık harcamalarında da artışa yol açmaktadır.

Obezite önlenabilen ve tedavi edilebilen bir hastalıktır. Obezitenin her ne kadar genetik kökenleri olsa da alınan kaloringin kısıtlanması ve fiziksel aktivitenin artırılması ile büyük oranda önlenilmekte ve tedavi edilebilmektedir. Bu amaçla yapılması gerekenler tablo 4'de verilmiştir. Derneğimiz tarafından Spor Hekimliği Eğitim Müfredatına kronik hastalıklar ve



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

egzersiz ile ilgili dersler konulmuş olup her spor hekimliği uzmanı obezite ile ilgili önleme ve tedavi konusunda donanımlı olarak yetişmektedir. Hastanelerde çalışan tüm spor hekimliği uzmanlarının obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde görev almaları sağlanmalıdır. Bunun yanında obezite ile mücadelede konusunda Sağlık Bakanlığı'na derneğimizle işbirliği yapma önerisi iletilmiştir.

6.13.4.3 Obezite ile mücadelede yapılması gerekenler

1. Fazla kalori tüketiminin azaltılması için hazır gıdalardaki kalori değerleri düşürülmelidir.
2. Kalorisi yüksek gıdalara ulaşım azaltılmalıdır
3. Kalori değeri yüksek gıdaların fiyatları arttırılmalı, fazla kalorili gıdalara özel vergi konulmalı, bu verginin geliri obezite ile mücadele de kullanılmalıdır.
4. Fiziksel aktiviteyi arttırmak için İlkokuldan başlanarak bütün okullarda fiziksel aktivitenin önemi anlatılmalıdır.
5. Beden eğitimi derslerinin sayısı arttırılmalı ve aktif olarak yapılması sağlanmalıdır.
6. Araç kullanımının azaltılması için eğitimler verilmeli, bisiklet kullanımı yaygınlaştırılmalı, bu amaçla yollar yapılmalıdır.
7. Toplumun fiziksel aktivite yapabilmesi için açık alanlar oluşturulmalıdır
8. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Obezite Merkezlerinde spor hekimleri mutlaka bulunmalıdır.

Obezite ile mücadelede halkın fiziksel aktiviteye yönlendirilmesi için Sağlık Bakanlığı ile Türkiye Spor Hekimliği Derneği işbirliği yapılmalıdır

6.13.4.4 Obezite ile mücadelede Türkiye Spor Hekimleri Derneğinin önerisi

1. Sağlıklı nesiller yetiştirmek için tam gün eğitim yapılan okullarda sabah 1. ve 2. ders arası uzun tutularak kahvaltı saati oluşturulmalıdır. Bu saatte kalorisi ve protein değerleri düzenlenmiş kahvaltı yemekhane şartlarında devlet tarafından öğrencilere verilmelidir. Öğlen 12:00-13:00 arası yemek saati yapılmalı ve tüm öğrencilerin yemekleri devlet tarafından karşılanmalıdır. Yemek içeriği diyetisyenler tarafından düzenlenmelidir. Böylece öğrenciler öğlen saatlerinde tost, dürüm, simit gibi kalorisi yüksek ve sağlıksız gıdalardan uzaklaştırılmış olacaktır. Akşam son ders tüm sınıflar için beden eğitimi dersi yapılmalıdır. Çocuklar bu derslerde fiziksel aktivite yaparak evlerine gitmelidir. Yapılacak fiziksel aktivite Spor Hekimleri ve Spor Bilimciler tarafından düzenlenmelidir. Böylece gelecek 10 yıl içinde sağlıklı beslenen düzenli fiziksel aktivite yapan nesiller yetişecektir.

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**

2. Mevcut okullarda imkan varsa yemekhane ve spor alanları yapılmalı, yeni yapılacak okullar bu şekilde planlanmalıdır.

3. Yemek giderleri kalorisi yüksek gıdalara konulacak özel vergiden sağlanmalıdır.

Sosyal güvenlik kurumu tarafından obeziteye bağlı hastalıkların geri ödemesinde algoritmaya göre kısıtlama yapılmalıdır. Örneğin vücut kitle indeksi yüksek olup tip-2 diyabet gelişen hastaya öncelikle egzersiz ve kilo verme programı yapılmalı hastalar programa uymuyorlarsa ilaç geri ödemeleri %50 kısıtlanmalıdır.

Obezite günlük alınan kalorinin tüketilen kaloriden fazla olması sonucu alınan kalorinin yağ olarak depo edilmesi ile ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle tüm tedavi yöntemlerinde ortak noktası negatif enerji dengesi sağlamaktır. Bu amaçla alınan kalori kısıtlanmakta veya harcanan kalori arttırılmakta ya da her ikisi birden yapılmaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.4.5 Tedavi Yöntemleri

Tedavide davranış değişikliği, diyet, egzersiz, ilaç, cerrahi tedavi ve bunların kombinasyonları kullanılmaktadır.

Öneri	Tedavi şekli	Kurallar
A	Diyet	
A	Fiziksel aktivite	
A	Diyet + fiziksel aktivite	
B	Davranış tedavisi	Diğer tedavilere ek olarak yapılmalıdır
B	İlaç tedavisi	Diyet ve egzersize ek olarak yapılmalıdır.
		BMI > 30 ve ya BMI 27+eşlik eden hastalık
B	Cerrahi tedavi	BMI > 40 ve ya BMI > 35 + eşlik eden hastalık

6.13.4.5.1 Davranış Tedavisi:

Kişinin yeme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarında değişiklikler yapılmaya çalışılır. Bu amaçla diyetle uyum zorlukları engellenmeye, fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırılmaya çalışılır. Kilo kaybı için gerçekçi hedefler belirlenir. Aktivite ve diyet planlaması basamaklı olarak artırılır. Stres yaratan ve yemeyi arttıran durumlar çözülmeye ve yemeğe ulaşım zorlaştırılmaya çalışılır. Kişiye fiziksel aktivite ve diyet tedavisi sırasında kendi kendini kontrol etmesi öğretilir. Gerekirse psikolojik destek alınmalıdır.

6.13.4.5.2 Diyet Tedavisi:

Diyet tedavilerindeki temel amaç kalori kısıtlaması olup günlük 500-1000 kcal kısıtlama sağlanmalıdır. Bu amaçla hastaların diyetisyene yönlendirilmesinde fayda vardır. Diyetler kişinin yeme alışkanlığına göre özel hazırlanmalıdır. Bazal metabolizmanın altında diyet verilmemelidir, verilen diyetle %55-60 karbonhidrat, %25-30 yağ, %10-15 protein olmalıdır. Günlük en az 2 litre su tüketilmeli, vitamin ve mineral ihtiyacı için mutkale salata ve meyve günde bir öğünde bulundurulmalıdır. Diyet sırasında konstipasyon gelişebileceğinden posalı gıdalar diyetle eklenmelidir. Düşük kalorili diyet, çok düşük kalorili diyet, düşük karbonhidratlı



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

diyet, düşük yağlı diyet, düşük glisemik indeksli diyet, yüksek proteinli diyet, Akdeniz tipi beslenme, Atkinson diyeti, Dukan diyeti, İsveç diyeti, kan grubu diyeti gibi birçok diyet tedavi çeşidi vardır. Diyet tedavilerinde en önemli sorun hasta uyumudur. Hastaların çoğu bu tedavileri uzun dönem yapamamaktadırlar.

6.13.4.5.3 İlaç Tedavisi:

Obezite tedavisinde ilaç kullanımı tartışmalı olup verimliliği yanında etkinliği yavaştır ve belirli bir süre sonra plato etkisi görülmektedir. Ayrıca ilaç bırakıldıktan sonra verilen kilolar geri alınmaktadır. Ancak BKİ > 30 olan hastalarda diyet ve egzersize ek olarak ilaç eklenebilir. BKİ > 30 kg/m² veya BKİ > 27 kg/m² ve eşlik eden hastalık (HT, DM, dislipidemi, KAH, uyku apnesi vb.) varsa kullanılmalı, yaşam tarzı değişikliği mutlaka önerilmelidir. Kullanılan ilaçlar çok çeşitli olup bir kısmı yan etkileri nedeni ile piyasadan çekilmiştir. Günümüzde geri ödeme kapsamında orlistat kullanılmaktadır. Bunun yanında bir diyabet ilacı olan metformin de kilo vermede kullanılmaktadır. Liraglutid'in ise geri ödemesi bulunmamaktadır.

6.13.4.5.4 Egzersiz:

Obezite sedanter yaşamla yakından ilişkilidir. Bilim ve teknolojiye gelişmeler insanların daha rahat bir yaşam sürmelerini sağlarken sedanter bir yaşam tarzını da beraberinde getirmiştir. Oysa insanın en büyük organı kaslarıdır. Son yüzyıl hariç insanlar beden gücünü kullanmışlardır. Amerika'da son yıllarda kişi başına alınan kalori miktarının artmamasına karşın BKİ değerlerinin artış gösterdiği, bunun da fiziksel aktivite düzeyinde azalma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu sonuç, kalori alımından çok alınan kaloringin yakılmasının artırılması gerçeğini ortaya çıkarmaktadır.

Obezlerde egzersiz programlarına haftada üç gün 30 dakika ile başlanmalı daha sonradan 60 dakikaya çıkılmalı ve mümkünse haftanın her günü yapılmalıdır. Haftada 150 dakika yapılan orta şiddetteki egzersizler sağlığın korunması için yeterliken kilo vermek için haftada 225-420 dakikalık sürelerle çıkılması gerekmektedir. Aerobik egzersizlere haftada 2 kere yapılan direnç egzersizleri, fleksibilite ve denge-koordinasyon egzersizleri de eklenmelidir.

Egzersiz tedavisi özellikle osteoartriti olan, bel veya diz sorunları olan hastalarda eklemler üzerine yük binmeyecek şekilde düzenlenmelidir. Etkili bir kilo vermek için fiziksel



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

aktivite diyetin bir parçası olmalıdır. Kişilerin yaşam tarzı değişiklikleri yapmaları tavsiye edilmeli araba yerine yürüyüş, asansör yerine merdiven çıkmaları önerilmelidir. Ayrıca gidilecek yere birkaç durak önceden inilerek yürünmesi de bir seçenektir. Yürüyüşe günde 4000 adım ile başlanıp 12.000 adıma çıkılmalıdır. Yine belediyelerin kişilerin spor yapacağı alanları çoğaltması ve bunu teşvik etmesi hareketli yaşamı arttırmaktadır. Çocuklar için de okullarda spor alanlarının artırılması obezite ile mücadelede önemli bir etkidir.

Tablo-7: Amerikan Spor Hekimliği Birliği'nin kilo verme ve verilen kiloları koruma ile ilgili önerileri

Etki	Orta şiddet	Orta şiddet
Sağlığın korunması ve geliştirilmesi	Haftada 150 dakika	30 dk. haftada 5 gün
Kilo alımından korunma	Haftada 150-250 dk	45 dk. haftada 5 gün
Kilo verme	Haftada 225-420 dakika	90 dk. haftada 5 gün
Verilen kiloları geri almamak için	Haftada 200-300 dk	60 dk. Haftada 5 gün

6.13.4.5.5 Cerrahi tedavi:

En az altı ay süreyle diyet, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliği denenip başarılı olunamayan obez hastalarda cerrahi tedavi uygulanabilir. Cerrahi tedavi ile midede küçültme, malabsorbsiyon veya her iki etki sağlanarak obezite tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Cerrahi tedavi, BKİ > 40 kg/m² veya BKİ >35 kg/m² ve eşlik eden hastalığı olan hormonal bozukluğu olmayan 18-70 yaş arası hastalarda yapılmalıdır (8). Birçok yöntem kullanılmakla beraber günümüzde en sık uygulananı sleeve gastrektomidir.

Sleeve gastrektomi sonrası hastalar hızlı kilo vermekte ancak verilen kilo 6 ay sonra durma noktasına gelmektedir. Bu amaçla hastalara egzersiz ve diyet de verilmelidir. Böylece hastalardaki sarkmalar önlenabilir. Ayrıca yeniden kilo almanın da önüne geçilebilir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.4.6 Obezite İle Mücadelede Uygulanan Tedavi Yöntemlerinin Yandaş Hastalıklar Açısından Avantajları Ve Dezavantajları

Obezite ile mücadele aslında yandaş hastalıklarla mücadeledir, ilgili örnekler tablo 8'da verilmiştir.

1. Metabolik sendrom; metabolik sendrom tanı parametrelerinden biri de bel çevresinde artıştır. Kilo verme ile metabolik sendromda düzelme sağlanmaktadır.
2. Tip 2 diyabet; preobez hastalarda %10 kilo kaybı kan şekeri regülasyonu sağlayabilmektedir. Diyabetli hastaların büyük çoğunluğu obezdir. Tip 2 diyabetli hastalarda egzersizle insülin direnci düzelmekte, kan şekeri seviyeleri düşmekte ve daha düşük dozlarda ilaca ihtiyaç duyulmaktadır.
3. Hipertansiyon; obez hastalarda kardiyak output ve sistemik vasküler direnç artışı sonucu HT gelişme riski yüksektir. Kilo verme ile kan basıncında azalma tespit edilmiştir.
4. Koroner arter hastalığı; obezitenin vasküler enflamasyon artışına sekonder koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği gelişimi üzerine etkisi vardır. Kilo verme ile sistemik enflamasyon belirteçlerinde azalma gözlenmiştir.
5. Dislipidemi; LDL, total kolesterol ve trigliserid BKİ artışı ile paralellik gösterirken HDL negatif korelasyon göstermektedir. Kilo kaybı ile TG, kolesterol seviyelerinde azalma, HDL seviyelerinde artma gözlenmektedir.
6. Osteoartrit; kilo verme ile gonartroz ve koksartroz semptomlarında azalma sağlanmaktadır.
7. Alkolik olmayan karaciğer yağlanması; kilo verme ile karaciğer yağlanmasında azalma gözlenmektedir.
8. Uyku apnesi; kilo verme ile uyku apnesi gerilemektedir.
9. Astım; kilo verme ile ataklarda azalma sağlanmaktadır.
10. Gastroözefageal reflü; kilo vermenin reflüyü azatlığı bilinmektedir.
11. Polikistik over sendromu; kilo verme ile tedavi edilebilmektedir.
12. Depresyon; kilo verme ile kişinin kendini daha iyi hissettiği ve depresyon bulgularının düzeldiği tespit edilmiştir.

Obezite ile mücadele hastane koridorlarına mahkûm kalmamalı, toplumun tüm kesimlerine yayılmalıdır. Örneğin tüm kamu kurumlarında fiziksel aktivite saati oluşturulabilir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.5 Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin 24/1/2019 tarih ve 24 sayılı yazısı özetle aşağıdaki şekildedir.

Balıkesir Milletvekili Av. Fadime Mutlu Aydemir tarafınca verilen dilekçeye ve benzer konularla ilgili verilmiş diğer dilekçelere istinaden **"Obezite ile Mücadele Yöntemleri ve Cerrahi Uygulamalardaki Malpraktis İddialarının Araştırılması ve Alınabilecek Önlemlerin Belirlenmesi"** Alt Komisyonu kurulduğu belirtilmektedir. Söz konusu komisyonun çalışmalarına esas teşkil etmek üzere, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) tarafınca yanıtlanmasını istediği sorular ve bu soruların yanıtları aşağıda belirtilmiştir.

6.13.5.1 Obezitenin tanımı:

Obezite (Şişmanlık) vücut yağ oranının normalden fazla olması durumudur. Sağlıklı bir yaşam sürdürmek için, alınan enerji ile harcanan enerjinin dengede tutulması gerekmektedir. Besinlerle alınan enerji (kalori) harcanan enerjiden fazla olduğunda, bu enerji fazlası vücutta yağ olarak depolanır. Sağlıklı bir erişkinin vücudunun en fazla %20-25'i yağdan oluşur. Obezitede ise vücut yağ oranı artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Obeziteyi, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşın yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır.

6.13.5.2 Obezitenin tanısı:

Obezitenin tanısı ve derecelendirmesi sıklıkla beden kitle indeksi (BKİ) ölçümü ile yapılır. BKİ ölçülürken vücut ağırlığı, boyun karesine bölünür ($BKİ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy (m}^2\text{)}$) formülü ile değerlendirilir.

Buna göre;

- ✓ Zayıf: $BKİ < 18.5 \text{ kg/m}^2$
- ✓ Normal Kilo: $BKİ = 18,5-24.9 \text{ kg/m}^2$
- ✓ Fazla kilo: $BKİ = 25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$
- ✓ Obezite: $BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$ olarak
- ✓ Morbid (Şiddetli) Obezite : $BKİ > 40 \text{ kg/m}^2$ olarak kabul edilmektedir.

Kilo fazlalığı ve Obeziteyi tanımlamak için kullanılan bir başka ölçüt Bel Çevresidir



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

(BÇ), Karın içi yağlanmasını göstermek için BÇ daha güvenilir bir ölçüdür. BKİ ölçümü ile bazı kişilerde hatalı sonuçlar alınabilir. Örneğin kas oranı yüksek olan bir sporcunun BKİ değeri şişmanlık sınırında çıkabilir. Kadınların ve erkeklerin obezite sınırları BKİ değerleri ile aynı şekilde verilir. Oysa kadınların yağ oranları erkeklerden fazladır. Bu gösterimi BÇ ile yapmak fazla kilolu ve şişman kadın ve erkekleri daha iyi ayırt edebilir. BÇ ölçümünün bir başka avantajı da farklı coğrafi bölgelerde yaşayan farklı ırklara ait spesifik değerlerin kullanılabilmesidir. Türk toplumu için bel çevresinin kadınlarda >90 cm, erkeklerde £100 cm olması obezite kriteri olarak gösterilmiştir.

6.13.5.3 Obezitenin kişisel ve toplumsal zararları:

Obezite gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer alır. Günümüzde önlenebilir ölümlerin sigaradan sonra gelen ikinci en önemli nedeni obezitedir. Üstelik sigara içme oranları giderek azalırken, obezitenin görülme sıklığı giderek artmaktadır. Obezite, kronik bir hastalık olup hem yaşam kalitesini bozar, hem de yaşam süresini kısaltır. Obezitenin neden olduğu sağlık sorunlarını üç kategoride ifade etmek mümkündür.

1. Kronik metabolik hastalıklar: Kalp-damar hastalıkları, çeşitli kanserler, insülin direnci, prediyabet {gizli şeker}, tip 2 diyabet, hipertansiyon (HT), kan yağlarının yüksekliği (dışlipidemi), karaciğer yağlanması, felç, böbrek hastalıkları, sindirim sistemi sorunları (safra kesesi taşı, pankreas iltihabı ve reflü), solunum yolu hastalıkları (nefes darlığı, astım, uyku apnesi), kısırlık bunlar içinde sayılabilir.

2. Psikiyatrik hastalıklar: Kronik depresyon, kaygı bozukluğu, duygu durum bozukluklarına neden olabilir. Obezite hastaları çoğu defa kendilerini yorgun hisseder, özgüvenleri düşüktür, sosyal ilişkilerden dışlanmış hissederler.

3. Mekanik hastalıklar: Çeşitli dejeneratif eklem hastalıkları, kronik ağrı sendromları ve obeziteye bağlı hareket kısıtlılıkları görülebilir.

6.13.5.4 Obezitenin sıklığı:

DSÖ'ye göre, dünya genelinde 2016 yılında 1,9 milyar fazla kilolu ve 650 milyon obez yetişkin olduğu tahmin edilmektedir ve obezitenin 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olacağını bildirmiştir. Ülkemizde de obezite sıklığı hem yetişkin hem de çocuk ve adolesanlarda giderek artmaktadır. Ve halk sağlığını önemli ölçüde tehdit eden ve sıklığı giderek artan bir



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

sorun haline gelmiştir. Ülkemizde yetişkin toplumunda obezite sıklığı %30'luk kritik yüksek oranı aşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 2018 Obezite Raporunda Türkiye'nin %32'lik görülme sıklığı ile Avrupa ülkeleri arasında obezite sıklığı en yüksek ülke olduğunu bildirmiştir.

6.13.5.5 Obezite Sıklığındaki Artışın Nedenleri:

Obezite, enerji alımı ve tüketimi arasındaki dengesizlik nedeniyle oluşmaktadır. En önemli neden ise besinlerin aşırı tüketilmesidir. Obezite hastaları temel ihtiyaçlarını karşılamalarına rağmen gereksinimlerinin çok ötesinde aşırı yemek tüketimine ve yanlış beslenmeye devam ederler. Obezite sıklığındaki artışın temel nedeni insan biyolojisinin modern dünyanın değişen yaşam koşullarına uyum gösterememesidir. Burada hem genetik yatkınlık hem de çevresel koşullar önemli rol oynar. İnsanlık giderek daha az hareket etmekte ve giderek daha fazla kalori içeren besinler tüketmektedir.

Gelişen teknoloji ile birlikte akıllı cep telefonları, televizyon, bilgisayar, tablet, ev sineması, asansörler, arabalar, uzaktan kumandalar vb. yaşamımıza girmiş ve hareket süremiz kısalmıştır. Hayatı kolaylaştıran söz konusu faktörler günlük hareketleri Önemli ölçüde sınırlandırmış ve fiziksel aktivitenin azalmasına neden olmuştur.

Öte yandan modern yaşam giderek daha stresli ve daha yarışmacı bir hale gelmektedir. Stres, kaygı bozukluğu ya da depresyonu bulunan kişilerde yeme bozuklukları daha fazla görülmektedir. Beynimizdeki haz merkezi ile tokluk merkezi komşudur. Tokluk duygusu insana en fazla haz veren merkezdir. Duygu durum bozukluğu olan kişilerin yemek yiyerek haz merkezlerini tatmin etmeleri sık görülen obezite nedenleri arasında yer alır. Obezite hastaları kendilerini sakinleştirmek, hoş olmayan durumlardan kaçmak, olumsuz duyguları azaltmak için aşırı yemek yiyebilirler.

İnsanlığın beslenme alışkanlıkları hızla değişmektedir. Fast-food olarak tanımlanan sağlıksız besinler rafine karbonhidratlardan zengin, bitkisel liflerden fakir, aşırı yağlı ve enerji-yoğundur. Vakit kaybını önlemek için ayaküstü hızlı yenen gıdaları tercih etmek, hazır gıdalara her yerde ve her an ulaşabilmek bu durumu iyice kötüleştirmektedir. Ayrıca öğün sayısının ve ekmek tüketiminin artması, porsiyonların büyük olması, sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetlerin uygulanması da diğer faktörlerdendir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Obezitenin gelişmesinde dikkat edilmesi gereken faktörlerden biri de yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şeklidir. Yaşamın ilk yıllarındaki beslenmenin, özellikle anne sütü ile beslenememenin de ileride obezite gelişmesine zemin hazırladığı ileri sürülmüştür. Anne sütü verme süresinin, tamamlayıcı besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanlarının obezite oluşumunu etkilediği bildirilmektedir.

Ülkemizde obeziteyi belirleyici en önemli nedenlerin yaşlanma, cinsiyet, diyabet ve HT olduğu, buna ilaveten yaşanan çevre (yerleşim yeri ve bölgesi), sosyo-kültürel durum, düşük eğitim düzeyi, gelir durumu, tütün ve alkol kullanımı ve kullanılan bazı ilaçlar (bazı kortikosteroidlerin kullanımı, antidepresan, diüretik, antihiperglisemik, antiepileptik vb.), hormonal ve metabolik bozukluklar gibi yaşam tarzını belirleyen etmenlerin de obezite gelişmesine katkıda bulunduğu ortaya konmuştur.

Özellikle kadınlarımızdan obezite sıklığı dünya ortalamalarından yüksektir. Bu durum hiç de şaşırtıcı değildir. Yapılan çalışmalar, Türk kadınlarında fiziksel aktivite azlığı, yüksek doğum sayısı, uzun emzirme dönemleri ve doğumlar arası sürenin kısa olması, eşlik eden diyabet ve HT gibi hastalıklar, psikolojik sorunlar, düşük gelir ve düşük eğitim düzeylerinin obezite üzerinde önemli ölçüde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Obezitenin önlenmesi için toplumun tüm katmanlarını kapsayacak, uygulanması kolay ve ucuz yeni müdahale programlarının geliştirilmesi ve bunların uygulamaya konulması şarttır.

Obezite ile mücadele yöntemleri ile mültidisipliner yaklaşımlar, Dünyadaki iyi uygulama örnekleri ile Derneğimizce yapılan çalışmalar

6.13.5.6 Obezite ile mücadele yöntemleri ile mültidisipliner yaklaşımlar:

Toplumun neredeyse 2/3'ünün fazla kilolu ve şişman olduğu düşünülürse obezite ile mücadeledeki en temel noktanın obezitenin önlenmesi olduğu anlaşılır. Obezite geliştikten sonraki tedavisi hem çok daha zor hem çok daha masraflıdır. Bu nedenle obeziteyi bir toplum sağlığı sorunu olarak ele almak ve daha anne karnında başlayarak bireyin ve toplumun sağlıklı kiloya sahip olmasını sağlayacak önlemleri almak gereklidir. Bu nedenle pek çok kurumun entegre olarak görev alması ve sağlıklı bir toplum yetişmesi için eşgüdüm halinde çalışması gereklidir. Obezitenin önlenmesi için görev alacak kurumlar arasında Millî Eğitim Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Gençlik ve Spor Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurumu, Belediyeler, Ulusal ve yerel basın ve yayın organları sayılabilir. Söz konusu kuruluşlar daha çocukluk çağından itibaren sağlıklı beslenmenin Önemi hakkındaki eğitimlerin verilmesini sağlamalı, sağlıklı beslenmeyi özendirecek önlemler almalı şehirlerde fiziksel aktivitenin arttırılmasına dönük faaliyetlerde bulunmalı, bisiklet yolları ve spor alanları açmalı ve bu alanlara halkın daha çok gitmesini teşvik edecek önlemler almalıdır. Özellikle bisiklet kullanımı açısından elverişli olan kentlerde toplu ulaşımı sağlamak ve geliştirmek açısından bu mücadelede önemli bir yere sahiptir. Sağlıksız beslenme ürünlerinin reklamları kısıtlanmalı, bu türlü ürünlerin hastane ve okul kantinlerinde ve spor tesislerinin çevresinde satılması yasaklanmalıdır. Sağlıklı yaşam konusunda medya denetleme kurulu oluşturulmalı ve bu kurul tarafınca bilimsel dayanakları olan ve topluma yararlı olduğu düşünülen yayınlar desteklenirken, bilimsel içeriği eksik veya yetersiz olan yayınlara kısıtlamalar getirilmelidir.

6.13.5.7 Obezitede tedavi yaklaşımları:

Obezitenin neden olduğu sayısız metabolik hastalık yüzünden, obezite tedavisi tıbbın neredeyse bütün disiplinlerini ilgilendirir. Ancak sorunun yaygınlığı nedeniyle obezitenin tanısı, önlenmesi ve tedavisi öncelikle Aile hekimlerinin ve daha sonra da İç hastalıkları ve Çocuk hastalıkları uzmanlarının temel görevleridir. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları uzmanları ise obezite ile mücadelede etkin danışmanlık yapmalı, bulundukları yerlerdeki obezite merkezlerinin kurulması ve işletilmesinde görev almalıdırlar. Bunun yanı sıra bir obezite hastasında gelişen kronik hastalıklar yerine göre Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları, Nöroloji, Psikiyatri, Gastroenteroloji, Jinekoloji, Göz hastalıkları, Fizik tedavi ve rehabilitasyon, Ortopedi, Genel cerrahi vb. birçok bölümün görev alanına girebilir. Bir obezite hastasının tedavi ve takibinde doktorlar dışında da görev alması gereken disiplinler vardır. Beslenme ve diyet uzmanları, Hemşireler, Psikologlar, Sosyal hizmet uzmanları, Egzersiz uzmanları (Fizyoterapistler) bunlar arasında yer alırlar.

Obezite hastalarının takip ve tedavilerinin yapıldığı özel merkezlerde veri girişi, takip ve tedavi yöntemleri standardize edilmelidir. Bu merkezlerde çalışacak öncelikli sorumlu koordinatör hekimlerin; mümkünse iç hastalıkları/endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanı olması, mümkün değilse obezite yönetimi hakkında özellikli eğitim almış aile hekimlerinden oluşturulması sağlanmalıdır. Merkezlerde değerlendirilen hastaların sağlık sorunlarına göre, gerekli desteğin sağlanacağı diğer disiplinlerdeki hekimlerden destek



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

alınmalıdır. Merkezlerden sağlanacak takip ve tedavi verilerinin ana bir merkezde toplanarak 6 ayda bir analiz edilmesi ve analiz sonuçlarına göre takip ve tedavi süreçlerinde uygulanan yöntemler gözden geçirilmelidir. Merkezlerin yerel yönetim, sivil toplum örgütleri ile ortak çalışmalar yapması teşvik edilmelidir. Ayrıca bu merkezler, hasta okulları aracılığı ile bilinç düzeyini arttırmaya yönelik çalışmalar yapmalıdır. Söz konusu merkezlerde değerlendirilen hastalardan diyet, egzersiz ve medikal tedavi yöntemlerinin tümünü denediği halde yeterli kilo kontrolü sağlanamayanlar obezite cerrahisine uygunluk açısından değerlendirilmeli ve gerekli koşulları karşılayanlar obezite cerrahisine verilmelidir. Cerrahi sonrasında da bu hastaların takipleri bu merkezlerde devam etmelidir.

6.13.5.8 Obezite ile mücadelede Dünyadaki iyi uygulama örnekleri:

6.13.5.8.1 Avrupa Obezite Derneği:

Dünyada da birçok Örgüt ve dernek obezite ile mücadelede ortak stratejiler oluşturmaya çalışmaktadır. Avrupa'da bu amaçla kurulan en etkin dernek Avrupa Obezite Derneğidir (European Association for the Study of Obesity {EASO}). EASO, Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa Bölge Ofisi ile resmi ilişkilerde olup, Avrupa Birliği Diyet, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Platformu'nun kurucu üyelerindendir. EASO, birçok ülkede Obezite hakkında bilgilendirme ve eğitim faaliyetleri sürdürmektedir. EASO tarafınca Obezite merkezlerinin standartları belirlenmiş ve bu konuyla ilgili bir kılavuz hazırlamıştır. Avrupa genelinde bu kılavuza göre çalışan 74 "Obezite Merkezi'ni akredite edilmiştir. Ülkemizde de EASO tarafınca akredite edilmiş 6 obezite merkezi bulunmaktadır (Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi). Ayrıca EASO ve Türkiye Obezite Araştırmaları Derneği tarafınca 22 Eylül 2018'de İstanbul'da ilk kez "Obezite Merkezi Ulusal Eğitim Kursu" düzenlenmiştir.

6.13.5.8.2 Meksika Örneği:

Meksika çocuk ve erişkin obezitesinde en sorunlu ülkelerden birisidir. Obeziteyle mücadele kapsamında Meksika Hükümeti 2014 yılında sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek için abur-cubur yiyeceklere ve şekerli içeceklere ek "şişmanlık vergisi" getirmiş ve "her gün bir saat egzersiz" kampanyası başlatmıştır. Söz konusu vergilendirmenin erken dönemde gazlı İçeceklerin tüketiminde önemli bir azalmaya neden olduğu gözlenmiştir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.5.8.3 Besinlerin ambalajlarında 'Trafik Işığı' uygulaması:

Son yıllarda İngiltere, Avusturalya ve Ekvador gibi bazı ülkeler fazla kalori veya tuz içeren gıdaların tüketimini azaltmak amacıyla halkı bilgilendirmeye dönük trafik ışığı uygulamasını hayata geçirmiştir. Ambalajlı gıdada belirli bir oranın üzerinde tuz veya şeker varsa kırmızı etiket konularak tüketicinin uyarılması hedeflenmiştir. Söz konusu uygulamanın ülkemizde de hayata geçirilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafınca girişimlerde bulunmaktadır.

6.13.5.8.4 Diğer girişimlerden Örnekler:

Danimarka yağ oranı yüksek ürünlere ek vergi getirilmiştir. ABD'de New York'ta şekerli içeceklerin tüketilmesine kısıtlama getirilmiş, bu içeceklerin büyük şişelerde satılması kısıtlanmıştır. İngiltere'de de Meksika'da olduğu gibi şekerli içeceklere vergi konması planlanmaktadır.

6.13.5.9 Obezite ile mücadelede kapsamında derneğimiz tarafınca yapılan çalışmalar:

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2017 yılında çok merkezli bir ulusal çalışma gerçekleştirmiştir. Türkiye'de Erişkin Diyabet Hastalarında Glisemik ve Diğer Metabolik Parametrelerin Regülasyon Durumunun Araştırılması (**TEMĐ Çalışması**) adı verilen bu çalışma ülkemiz genelinde Tip2 Diyabet Hastalarının %90'ının fazla kilolu veya şişman olduğunu ortaya koymuştur. Şişman diyabet hastalarının daha kötü kan şekeri kontrolü olduğu, diyabete bağlı komplikasyonların da daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Ulusal sağlık bütçesinin önemli kısmının Tip 2 Diyabet tedavisi için harcandığı dikkate alınırsa bu bulgu çok önemlidir. TEMĐ Çalışması bugüne kadar yurtiçi ve yurtdışında pek çok Kongrede bildiri olarak sunulmuş ve obezite ile ilgili sonuçlar EASO yayın organı Obesity Facts dergisinde yayına kabul edilmiştir.

Türkiye'de obezite ile mücadele konusunda ilgili hekimlerin farkındalığını ve bilgi düzeyini arttırmak amacıyla TEMĐ Obezite, Dislipidemi ve Hipertansiyon Çalışma Grubu oluşturulmuştur. Bu çalışma grubunun faaliyetleri aşağıda belirtilmiştir:

✓ Obezite ve obezite ile ilişkili hastalıklar hakkında birinci, ikinci ve üçüncü basamak hekimlerinin eğitimlerini ulusal ve bölgesel toplantılar ile sağlamak,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

✓ Bu alanda çalışan hekimlerin bilgilerinin güncellenmesi için kılavuzlar hazırlamak,

✓ Obezite hakkında halkın bilincinin arttırılmasına yönelik bilgilendirme toplantıları yapmak,

✓ Yazılı ve görsel magazinde yer alan bilimsel gerçeklerden uzak bilgiler ve Öneriler hakkında toplumun bilinçlendirilmesini sağlamaktır.

Yukarıda sayılan amaçlar doğrultusunda TEMD Ulusal kongrelerinde obezite yönetimini hakkında düzenli olarak sempozyum ve paneller düzenlenmektedir. TEMD Obezite, Dislipidemi ve Hipertansiyon Çalışma Grubu 2015 yılından itibaren "Obezite Kılavuzu" hazırlamaktadır. Ayrıca 2018 yılında "Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu" hazırlamış ve dağıtmıştır. Söz konusu kılavuzlar online olarak dernek sitesinde hekimlerin ulaşımına açılmıştır.

6.13.5.10 Obezitenin Bariyatrik Cerrahi ile Tedavisine Karar Verilmeden Önce Uygulanması Tercih Edilen Tedavi Yöntemleri ve Nedenleri ile İstatistik Veriler Nelerdir?

Obezite hastalarında kilo kaybını sağlamak ve kaybedilen kiloyu korumak için ilk ve en önemli basamak, davranış tedavisidir. Davranış tedavisinin içinde uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile kilo verdirici sağlıklı bir diyet ve fiziksel aktivite bulunur. Çalışmalarda yaşam tarzı değişiklikleri ile sağlanan ortalama kilo kaybı % 5-8 oranında değişmektedir. Davranış, diyet ve egzersiz tedavisinden oluşan yaşam tarzı değişikliklerine rağmen hedeflenen kilo kaybına ulaşamayan hastalarda ilaçlarla tedavi gündeme gelmektedir. Tedavi öncesi obezite hastalarının uygun şekilde değerlendirmesi, tedavi başarısı için çok önemlidir. Başlangıç aşamasında hasta yaşam tarzı, yeme davranışları, fiziksel aktivite düzeyi, psikolojik durumu, tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, osteoartrit, dislipidemi, uyku apne sendromu gibi obezite ilişkili hastalıkları açısından multidisipliner bir anlayış içinde değerlendirilmelidir.

Obezite hastalarında uygulanacak diyet, egzersiz ve davranış tedavisinden oluşan ilk basamak tedavinin planlanması obezite konusunda deneyimli bir hekim yönetiminde bu konuda deneyimli diyetisyen ve psikolog tarafından düzenlenmelidir. Tedavi sürecinde hastanın özelliklerine ve obezite ilişkili ek hastalıklarına göre ilgili branş uzman hekimlerinden de destek



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

alınmalı ve tıpkı değerlendirme sürecinde olduğu gibi tedavi süreci de multidisipliner bir anlayışla yürütülmelidir.

6.13.5.11 Obezite Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişiklikleri

6.13.5.11.1 Davranış Tedavisi:

Davranış tedavisinde amaç hastanın beslenme ve egzersiz davranışında değişim yaratmaktır ve bunun için hastadan bazı becerileri edinmesi istenir. Bu beceriler beslenme eğitimi ve egzersize ek olarak; kendini izleme, hedef belirleme, dürtü kontrolü, davranışsal yerine koyma ve pozitif pekiştirme. Bu becerilerin yanı sıra sosyal destek sistemlerinin gözden geçirilmesi ve bilişsel değişiklik de tedavi hedefleri arasında bulunmalıdır. Çalışmalar orta ve yoğun ölçekli davranış tedavisi uygulanan obez hastalarda %5 ve üzerinde kilo kaybı sağlanma oranlarının davranış tedavisi uygulanmayanlara ya da hafif yoğunluklu uygulananlara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Obezitesi olan hastaya yardımcı olabilmek için, kişinin geçmişteki başarı ya da başarısızlık öykülerini öğrenmek, yeme davranışlarını etkileyen faktörleri tespit etmek ve bu sorunları giderebilecek yöntemleri ortaya koymak gerekmektedir. Tedavinin başarılı olabilmesi için öncelikle hastanın motivasyonunu sağlanmalıdır. Bu nedenle hem hastanın başvurduğu sağlık kuruluşunun hem de yakın çevresinin desteği önemlidir. Ailede fazla kilosu bulunan kişiler varsa ve hasta aileyle birlikte yaşıyorsa tedavide o ailenin beslenme ve yaşam alışkanlıklarını da düzeltmek gerekmektedir. Aksi bir durumda hasta kendi başına yol alamayacağından bir süre sonra İçine yaşadığı çevreye uyum sağlayıp, eski beslenme alışkanlıklarına geri dönecektir.

Gerçekçi olmayan hedefler koymak, yanlış tutum ve davranışların farkında olmamak ve stres başarısızlığın önemli sebeplerindendir. Tedavi sürecinde hastanın stresini azaltmak önemli amaçlardan biri olmalıdır. Hasta ve hekim birlikte tutarlı, ulaşılabilir hedefler belirlemelidir. Periyodik olarak bu hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı kontrol edilmelidir. Kontrollerin sık yapılması, etkili ve uzun süreli sosyal destek verilmesi, bu süreçte hastanın yalnız olmadığını hissetmesi ve kendisini bir takımın parçası gibi görmesi tedaviye uyumu ve başarıyı arttıran önemli faktörlerdir. Obez hastaların kilolarında kalıcı değişiklikler yapabilmek İçin, onların yaşamlarını kalıcı olarak değiştirebilecek stratejileri bulmak ve uygulamak gereklidir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.5.11.2 Egzersiz Tedavisi:

Kilo verilmesinde ve verilen kilonun muhafazasında önemli tedavi stratejileri arasında Fizik Aktivitenin artırılması ve Egzersiz gelir. Egzersizin kilo vermenin dışında insülin direncinin ve sağlık için daha zararlı olan karın içi (visseral) yağın azaltılması, kan basıncı ve lipid profilinin düzelmesi ve kas kitlesinin artması gibi pek çok ek yaran vardır.

Hareketsiz bir yaşam tarzı, ciddi komorbid hastalıkları olan ve/veya yaşlı bireyler fiziksel aktiviteye başlamadan önce mutlaka kardiyovasküler açıdan değerlendirilmelidir. Hastanın yaşı, eşlik eden kronik hastalıkları, şikâyetleri gözden geçirilmeli, EKG'si ve gerekli görülen diğer tetkikleri istenilmelidir. Obezite tedavisinde haftada 150 dakika orta yoğunluklu veya 75 dakika yüksek yoğunluklu aerobik fiziksel aktivite veya bunların eşdeğer kombinasyonunun yapılması önerilmektedir. Haftalık seans sayısı en az üç olmalıdır. Bir egzersiz seansında ortalama 200 kcal harcanması hedeflenmelidir. Yürüyüş, bisiklete binme, basketbol, tenis, futbol, voleybol gibi spor aktiviteleri popüler egzersiz türleridir. Hasta istediği aktiviteyi seçmesi konusunda özendirilmelidir. Aerobik aktivite yanında haftada iki ile üç kez kas kuvvetlendirici direnç egzersizleri önerilir. Hastalara omuz, kol, sırt, karın, kalça ve bacak kasları gibi tüm majör kas gruplarını kapsayan kas güçlendirici aktivite yaptırılması tavsiye edilmektedir. Önemli komorbiditeleri olmayan fazla kilolu ve obez olgularda egzersiz reçetesi için fizik tedavi uzmanı veya fizyoterapist gibi sağlık meslek mensuplarının varlığı mecburi değildir. Ancak sağlık meslek mensuplarının hasta ile ilgilenmesi ve egzersiz uygulamasında aktif rol alması hasta uyumunu ve başarıyı arttırmaktadır.

Randomize kontrollü çalışmalar orta şiddette haftada >150 dakika egzersiz yapılmasının ortalama 1-3 kg kaybettirdiğini göstermektedir. Egzersizin şiddeti arttıkça kaybedilen kilo artmaktadır. Başka bir çalışmada ise orta veya yüksek yoğunluktaki aerobik çalışmanın kalori kısıtlı diyet olmaksızın erkek ve kadınlarda karın içi yağ dokusunda azalma sağladığı gösterilmiştir. Düşük kalorili bir diyetle ek olarak düzenlenen egzersiz tedavisinin yaklaşık vücut ağırlığının %1-3'ü kadar ek kilo kaybı sağladığı gözlenmiştir. Egzersiz yoğunluğu arttırılırsa bu oran daha fazla olabilmektedir.

6.13.5.11.3 Diyet Tedavisi

Günümüzde obezite salgınına neden olan iki temel problem üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bunlardan birisi artmış kalori alımı, diğeri ise azalmış enerji harcamasıdır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Kilo artışı sonuç olarak, alınan enerjinin harcanandan fazla olmasından kaynaklandığından, diyet tedavisinde temel noktalardan bir tanesi tüketilen total kalorinin azaltılmasıdır. Obez ve fazla kilolu bireylerde uygulanacak diyet; kişinin beslenme alışkanlıklarına, fiziksel aktivitesine, eşlik eden hastalıklarına, daha önceki diyet girişimlerine ve kültürel özelliklerine göre bireyselleştirilmiş dengeli ve kalori kısıtlı olarak düzenlenmelidir. Günlük hesaplanan kalori miktarının 500-1000 kcal/gün (ya da %30) azaltılması haftada ortalama 0.5-1 kg kayba sebep olur. Bireyin mevcut yanlış beslenme alışkanlıkları yerine; doğru ve kalıcı beslenme alışkanlıkları kazandırmak ve bireyin bu doğru alışkanlıkları yaşam boyu sürdürmesini sağlamak da diyet tedavisinin hedeflerinden olmalıdır.

Bilimsel olmayan popüler ve/veya tek tip besin tüketimine dayalı diyetler çeşitli sağlık riskleri taşımaları ve sürdürülebilir olmamaları nedeniyle kullanılmamalıdır. Diyetteki karbonhidrat, yağ ve proteinler makrobesin öğeleridir. Makrobesin İçerikleri farklı diyetlerin (düşük yağlı, yüksek proteinli vb) uzun dönemde kilo kaybı üzerine belirgin farklılıkları gösterilememiştir. Dahası dengesiz makrobesin içerikli diyetler kişinin mevcut ek hastalıklarına bağlı olarak çeşitli riskler içermekte ve hatalı zayıflama programları bireyin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle hastaya uygun beslenme programının bilimsel doğrular çerçevesinde obezite konusunda uzman diyetisyen tarafından düzenlenip uygulanması önemlidir.

6.13.5.12 Obezitenin Medikal Tedavisi

Obezitesi olan bireylerde tedavinin ilk ve en önemli basamağı uygun hayat tarzı değişiklikleri, kilo verdirici diyet ve fiziksel aktivitenin arttırılmasıdır. Ancak bu önlemler ile hedeflenen kilo kaybı sağlanamayan hastalarda ilk basamak non-farmakolojik önlemlere ilave olarak medikal tedaviye ihtiyaç duyulmaktadır. BKİ 30 kg/m² olan veya BKİ 27 kg/m² olup beraberinde ciddi bir obezite ilişkili bir komplikasyon olan kişilere uygun hayat tarzı değişikliği, diyet ve egzersiz ile birlikte farmakoterapi önerilmektedir. Genel olarak 3 ile 6 ay boyunca hayat tarzı değişikliği, uygun diyet ve egzersiz programı ile takip edilip başlangıç kilosunun %5'ini veremeyenlere ilaç tedavisi başlanması düşünülebilir.

Yaşam tarzı değişikliklerine ilaç tedavisinin eklenmesi, sadece yaşam tarzı değişikliklerine göre daha fazla kilo kaybına ve elde edilen kilo kaybının korunmasına yardımcı olur. Hastaların tedaviye uyumunu kolaylaştırır ve obeziteye bağlı sağlık risklerinin



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

İyileşmesine katkı sağlar. İlaç tedavisine başlarken tedavi ile yaklaşık %10-15 kilo kaybı oluşacağı, %15'den fazla kilo kaybının mükemmel bir sonuç olacağı, ilaç tedavisi kesilince verilen kiloların bir kısmının geri alınabileceği bilinmelidir. Obezite tedavisinde hedef normal kiloya ulaşmak da bu çoğunlukla mümkün değildir. Ancak % 5-10'luk kilo kayıpları bile obezite ilişkili ek hastalıklarda ve sağlık risklerinde anlamlı azalmaya neden olmaktadır. İlaç tedavisinin ne kadar sürdürüleceği konusunda bir uzlaşma bulunmamaktadır. Yeterli kilo kaybı sağlanıp ilaç tedavisine son verilenler kilo geri alımının önlenmesi için uygun hayat tarzına devam etmeleri için teşvik edilmeli, takip ve önlemler ömür boyu sürdürülmelidir.

Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar etki mekanizmalarına göre yağ emilimini bozan (Orlistat) ve merkezi etki ile iştah kontrolü üzerinden etki gösterenler (glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1) reseptör agonisti, serotonin agonisti, semptomimetik ve kombine ajanlar} olarak sınıflandırılabilir. Şu anda Dünya'da bazı ülkelerde kullanılan anti-obezite ajanlardan olan fentermin-topiramet, lorkaserin, naltrekson-bupropion, orlistat ve liraglutide adlı ajanlardan Türkiye'de ruhsatlı olarak sadece orlistat ve liraglutide bulunmaktadır. Bu ilaçların etki mekanizmaları, etkinlikleri, kontrendikasyonları ve yan etki profilleri tablo 1'de ayrıntılı özetlenmiştir. Halen antiobezite ajanı olarak kullanılan tüm ilaçların, ilaca göre değişmekle birlikte, plaseboya göre anlamlı olarak daha fazla oranda ve ortalama % 5 ile %15 oranında kilo kaybına neden olduğu gösterilmiştir. Ancak mevcut ilaçları birebir karşılaştıran klinik çalışmalar yok denecek kadar azdır. Bu nedenle hangi ilacın ilk önce tercih edileceğiyle ilgili öneri mevcut değildir. Reçetelendirmede hastanın obeziteye eşlik eden hastalıkları, kullanılacak ilaçların yan etki ve kontrendikasyonları göz önüne alınarak kişiye uygun ilaç tercihi yapılmalıdır.

6.13.5.13 Obezitede Kanıta Dayalı Olmayan, Tartışmalı Tedavi Yöntemleri

Obezitede kanıta dayalı olmayan tartışmalı tedavi yöntemleri olarak diyet destek ürünleri, bitkisel ajanlar ve akupunktur sayılabilir. Reçetesiz satılan diyet ürünleri kilo vermek isteyenler tarafından sıklıkla "mucizevi çözüm" olarak görülmektedir. Günümüzde kilo verdirici olduğu iddia edilen 50 çeşitten fazla zayıflatıcı ek besin maddesi ve 125'in üzerinde ticari ürün bulunmaktadır. Fakat obezite dernekleri veya konu ile ilgili hekimler tarafından kanıta dayalı şekilde Önerilebilecek bir ürün halen mevcut değildir. Akupunktur konusunda yapılmış çalışmaların büyük bir kısmı ise kontrolsüz, kısa süreli veya yeterli plasebo kontrol grubu ile



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

desteklenmemiş çalışmalardan oluştuğu için akupunktur yöntemlerinin etkinliği hakkında da net bir yorum yapılamamaktadır.

6.13.5.14 Obeziteyle mücadelede kullanılan tedavi yöntemlerinin yandaş hastalıklar açısından avantajları ve dezavantajları ile uygunluk bakımından değerlendirilmesi

Obezite ile mücadelede başlangıçtaki vücut ağırlığının ortalama %10'unun verilmesi ile eşlik eden metabolik, psikiyatrik veya mekanik hastalıkların veya sorunların önemli ölçüde düzelmesi mümkündür. Bu hastalıklar tam şifa olmasa dahi, seyirleri yavaşlar, ilaçla kontrol edilemiyorsa kontrolü kolaylaşır, çoklu ilaçlarla tedavi ediliyor ise ilaç sayısını azaltmak mümkün hale gelir. Örneğin Tip 2 Diyabet remisyona girebilir, daha iyi şeker kontrolü sağlanabilir, ilaç sayısı azaltılabilir ya da insülin kullanılıyorsa dozunu azaltmak mümkün hale gelir. Prediyabet düzelir ve diyabet gelişme riski düşer. Kan basıncı düşer ve hipertansiyonun kontrolü kolaylaşır. Kanseri ve kalp-damar hastalığı riski düşer. Eklem sorunlarında ise kilo kaybı ile hem eklem fonksiyonlarında hem de hastanın şikayetlerinde belirgin düzelme olur. Apnesi olan hastaların apne sıklığına göre tamamen düzelme ya da apne sıklığında düşüş izlenir. Kilo kaybı ile pankreatit riski düşer ve reflüsü olan hastalarda reflüde iyileşme görülür. Safra kesesi taşı sıklığı ise kilo kaybı hızı ile doğru olarak artar. Burada önemli olan nokta, kilo verme yönteminden bağımsız olarak safra kesesi taşı sıklığının arttığının bilinmesidir.

6.13.5.14.1 Tedavi yöntemlerinin obezitedeki yandaş hastalıklar üzerine etkisiyle ilgili bireysel dezavantaj ve avantajlarını özetleyecek olursak;

6.13.5.14.1.1 Egzersiz tedavisinin dezavantaj ve avantajları:

Egzersiz ile verilen kilonun geri alınması önlenir. Motivasyon artırılır, egzersiz sırasında salgılanan kas dokusu kaynaklı hormonlar kan basıncının düşmesini ve endotel fonksiyonlarının düzelmesini sağlar. Egzersiz sayesinde insülin direnci düzelir, iştah merkezi daha kolay regüle olur. Ancak egzersiz öncesinde kişinin sağlık koşullarının iyi değerlendirilmesi gereklidir. Bilinçsiz egzersiz ile hastada zaten var olan bir eklem problemi kötüleşebilir. Kalp ritmi bozukluğu varsa kötüleşebilir, damar hastalığı varsa egzersiz sırasında aşırı hale gelebilir. Bu nedenlerle bir hastaya egzersiz önerirken bu açılardan tıbbi bir değerlendirme yapıldıktan sonra egzersiz reçetesi önerilmelidir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.5.14.1.2 İlaç tedavisi avantajları ve dezavantajları:

Şu anda dünyada kullanılan anti-obezite ajanlardan olan fentermin-topiramet, lorcaserin, naltrekson-bupropion, orlistat ve liraglutide adlı ajanlardan Türkiye'de sadece orlistat ve liraglutide kullanılmaktadır. Genel olarak ilaç tedavisinin avantajı kişinin kilo kaybı ivmesini arttırdığı için tedaviye uyumu arttırmasıdır. Cerrahi İstemeyen hastalar için de İlaç tedavisi iyi birer alternatiftirler. Dezavantajlarından en önemlisi İlaçlar bırakıldığında yeniden kilo alınmasıdır. Bu özellikle davranış değişikliğini başaramayan, egzersiz ve beslenme alışkanlıklarını değiştiremeyen çoğu hasta için geçerlidir.

6.13.5.14.2 Türkiye'de bulunan iki ilacın spesifik dezavantajları;

6.13.5.14.2.1 Orlistat:

Yağlı dışkılama nedeniyle dışkı kaçırmak. Bu özellikle beslenme tedavisine uymayan hastalarda daha belirgindir. Gaz ve şişkinlik görülür. Kullanılan diğer ilaçların emilmesinde sorunlar ve yağda eriyen vitaminlerin emilmesinde azalma ile vitamin eksiklikleri görülebilir. Çok güçlü bir kilo verdirici ajan olmayıp, kilonun sabit tutulması açısından yararı olabilir.

6.13.5.14.2.2 Uraglutide:

Özellikle tedavi başlangıcında daha belirgin olan bulantı ve kusma en sık görülen yan etkidir. Bunun dışında kabızlık, ishal ve karın ağrısı görülebilir. Günlük enjeksiyon olarak uygulanması bazı hastalar tarafından dezavantaj olarak görülebilir. Kan şekeri kontrolünde de kullanılan bir ajan olduğundan, diyabeti olan obez hastalarda oldukça İyi bir seçenektir.

6.13.5.15 Cerrahi tedavinin avantajları ve dezavantajları

Uygun hasta seçimi koşulu ile şu an bilinen en hızlı ve en etkili kilo verdirici yöntem Obezite cerrahisidir. Obeziteye ait risklerin oldukça yüksek olduğu hastaların ameliyata aday olması gerekir. Zira bilimsel olarak ancak bu grup hastaların mevcut sağlık riskleri, bu operasyonlara bağlı olarak görülen riskleri göz alacak kadar yüksektir. Kısa vadeli sonuçlar diyabet, hipertansiyon, yağ metabolizma bozukluğu, kalp-damar hastalığı riski, apne üzerine olumlu etkilerinin olduğunu göstermiştir. Obezite ameliyatının en önemli dezavantajı geri dönüşümsüz bir işlem olmasıdır. Henüz 10 yıldan bu yana uygulanan bir tedavi yöntemi



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

olduğundan, sağlık üzerine uzun dönem etkileri ile ilgili net bir yorum yapmak kolay değildir. Kanser riski, şeker metabolizması üzerine olan etkiler ve psikososyal etkileri konusunda henüz yeterince bilimsel veri yoktur. Bunun dışında cerrahiye ait birtakım dezavantajlar şu şekilde sıralanabilir;

6.13.5.15.1.1 Erken dönemdeki sorunlar:

Dikiş (stapler) yerinden kaçak olması, enfeksiyon, kusma en sık görülen sorunlardır. Bunun dışında erken dönemde yaşanabilecek ameliyat ile ilgili sorunlar aşağıda belirtilmiştir.

6.13.5.15.1.1.1 Wernicke ensefalopatisi:

B gurubu bir vitamin olan Tiamin eksikliğine bağlı ortaya çıkan mental değişiklikler, istemsiz hareketler ve görme sinirinin felciyle karakterize ciddi bir nörolojik hastalıktır. Eğer tedavi edilmezse veya ilerlemiş dönemde tanı konursa, kurtulanların %85'inde Korsakoff sendromu olarak bilinen kalıcı mental bozukluklar gelişebilir. Sıklıkla ameliyattan sonraki 6 aylık dönem içinde gelişir ancak oral alımı kötü, ileri derecede bulantı, kusması olan olgularda postoperatif 3. hafta gibi erken bir dönemde de gelişebilir.

6.13.5.15.1.1.2 Dumping Sendromu:

Dumping sendromu, Özellikle gastrik bypass sonrası yüksek oranda basit karbonhidrat tüketen hastalarda %50'ye varan oranda görülebilir. Ortalama görülme sıklığı %7-12 arasındadır. Hastalar sıklıkla yemek sonrası gelişen karın ağrısı, ishal, bulantı ve taşikardi şikâyeti ile başvururlar.

6.13.5.15.1.1.3 Nutrisyonel eksiklikler:

Spesifik besinlerin alım miktarının azalması, besin intoleransi ve midenin büyük kısmının uzaklaştırılması sonucu mide asidinin azalmasına bağlı olarak nutrisyonel eksiklikler görülebilir. Bazı hastalarda ciddi protein-kalori malnütrisyonu ve yağ emilim bozukluğu görülebilir. Sorunlar en sık emilim bozucu cerrahiler sonrası görülebilir. Bariyatrik cerrahi sonrası en yaygın eksiklikler vitamin B12, demir, kalsiyum ve vitamin D eksikliğidir. Komplikasyonlara yol açabilecek diğer eksiklikler arasında tiamin, folat ve yağda çözünür vitaminler bulunur. Yine özellikle emilim bozucu operasyonlardan sonrasında çinko, bakır, selenyum gibi mineral eksiklikleri gözlenebilir. Bariyatrik cerrahiden sonra beslenme ve



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

nütrisyonel komplikasyonların önlenmesi ve tedavisinde danışmanlık, izlem ve besin ve mineral takviyesi esastır.

6.13.5.15.1.2 Geç dönem komplikasyonlar:

Geç dönemde ise en sık ameliyat yerinden fıtık ve diğer hızlı kilo kaybı yapan durumlarda olduğu gibi safra kesesi taşı gibi komplikasyonlar görülebilir. Sık görülen geç dönem komplikasyonlar aşağıda belirtilmektedir.

6.13.5.15.1.2.1 *Bariyatrik cerrahi sonrası kilo geri alımı:*

Cerrahi sonrası kilo kaybı oranı uygulanan spesifik bariyatrik işleme göre farklılık gösterir. Genellikle ameliyat sonrası ilk birkaç ay hızlı kilo kaybı olur. Kilo kaybı 1,5-2 yıl devam eder ve sonrasında genel olarak plato çizer. İlk yıl sonunda hastaların genellikle 30-50 kg arasında kilo vermiş olmaları beklenir. Bariyatrik cerrahi sonrası yeniden kilo alma önemli bir sorun olup görülme sıklığında değişik oranlar bildirilmektedir. Hastaların yaklaşık yarısı 10 yıllık takipte, yeniden kilo alırlar. Alınan kilo miktarı, cerrahi yöntemlere ve farklı serilere göre değişkenlik gösterir.

6.13.5.15.1.2.2 *Hipoglisemi:*

Hipoglisemi cerrahiden yaklaşık ortalama 2,7 yıl sonra ortaya çıkmaya başlar. Oluşturulan anatomik değişiklikler sonucu gıda dağılımındaki hız kısıtlayıcı basamağın ortadan kalkması sonucu gıdalar doğrudan ince barsağa gelir. Bunun sonucunda insülin salgısında ani bir artış ve sonucunda reaktif hipoglisemi ortaya çıkar. Dumping sendromu olan olguların yaklaşık %50'sinde hipoglisemi görülebilir, yemek sonrası insülin ve C-peptid düzeyinde artış ortaya çıkar.

6.13.5.15.1.2.3 *Gastroözafagial reflü:*

Sleeve gastrektomi ve AGB operasyonların takiben göğüste yanıcı ağrı, ağıza acı su gelmesi gibi semptomlar gelişebilir. Birinci basamak tedavisi medikal tedavidir. Stoma stenozu bulunması, hiatal fıtık gibi ek problemlerin eşlik etmesi veya medikal tedaviye dirençli olması durumunda cerrahi revizyon düşünülebilir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

6.13.5.15.1.2.4 *Safra kesesi taşı:*

Hızlı kilo kaybı safra taşına neden olur. Cerrahiden 6 ay sonra hastaların yaklaşık %38'inde kolelitiyazis gelişmektedir. Buna rağmen Bariyatrik cerrahi sırasında profilaktik kolesistektomi yapılması tartışmalıdır.

6.13.5.15.1.2.5 *Vitamin D eksikliği-osteomalazi-osteoporoz:*

Vitamin D eksikliği klinik olarak osteomalazi ve kemik kaybına neden olur. Bariyatrik cerrahi girişimlerinde ilk 2 yıl içinde %10-25, 4 yıl içinde %25-48 oranında kalsiyum eksikliği görülür. Vitamin D eksikliği ise ilk 2 yılda %17-52,4 yılda %50-63 oranında görülür. Cerrahi İşlem sonrası alım azlığı, pankreas ve safra sekresyonlarında bozulma, proksimal ince barsakta emilim azlığı gibi nedenler vitamin D eksikliğine neden olabileceği gibi cerrahi işlem sonrası vitamin D döngüsünün hızlanması da vitamin D eksikliğine neden olur. Normal şartlarda obezite yüksek kemik dansitesi ile ilişkilidir. Ancak normal PTH ve vitamin D düzeyine karşın hızlı kilo kaybında kemik dansitesi azalır. Kilo kaybı sırasında kemik döngüsündeki artış ve kalori kısıtlaması kemik kaybını artırır.

6.13.5.15.2 Tedavi yöntemine uygunluğun belirlenmesi:

6.13.5.15.2.1 *İlaç tedavisi:*

Beden kitle indeksi 30 kg/m² ve üzerindeki hastalar veya 27 kg/m² ve üzerinde olan ve obezite ilişkili, yukarıda belirtilen ciddi bir hastalığı olan her birey, beslenme ve egzersiz tedavisi ile davranış değişikliğinin yanı sıra ilaç tedavisi için birer adaydır. İlaç seçiminde hastanın mevcut hastalıkları ve klinik durumunun değerlendirilmesi önemlidir. Örneğin ciddi kabızlığı olan bir hastada liraglutide iyi bir seçenek değilken, başka bir yakınması olmayan diyabetik bir hastada liraglutide iyi bir seçenektir. İlaç tedavisinin bir diğer kullanım alanı da obezite cerrahisi sonrası verilen kilonun %25'i ve daha fazlasını geri alan kişilerdir.

6.13.5.15.2.2 *Cerrahi tedavi:*

Beslenme, egzersiz tedavisi ve davranış değişikliğine rağmen ağırlık kontrolünde başarısız olunan adaylara bunlara ilave olarak tıbbi tedavi uygulanır. En az altı ay süreyle uygulanan tıbbi tedaviye rağmen yeterli kilo kaybı sağlanamayan hastalarda ise bariyatrik cerrahi ihtiyacı gündeme gelebilir. Öte yandan günümüzde diyet, egzersiz ve tıbbi tedavi ile elde edilen



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

en yüksek kilo kaybı %10-15 civarındadır. Dolayısıyla bir kişi başarıyla kilo verdiği halde olması istenilen vücut ağırlığının çok üzerinde olabilir. Bu durumda da bariatrik cerrahi ihtiyacı gündeme gelebilir. Bariatrik cerrahi ihtiyacı en az 6 aydır bir obezite merkezince veya bir Endokrinoloji uzmanı, yada obezite ile ilgilenen bir iç Hastalıkları uzmanı tarafınca izlenen bir hastada istenilen kilo kaybı sağlanamadığında gündeme gelir.

Yukarıdaki koşullarda Bariatrik cerrahi tedavisi şu hastalar için uygundur;

1. BKİ > 40 kg/m² olan ve ameliyat için kontrendikasyon taşımayan hastalar
2. BKİ > 35kg/m² olan ve obeziteye eşlik eden tip 2 DM, hipertansiyon dislipidemi, uyku-apne sendromu vb. hastalıkları kontrol altında olmayan hastalar.
3. BKİ 30-35 kg/m² arasında olan tip 2 DM tanılı hastalar için bariatrik cerrahinin faydalı olabileceğini bildiren çalışmalar olmakla birlikte yeterli kanıt olmadığından bu gruba rutin olarak cerrahi tedavi önerilmemektedir. Ancak etkin ve yoğun antidiyabetik tedaviye rağmen yeterli glisemik kontrol sağlanamayan seçilmiş bazı vakalarda bariatrik cerrahi düşünülebilir.

Aşağıdaki durumların varlığında bariatrik cerrahi yapılması uygun değildir:

Gebelik, ciddi gastrointestinal hastalıklar, aktif kanser, kontrol altında olmayan kalp ve akciğer hastalığı, portal hipertansiyonun eşlik ettiği ileri karaciğer hastalığı, pulmoner hipertansiyonun eşlik ettiği kontrol altında olmayan uyku apne sendromu, ciddi hematolojik veya otoimmün hastalıklar. Yüksek tıbbi risk, hastanın yapılacak işlemi anlamaması, gerçekçi olmayan beklentiler, çözümlenemeyen psikolojik/psikiyatrik hastalık, madde kullanımı/alkolizm varlığı durumlarında da cerrahi yapılmamalıdır. On sekiz yaşının altında veya 65 yaşının üstü olmak görece kontrendikasyon olarak kabul edilmektedir.

6.13.5.15.3 Obezite Hakkında önemli görülen diğer hususlar.

Günümüzde obezite cerrahisi pek çok ülkede yaygın olarak uygulanmaktadır. Obezite cerrahisinin kimlere ve nasıl uygulanması gerektiği ulusal ve uluslararası kılavuzlarda açıkça belirtilmiştir. Bu kılavuzların hepsinde de obezite cerrahisi olarak başlıca 4 yöntem bildirilmiştir. Bu yöntemler şunlardır:

- ✓ Laparoskopik gastrik band



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

- ✓ Vertikal Sleeve Gastrektomi
- ✓ Roux-en Y- Gastrik Bypass
- ✓ Duedonal switch ile birlikte veya tek başına yapılan Biliopankreatik diversiyon

Konuyla ilgili meslek örgütlerinin tümü, yayınladıkları kılavuzlarda bu yöntemler dışındaki ameliyatların ancak deneysel koşullarda yapılması gerektiğini ifade etmektedirler.

Oysa ülkemizde pek çok bariatrik cerrah sanki bu yöntemler genel olarak kabul edilen yöntemlermiş gibi davranmakta ve klasik yöntemler dışındaki ameliyatları hastalarına rahatça uygulamaktadır. Ayrıca bu yöntemlere 'metabolik cerrahi' veya 'diyabet cerrahisi' gibi isimler vererek hastaları yanıltmaktadırlar. Diyabet cerrahisi adı verilen bir cerrahi yöntem hiçbir uluslararası derneğin kılavuzunda tanımlanmamaktadır. Ayrıca Metabolik Cerrahi olarak adlandırılan özel bir yöntem yoktur. Yukarıda tanımlanan söz konusu bariatrik cerrahi işlemlere aynı zamanda metabolik cerrahi adı da verilmektedir. Ülkemizde klasik yöntemler dışındaki bariatrik cerrahi yöntemlerin bu şekilde rahatça uygulanmasının engellenmesi gereklidir. Ayrıca, söz konusu yöntemleri uygulayan kişilerin bu yöntemlerin reklamlarını sosyal medyada ve basında rahatça yapmaları engellenmelidir.

Aynı şekilde obezite tedavisi adına mucize diyetler, bitkisel ürünler rahatça tanıtılmakta ve pazarlanmaktadır. Ulusal ve yerel basının bu tür reklamlara aracı olmaması, bilimsel dayanağı olmayan görüşlerin topluma iletilmesine aracı olmaması gereklidir. Bu tür haberlerde abartılı ifadeler kullanılmakta, örtülü reklamlar yapılabilmektedir. Basın kuruluşları obezite ile ilgili haber ve yorumları halka aktarırken yansız olmalı, çıkar gözetmemeli, eleştirel bakış açısını kaybetmemeli, açık ve anlaşılır biçimde aktarım yapmaya özen göstermelidir. Basın mensupları meslek et iğine uymaya azami özen göstermeli, denetçi kurumlar da bu türlü ihlallere izin vermemelidir.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, obezite cerrahisi ile ilgili olarak aşağıdaki temel hususların bir kere daha vurgulanmasını gerekli ve önemli bulmaktadır:

1. Obezite sorunun en önemli çözümü obezitenin önlenmesidir. Bunun için öncelikle toplumun yaşam biçimini ve beslenme alışkanlıklarının doğru biçimde şekillenmesi gerekir. Bu konuda pek çok kurumunun sorumluluk alması ve müşterek çalışması gereklidir.

2. Obezite cerrahisi obezite ile mücadelenin son basamağıdır. Ülke çapında obezite



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

sorununu çözmesi mümkün değildir. Ancak, diğer tüm yöntemler denenmiş ve başarılı olunamamışsa, seçilmiş olgularda, deneyimli cenahlar tarafınca yapılması koşuluyla uygulanması doğrudur.

3. Obezite Cerrahisi, yeterli sürede (en az 6 ay) diyet, egzersiz ve tıbbi tedaviye rağmen kilo kaybı sağlanamamış iki hasta grubu İçin uygulanabilir:

a. BKI > 40kg/m² olan hastalar

b. BKI > 35kg/m² olan ve obeziteye eşlik eden tip 2 DM, hipertansiyon dislipidemi, uyku-apne sendromu vb hastalıkları kontrol altında olmayan hastalar.

4. Obezite Cerrahisi, Bariatrik Cerrahi ve Metabolik Cerrahi eş anlamlı terimlerdir. Obezite Cerrahisinin amacı obeziteyi tedavi etmektir. Obezite giderilince pek çok hastada metabolizma düzelir, Hipertansiyon, Tip2 Diyabet, Dislipidemi gibi hastalıklar kontrol altına alınır. Obezitesi olmayan bir Diyabet hastasında diyabeti tedavi etmek amacıyla '*Diyabet Cerrahisi*' adı altında yapılan çeşitli bariatrik cerrahi işlemlerin bilimsel dayanağı son derece kısıtlıdır. Bu uygulamaları hiçbir ulusal ve uluslararası kılavuz önermez.

5. Tüm Dünyada kabul edilmiş dört Obezite Cerrahisi yöntemi vardır. Metin içinde belirtilen bu dört yöntem dışındaki cerrahi uygulamalar ancak deneysel koşullarda (Klinik araştırma kapsamında, Etik kurul onayı ve hastaların gönüllü katılımlarıyla) yapılmalıdır. Ancak günümüzde Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinde ve Özel merkezlerde söz konusu yöntemler kontrolsüz biçimde uygulanmaktadır,

6. Benzer biçimde obezitenin tıbbi tedavisi için de rehberlerce önerilmeyen bitkisel ürünlerin, atipik diyetlerin, akupunktur ve biyorezonans gibi alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin rutin olarak uygulanması doğru değildir.

7. Obezite Cerrahisi uygulanan bir hasta cerrahi öncesinde ve sonrasında deneyimli bir ekip tarafınca takip edilmelidir. Bu ekipte bir Endokrinolog (veya Obezite konusunda deneyimli bir İç Hastalıkları Uzmanı), Bariatrik Cerrah, Diyetisyen, Fizyoterapist, Psikolog ve Hemşire mutlaka yer almalıdır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

7 UZMAN GÖRÜŞLERİ

7.1 Uzman Doktor Ender SARAÇ

Obezite konusunda, Türkiye’de en çok kişiyi zayıflatmış hekimi olarak, 200.000 civarı hasta gördüğü ve yaklaşık 100.000’in üzerinde kişiyi zayıflattığı, kendisine ait klinikte fizyoterapist, diyetisyen, estetisyen, egzersiz uzmanı gibi uzmanlarında yer aldığı 17 kişilik bir kadrosunun olduğu, bu konuda farklı ülkelerde uzmanlık eğitimleri aldığı,

Obezitenin ilk olarak sağlıklı sperm ve yumurtanın birleşmesinden başlayarak ele alınması gerektiği, bu nedenle çocuk isteği bulunan çiftlerin çocuk yapma kararından önce minimum 8-12 hafta öncesinden ağır metallerden arınması, glisemik endeksi düşük beslenmesi, testosteron düzeyini koruyarak egzersiz yapması, GDO’lu gıdalar, elektromanyetik kirlilikten kurtularak bunlardan uzak durması, sperm kalitesini yükseltmesi gerektiği,

İkincisi, annenin hamilelik döneminde mutlu, huzurlu, keyifli, glisemik endeksi düşük beslenmesi gerektiği, annenin beslenme tarzının çocuk için bir demir yumruğa dönüşebileceği, yüksek kan şekeri ve yağ düzeyi çocuğun pankreasında özellikle ilk 12 hafta organ genesisinin, organların oluşmaya başladığı dönemde annenin hatalı bir şekilde yüksek glisemik indeksli beslenmesiyle, yüksek kan şekeri oluşuyla pankreas gelişimi, sindirim sistemi gelişimi, metabolizma, endokrin sisteminin zarar gördüğü,

Üçüncü olarak sezaryenle doğum yerine insanın hayatta aldığı ilk masaj olan 6-8 saatlik baş aşağı olacak şekilde ana rahminden giderken aldığı en sağlıklı, en güzel masaj ve ilk annenin kendi genetik yapısına uygun probiyotikleri aldığı normal doğumun teşvik edilmesi olduğu, sezaryenle doğumda antibiyotik alındığı için probiyotik açısından 1-0 mağlup başladığı,

Ayrıca doğum sonrası ilk 24 ayın çocuk beslenmesinde çok önemli olduğu, bu dönemlerde kesinlikle şekerli gıdalardan uzak tutulması gerektiği, anne sütünün vazgeçilmez unsur olduğu, anne sütünün teşvik edilmesi gerektiği,

Ülkemizde obezite sorununun tüm ülkeyi kapsayan bir sorun haline geldiği, uzun ve sağlıklı yaşam ile doğrudan bağlantısı olduğu, sigara kadar zararlı olması nedeniyle kesinlikle başta okul kantinleri olmak üzere çocukların tat reseptörlerini korumak, normal sağlıklı gıdalardan da tat almalarını sağlamak için önlem alınması gerektiği,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Ayrıca beyaz un, beyaz şeker, mısır şurubu gibi zararlı ürünlerin oran olarak azaltılması, dünyada bazı ülkelerde uygulanan oranlara çekilmesi gerektiği,

Önemli bir obezite nedeni de sayılan antidepresan kullanımının azaltılması gerektiği, bu ilacı kullananlarda metabolizmanın yavaşladığı,

Sağlık Bakanlığın “supervisor”lüğünde kamu spotları oluşturulması gerektiği, örneğin ramazan ayında kampanyalar yapılarak iftar sonrası tatlı yemenin zararlarının anlatılması gerektiği,

Devletin, obeziteye karşı tahlil paketlerini karşılayarak insanların hastaneye gittiğinde, tiroid, karaciğer, B12 vitamini, D3 vitamini, insülin direnci, testosteron gibi göstergeleri rahatça öğrenebilmesinin önünün açılması,

Ayrıca televizyon programlarına paralı doktorların çıkmasına izin verilmemesi ve internetten zayıflama ilaçları satışının yasaklanması gerektiği, obezite konusunda kamu spotları hazırlanarak daha güvenilir ve daha fit, bunu başarmış olan tanınmış kişilerin rol model olarak, daha vurucu söylemlerle geliştirilerek bunların sunulması gerektiği ve bunların sadece televizyon gibi görsel medya da değil sosyal medya üzerinden de yapılması gerektiği,

Tüp mide ameliyatları ile ilgili olarak bazı büyük hastanelerin televizyonlara para verip doktor çıkarttığı ve bunların bu ameliyatlara özendirme işlevi gördüğü, kendi kliniğine gelen hastalarda bu ameliyatı olan kişilerin 3-4 yıl sonra ciddi komplikasyonları olduğunu gördüğü,

İnsanların psikolojik baskı altına alınmadan programlı bir şekilde sağlıklı beslenerek kilo verebilmesinin sağlanabileceği,

hususları ifade edilmiştir.

7.2 Doç. Dr. Emel ERGÜL

Yaklaşık 20 yıldır kanser araştırmacısı olarak çalıştığı, obeziteyle ilgili olarak instagratif bir yaklaşım benimsenmesi gerektiği, bunun için diyet değişimi, fiziksel aktivite, “lifestyle modification” denilen “hayat tarzı değişikliği” ve pharmaco-therapy uygulamalarının birlikte yapıldığı bir programla obeziteyle mücadele edilebileceği,

Toplumda bazı diyetisyenler tarafından 6 öğün tavsiye edildiği, bunun insülin kontrol amacı ile ancak yapılabileceği, normalde ideal öğün sayısının 2 öğün olduğu, beslenme şeklinin kişinin kendisine ve genetiğine uygun olması gerektiği,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Öğünden fazla yemek, kahvaltıyı atlamak, geç saatlerde yemek yeme, çok yüksek yağlı yemekler yemek, çok şekerli yiyecekler tüketmek, açlık periyodunun çok az olmasının ciddi şekilde obeziteye yol açtığı, ayrıca evlerde bulunan antidepresan ve ilaçlar ile paketlenmiş gıda maddeleri, evdeki deterjanlar ve makyaj malzemelerinin içerdikleri toksin maddeler nedeniyle hayatımızdan çıkartılması gerektiği,

Obezitenin aslında sağlık sorunundan çok eğitim sorunu neticesi olduğu, beslenme konusunun özellikle öğretilmesi gerektiği, yavaş, sakın ve çiğneme süresinin bol olduğu ideal olan 2 öğün yemeğin yaygınlaştırılması, doğal gıdalarla mevsimine göre beslenmenin teşvik edilmesi ve diyetisyenlik okulunda müfredatın değiştirilerek klasik bir 6 öğün ve herkese göre standart bir diyet uygulamasında vazgeçilmesi gerektiği,

Hayat tarzının mutlaka değiştirilerek kişinin fizyolojisi ve yaşam tarzına uygun olarak 12-16 saat arası açlık modunda ilerlenmesinin önemli olduğu, daha hareketli bir yaşam tarzının benimsenmesi gerektiği, vücudun dinlenmesi aşamasında ise özellikle gece 11 ile 3 arası saatlerde karanlık bir ortamda uyku alımına dikkat edilmesinin gerektiği,

hususları belirtilmiştir.



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**

8 DİLEKÇE KOMİSYONU GENEL KURULU TOPLANTILARI

8.1 Dilekçe Komisyonu Genel Kurulu’nun 31 Ekim 2018 Tarihli Toplantısı

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 74’üncü, 1/11/1984 tarih ve 3071 sayılı Dilekçe Hakkının Kullanılmasına Dair Kanun ile 1973 tarihli Türkiye Büyük Millet Meclisi İçtüzüğü’nün 115 ilâ 120’nci maddeleri uyarınca Dilekçe Komisyonuna gelen 1557, 1627, 1637 numaralı dilekçelerde özetle;

Bariatrik cerrahi” olarak adlandırılan mide küçültme ameliyatlarının obezite sorununu ortadan kaldırması için son zamanlarda giderek yaygınlaştığı, cerrahi uygulama sonrasında ölüm olaylarının arttığı, bu kapsamda vatandaşların bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, hekim ve sağlık kuruluşundan kaynaklanan hatanın azaltılması ile kâr amacı güderek hasta mağduriyetine sebebiyet verenlerin cezalandırılmasına ilişkin önlemlerin alınmasının istendiği,

İletilen bu talepler hakkında ilgili bakanlık ve kurum temsilcilerinden bilgi alınması suretiyle taleplerin ayrıntılı bir şekilde değerlendirilebilmesi, obezite cerrahisi uygulamalarında muhtemel komplikasyonların en aza indirgenmesi, yaşanan olumsuzlukların giderilmesi ve hasta mağduriyetinin önlenmesi için ülkemizde belirlenen standartların yaygınlaştırılması konusunda yapılan çalışmaların denetlenmesi ile dünyadaki iyi uygulama örneklerinin neler olduğunun incelenmesi ve idari veya mevzuat yönünden yapılması gerekenlerin belirlenmesi amacıyla bir alt komisyon kurulmasının gerekli görülmesi üzerine Dilekçe Komisyonu Genel Kurulunun 31 Ekim 2018 tarihli ve 4 sayılı Kararı ile **“Obezite ile Mücadele Yöntemleri ve Cerrahi Uygulamadaki Malpraktis İddiaların Araştırılması ve Alınabilecek Önlemlerin Belirlenmesi Alt Komisyonu”** kurulmasına karar verilmiştir.

Alınan karar gereği Dilekçe Komisyonu Başkanı İstanbul Milletvekili Mihrimah Belma SATIR, Kayseri Milletvekili İsmail TAMER, Kırşehir Milletvekili Metin İlhan, Kırşehir Milletvekili Mustafa KENDİRLİ ve İstanbul Milletvekili Hüda KAYA alt komisyon üyeleri olarak belirlenmiştir.

8.2 Dilekçe Komisyonu Genel Kurulu’nun 9 Haziran 2021 Tarihli Toplantısı

Dilekçe Komisyonu Genel Kurulunun 31 Ekim 2018 tarihli ve 4 sayılı Kararı ve İçtüzüğü’nün 115 ilâ 120’nci maddeleri gereğince kurulan **“Obezite ile Mücadele Yöntemleri ve Cerrahi Uygulamadaki Malpraktis İddiaların Araştırılması ve Alınabilecek Önlemlerin**



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Belirlenmesi Alt Komisyonu”, 11 toplantı ve 1’i yerinde inceleme (İstanbul) olmak üzere 36 saatlik çalışma yapmıştır. Gerçekleştirilen çalışmalar sonucu ortaya çıkan Alt Komisyon Raporu, Alt Komisyon Başkanı İstanbul Milletvekili Mihrimah Belma SATIR tarafından 28 Mayıs 2021 tarih ve 822245 sayılı yazı ile Dilekçe Komisyonu Başkanlığı’na sunulmuştur.

Dilekçe Komisyonu Genel Kurulu’nun 9 Haziran 2021 tarihli 3’üncü toplantısında:

Alt Komisyon Başkan Vekili Kayseri Milletvekili Dr. İsmail Tamer tarafından alt komisyon faaliyetleri ve alınan kararlar hakkında yapılan sunumun ardından Alt Komisyon Raporu benimsenmiş ve görüşmelere geçilmiştir.

8.2.1 Komisyon Başkanı İstanbul Milletvekili Mihrimah Belma SATIR tarafından yapılan açıklamada özetle;

Yaklaşık iki buçuk yıllık bir çalışmanın sonunda hazırlanan Alt Komisyon Raporu’nun yayınlanmasıyla beraber basın, üniversiteler, bu konuda çalışan sağlık kuruluşları ve meslek örgütlerinin konu üzerine daha da fazla eğileceği,

Raporun toplantılarına gelerek katkıda bulunan başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere bütün Bakanlıklara teşekkür ederek toplantılarda katılımcılık ve paylaşımcılığa büyük önem vererek hazırlandıkları,

Raporda Cumhurbaşkanlığı ve Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere paydaş bakanlıklar, ilişkili kuruluşlar ile meslek örgütlerine gereği için gönderilen karar sayılarını gösterir tablonun aşağıdaki şekilde olduğu;

Dilekçe Komisyonu Genel Kurulu Kararı Uyarınca Gereği İçin Gönderilen Kurum ve Karar Sayılarını Gösterir Liste	
Kurum	Adet
Cumhurbaşkanlığı	4
Sağlık Bakanlığı	26
Milli Eğitim Bakanlığı	7
Tarım ve Orman Bakanlığı	11
Gençlik ve Spor Bakanlığı	8
Çevre ve Şehircilik Bakanlığı	9
Ticaret Bakanlığı	7



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Hazine ve Maliye Bakanlığı	3
Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	3
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	1
Adalet Bakanlığı	2
Radyo ve Televizyon Üst Kurulu(RTÜK)	8
Türkiye Belediyeler Birliği	4
TOPLAM	93

Taleplerin takibinin yapılacağı, bu konuda sürekli yazışma halinde olacağını vurgulanmıştır.

8.2.2 Sağlık Bakanlığı adına Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Ahmet TEKİN tarafından yapılan açıklamada ise;

Raporda sorunun önemine değinen birçok önemli öneri ve tavsiyelerin olduğu,

Obezitenin halk sağlığı sorunu olduğu, multidisipliner bir yaklaşımla başarılı olabilecekleri,

Sağlık Bakanlığı olarak, kamuoyunda oluşan “Denetleme yapılmıyor!” algısını gerçekçi bulmadıkları, bütün kuruluşların ortalama olarak 6 ayda bir denetlendiği, zaman zaman çok denetlendikleri konusunda şikâyetlerin bile olduğu,

Sağlık kuruluşlarında cerrahi tedavinin hiçbir zaman ilk alternatif olarak vatandaşlara önerilmemesi gerektiği, üç yıl önce yayımlanan Obezite Merkezleri Genelgesi’yle obezite merkezleri kurarak özellikle insanların sağlıklı beslenmesi ve beslenme şartlarının nasıl olacağı, sağlıklı beslenmenin yanında sporunda eklenerek, bu merkezlerin kontrollerinin sağlandığı,

Obezite cerrahisiyle ilgili iş ve işlemlerin yürütülmesinin yer aldığı bir Genelge daha yayınladıkları, komisyon toplantılarında alınan tavsiye kararlarından sonra Bakanlık olarak bu konuda bir yönetmelik hazırladıkları,

Bu yönetmelikte denetim ve müeyyidelerin arttırılacağı, bu sayede uygun hastaların, uygun cerrahlar tarafından, uygun merkezlerde ameliyat yapıldığı zaman komplikasyon zararlarının ciddi ölçüde düşeceği,

Obezite ameliyatının kaçınılmaz bir ameliyat olduğu, bu ameliyatların uygun şartlarda yapılmasının sağlanacağı,



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**

Belirlenecek sertifikasyon programı ile obezite ameliyatı konusunda eğitimini almamış cerrahlarımızın sertifikasyondan geçtikten sonra bu işlemi yapabilmesini sağlayacakları, bunun aynı zamanda Sosyal Güvenlik Uygulamaları Tebliğine de konulacağı,

Sertifikası olmayan hekimler tarafından bu işlemin yapılmaması, yapıldığı zaman ciddi müeyyidelerin olacağı,

Bakanlık olarak üzerlerine düşen ne varsa yapılmaya devam edileceği, vatandaşın en ufak zarar görmemesi için bürokratik olarak çalışacakları

İfade edilmiştir.

Yapılan görüşmeler sonrası Dilekçe Komisyonu Başkanı İstanbul Milletvekili Mihrimah Belma SATIR tarafından redaksiyon yetkisiyle oylamaya sunulan Alt Komisyon Raporu oybirliği ile kabul edilmiştir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

9. USUL VE ESASA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME

9.1 Genel Olarak

Komisyonumuz, Obezitenin ülke çapında bir sorun olmasından hareketle obezite oranındaki artışların, mide küçültme ameliyatlarına olan ilgiyi giderek artırdığı, kişiye özel bir diyet ve egzersiz programı uygulamak yerine, medyanın da etkisiyle cerrahi müdahalenin pratik ve hızlı bir şekilde kilo verme yolu olarak görüldüğü, ancak ciddi komplikasyonlara sebep olabilen bu operasyonların yeterince denetlenmediği ve trajik sonuçların ortaya çıktığı iddiası üzerine obezite ve mide küçültme ameliyatı konusunu gündemine almış ve esastan incelemeyi uygun görmüştür.

Dilekçeler üzerinde yapılan usulî incelemede gündeme alınan dilekçelerin, 3071 sayılı Dilekçe Hakkının Kullanılmasına Dair Kanun ve TBMM İçtüzüğü'nün 115 ilâ 120'nci maddelerinde belirtilen koşulları taşıdığı görülmüş, dilekçelere konu edilen hususların Alt Komisyon tarafından esastan incelenmesi uygun bulunmuştur.

Gelen dilekçelerde özetle obez hastaların tedavisinde bir yöntem olarak kullanılan Cerrahi Yöntemler sonrası ölümlerin yaşanmasından şikayet edilmesine rağmen, Komisyon olarak; Obezitenin ülkemizde ve dünyada artma eğiliminin devam etmesi neticesi toplum sağlığını tehdit eder hale gelmesi ve esasında önlenebilir bir hastalık olan Obezitenin nedenleri, tedavi yöntemleri ile malpraktis (Tıbbi Kötü Uygulama) iddiaları ve alınabilecek önlemler konusunda toplumsal farkındalık yaratmak adına konuyu daha ayrıntısıyla incelemeye karar vermiştir.

8.2.3 Komisyona Verilen Bilgi ve Belgeler

Komisyonumuza gelen ve söz konusu talepleri içeren dilekçe konusu ile ilgili olarak ilgili kurumlardan yazı ile bilgi talep edilmiştir. Bahse konu dilekçe ile ilgili Bakanlıklar Kamu Kurum ve Kuruluşları ile Sivil Toplum Kuruluşları ve Dernekler;

- 1) Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 8/12/2018 tarih ve 82513422 sayılı,
- 2) Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın 19/6/2019 tarih ve 20886778-663.09-E.141055 sayılı,
- 3) Tarım ve Orman Bakanlığı'nın 1/8/2019 tarih ve 40317327-010.03-E.2275071 sayılı,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

- 4) Milli Eğitim Bakanlığı'nın 4/7/2019 tarih ve 669686699-602.05-E.12953245 sayılı,
- 5) Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın Obezitenin Önlenmesi ve Mücadele hakkındaki 22/8/2019 tarih ve 57762097-800-1562899 sayılı,
- 6) Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın 17/7/2019 tarih ve 62275760-010.05-E.10315871 sayılı,
- 7) Gençlik ve spor Bakanlığı'nın 18/6/2019 tarih ve 39746592-102.99[120.05]-E.683138 sayılı,
- 8) Adalet Bakanlığı'nın 11/6/2020 tarih ve 73640249-045.02[02]-531-2020-E-314/14257 sayılı yazısı
- 9) Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nın 12/3/2020 tarih ve 40968900/42 sayılı,
- 10) Radyo ve Televizyon Üst Kurulu'nun 28/6/2019 tarih ve 44096195-663.09-E.16495 sayılı,
- 11) Türk Tabipleri Birliği'nin 16/3/2020 tarih ve 819/2020 sayılı,
- 12) Alt Komisyon'un 18/12/2019 tarihli 7. toplantısında Türkiye Belediyeler Birliği'nin Komisyonumuza sunduğu Rapor,
- 13) Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi'nin 19.11.2018 tarihli,
- 14) Obezite Diyetisyenleri Derneği Başkanlığı tarafından Alt Komisyon çalışmalarına ve yapılacak toplantıya esas olmak üzere sorulan Rapor,
- 15) Türkiye Diyabet Vakfı'nın 8/5/2019 tarih ve 28 sayılı,
- 16) Türkiye Diyetisyenler Derneği'nin 30/1/2019 tarih ve 7 sayılı,
- 17) Türkiye Spor Hekimleri Derneği'nin 20/3/2019 tarih ve 3 sayılı,
- 18) Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin 24/1/2019 tarih ve 24 sayılı,

yazılar ve eklerinde sunulan raporlar incelenmiştir.

Ülkemizde mevcut durumun tespiti ve alınabilecek önlemlerin belirlenmesi açısından yapılan değerlendirmelerde toplumun büyük kesimini ilgilendiren obezite konusunun kamuoyu bilinci oluşturacak şekilde araştırılması, yapılan araştırma ve sonuçlarının ise yasal zeminde topluma anlatılması gerektiği aşikârdır.

8.2.4 Kavramsal Çerçeve

Obezite; bireyin ağırlık, boy, cinsiyet ve ırksal özelliklerine göre belirlenmiş olan ideal değerlerin üzerinde olduğu, ciddi ve kronik bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

obezite; **"Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal ve aşırı miktarda yağ birikmesidir."** Fazla kilolu ve obez olma, en kolay görülebilen ve aynı zamanda en kolay gözden kaçan küresel boyutta bir halk sağlığı sorunudur. Günümüzde obezite gözlenen artış bir salgın olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle, sağlık sistemi ve profesyonelleri bütüncül bir tedavi anlayışı ile fizyolojik, psikolojik hastalık veya bozukluklara neden olan obezitenin önlenmesinde, tanı ve tedavisinde son derece önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırması esas alınarak obeziteyi belirlemek için yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının tahmin edilmesinde kullanılmakta, vücutta yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir. DSÖ'ye göre uluslararası obezite sınıflandırması aşağıdaki şekildedir.

Çizelge 1: Yetişkinlerde BKİ'ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)	
	Temel Kesişim Noktaları*	Geliştirilmiş Kesişim Noktaları*
Zayıf (Düşük Ağırlıklı)	< 18,50	< 18,50
Aşırı düzeyde zayıflık	< 16,00	< 16,00
Orta düzeyde zayıflık	16,00-16,99	16,00-16,99
Hafif düzeyde zayıflık	17,00-18,49	17,00-18,49
Normal	18,50-24,99	18,50-22,99
		23,00-24,99
Fazla kilolu	≥ 25,00	≥ 25,00
Pre-obez	25,00-29,99	25,00-27,49
		27,50-29,99
Obez	≥30,00	≥30,00
Obez I. Derece	30,00-34,99	30,00-32,49
		32,50-34,99
Obez II. Derece	35,00-39,99	35,00-37,49
		37,50-39,99
Obez III. Derece	≥ 40,00	≥ 40,00

Obez ve fazla kilolu olgularda kardiyometabolik hastalık riski önemli oranda artmaktadır. Obezitede karbonhidrat metabolizması normal olsa dahi, insülin direnci ve adipokinlerin artışına bağlı endotelial disfonksiyon, dislipidemi, hipertansiyon (HT) ve vasküler inflamasyon gelişebildiği bilinmektedir. Tüm bu patogenetik değişiklikler ateroskleroz gelişmesine katkıda bulunur. Karbonhidrat metabolizmasının da bozulmasıyla aterosklerotik süreç daha da şiddetlenir ve hızlanır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

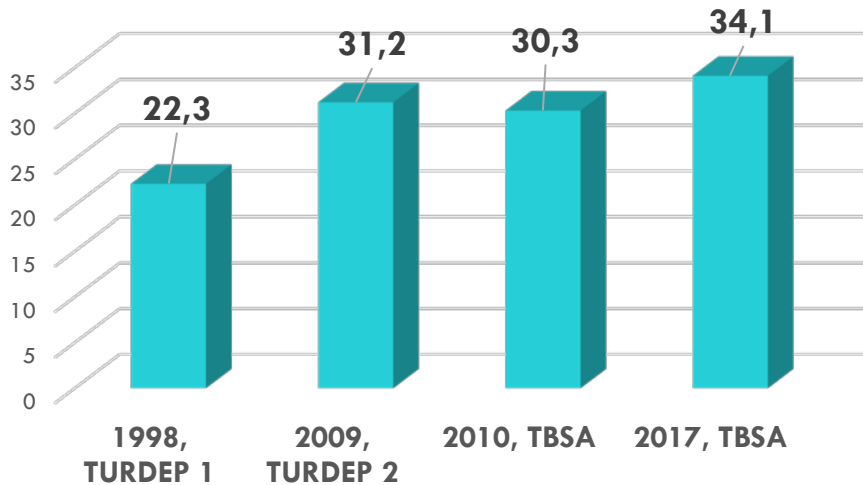
Obeziteye, obezitenin şiddeti ve süresi ile doğru orantılı olarak artan bazı kardiyometabolik hastalıklar ve diğer sistemik problemler eşlik edebilir. Bu hastalıkların obeziteye eşlik etmesi hem komplikasyon gelişme riskini artırır, hem de tedavinin düzenlenmesi sürecinde bir takım zorlukların yaşanmasına neden olur.

Obeziteye eşlik etmesi muhtemel hastalıklar ise Metabolik Sendrom ve Prediyabet, Tip 2 Diabetes Mellitus, Dislipidemi, Hipertansiyon, Kardiyovasküler Hastalıklar, Polikistik Over Sendromu, Erkek Hipogonadizmi, Uyku Apnesi, Astım, Diğer Reaktif Hava Yolu Hastalıkları, Osteoartrit, Gastrointestinal Problemler, Depresyon ve Diğer Psikolojik Bozukluklar ile Kansere şeklinde sayılabilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalara göre Beden Kütle Endeksi 30'un üzerine çıktığında ölümlerin büyük çoğunluğunun obeziteye bağlı olarak gerçekleştiği, bunun yanında bağırsak kanseri ve birçok kanserle de obezite arasında direkt bir ilişki olduğu, Tip-2 diyabet, hipertansiyon, uyku apneleri, metabolik komplikasyonlar gibi A'dan Z'ye birçok yandaş hastalığın obeziteye eşlik ettiği tespit edilmiştir.

Dünyada ve Türkiye'de yapılan birçok araştırmada azımsanamayacak kadar çok insanımızın önlenabilir hastalık olarak tarif edilen obezite hastalığından muzdarip olduğu bilinmektedir.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından Komisyonumuza gönderilen ve ülkemizde yapılan saha araştırmalarına (TURDEP -Türkiye Diyabet Prevalans Çalışması- TBSA -Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması) ait 20 yaş üzeri kişilerde obezite verileri ;





TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

şeklindedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" çalışma raporuna göre Türkiye'de obezite sıklığının;

İstanbul	33,0
Batı Marmara	30,7
Doğu Marmara	30,6
Ege	28,0
Akdeniz	30,1
Batı Anadolu	33,0
Orta Anadolu	32,9
Batı Karadeniz	31,3
Doğu Karadeniz	33,1
Kuzeydoğu Anadolu	23,5
Ortadoğu Anadolu	20,5
Güneydoğu Anadolu	22,9

şeklinde olduğu açıklanmıştır.

Yine Bakanlığın "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasına(2019) göre, 2017 yılında yapılan Türkiye'de "*Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevalansı Hanehalkı Sağlık Araştırması*" (STEPS, 2017) verilerine göre ise fazla kilolu (BKİ: 25.0-29.9 kg/ m²) olan 15 ve üzeri yaş grubu bireylerin sıklığı %35.6 (Erkek: %41.2; Kadın: %30.1) ve obez olanların sıklığı ise %28.8 (Erkek: %21.6; Kadın: %35.9) bulunmuştur. BKİ ortalamasının erkeklerde 26.4±4.5 kg/ m² ve kadınlarda 28.9±6.4 kg/ m² olduğu saptanmıştır.

Farklı çalışma grupları tarafından da yapılan araştırmalarda obezitenin doğudan batıya gidildikçe artış eğiliminde olduğu gerçektir. Son yayınlanan çalışmalara göre Türkiye'de obezitenin en yüksek görüldüğü bölgeler yüzde 37,5 ile Batı Karadeniz ve yüzde 36,9 ile Orta Anadolu olurken en az görüldüğü bölgeler ise yüzde 24,2 ile Güneydoğu Anadolu ve yüzde 24,5 ile Ortadoğu Anadolu'dur. Kadınlarda obezite oranının yüzde 39,1, erkeklerde ise yüzde 24,5 olduğu belirlenmiştir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

İstanbul'daki obezite oranı yüzde 30,7 olarak tespit edilmiştir. Nüfusun yüzde 34'ünün ise aşırı kilolu olduğu belirtilirken erkeklerde bu oran yüzde 39,9 kadınlarda ise yüzde 27,6 olarak açıklanmıştır.

Doğu Karadeniz Bölgesinde yüksek obezite oranlarına rastlanırken Akdeniz Tipi Beslenmesi ile bilinen Ege Bölgesi'nde de azımsanmayacak derecede obezite oranları belirlenmiştir. Buna karşın obezite en az Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın tüm çocuk yaş grubu ortalamaları baz alınarak yaptıkları bölgesel şişmanlık yüzdelerini gösterir harita ise aşağıdaki şekildedir.



Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 yılı itibarı ile dünyada 5 yaşın altında 41 milyon fazla kilolu veya obez çocuk bulunduğunu bildirmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye'de 15 yaş üstü bireylerde obezite oranı 2008 yılında %15.2 iken, 2014 yılında bu oranın %31.1 oranında artış göstererek, %19.9'a ulaştığı belirlenmiş, artış trendinin devam ettiği tespit edilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), "2019 Türkiye Sağlık Araştırması" sonuçlarına göre, boy ve kilo değerleri



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

kullanılarak hesaplanan vücut kütle indeksi incelendiğinde 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı 2008 yılında %15,2, 2016 yılında yüzde 19,6 iken 2019'da yüzde 21,1 olduğu açıklanmıştır. Obez bireylerin oranı cinsiyet ayrımında incelendiğinde, 2019 yılında kadınların %24,8'inin, erkeklerin ise %17,3'ünün obez olduğu görülmüştür.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) resmi verileri de obezite sorununun OECD ülkeleri bağlamında arttığını ortaya koymaktadır. OECD ülkeleri toplam yetişkin nüfusunun neredeyse yarıdan çoğunun fazla kilolu veya obez olduğu görülmektedir. Örneğin; Meksika'da neredeyse her üç kişiden birinin Avustralya'da ve Macaristan'da ise neredeyse her dört kişiden birinin obez olduğu gözlemlenmektedir. 2014 OECD sağlık istatistik verileri, 15 yaş ve üstü bireyler için Türkiye'deki obezite oranının, OECD ortalamasının üstünde olduğunu göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından paylaşılan 2018-2019 yılı obezite verilerine göre ise Türkiye'de beden kütle indeksi 30 ve üzerinde olan kişilerin oranı % 32.1 olmuştur. Buna göre Türkiye'de her 3 kişiden 1'i obez olup erkeklerde %15,3, kadınlarda ise 24,5 civarında bir oran açıklanmıştır.

OECD tarafından 2019 yılında yayınlanan raporunda ise obezite sorunu yaşayanların sağlık hizmetlerinden daha sık yararlanma eğiliminde olduğu, obezlerin normal bireylere göre yaklaşık 2,5 kat daha fazla sağlık harcaması yaptığını belirlemiştir. Ayrıca OECD ülkelerinde obezite kaynaklı hastalıkların tedavisinin, toplam sağlık harcamalarının yüzde 8,4'ünü oluşturduğu belirlenmiştir. Raporda Türkiye ile ilgili rakamlar da yer almakta olup, söz konusu dönemde Türkiye sağlık harcamalarının yüzde 12'sinin obeziteye bağlı hastalıklara ayrılacağı ön görülmektedir. İlgili raporda 2020-2050 yılları arasında obeziteye bağlı hastalıklara en çok bütçe ayıracak ülkeler ise;

- 1-Amerika Birleşik Devletleri - 644.8 dolar
- 2-Almanya-411.2dolar
- 3-Kanada - 295 dolar
- 4-İtalya - 234 dolar
- 5-İspanya - 226.9 dolar
- 6-Avustralya - 207.3 dolar
- 7-Birleşik Krallık - 188.5 dolar



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

8-Fransa - 148.2 dolar

9-Rusya - 101.9 dolar

10- Türkiye - 99 dolar

10-Brezilya - 94.4 dolar

11-Çin 52.7 dolar

12-Hindistan - 16.4 dolar

Şeklinde sıralanmıştır.

Gelişmekte olan ülkelerde risk faktörüne bağlı ölümlerde Fazla Kilo yada obezitenin yeri ise aşağıda görüleceği üzere oldukça yukarılardadır.



DSÖ, OECD, Sağlık Bakanlığı ve TUİK gibi organizasyonların bu verileri, obezite sorununun bireysel ve toplumsal açıdan tehdit oluşturmaya başladığını ortaya koymaktadır.

8.2.5 Obezite Sıklığındaki Artışın Nedenleri

Obezite, enerji alımı ve tüketimi arasındaki dengesizlik nedeniyle oluşmaktadır. En önemli neden ise yüksek kalorili besinlerin aşırı tüketilmesidir. Obezite hastaları temel ihtiyaçlarını karşılamalarına rağmen gereksinimlerinin çok ötesinde aşırı yemek tüketimine ve



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

yanlış beslenmeye devam ederler. Obezite sıklığındaki artışın temel nedeni insan biyolojisinin modern dünyanın değişen yaşam koşullarına uyum gösterememesidir. Burada hem genetik yatkınlık hem de çevresel koşullar önemli rol oynar. İnsanlık giderek daha az hareket etmekte ve giderek daha fazla kalori içeren besinler tüketmektedir.

Gelişen teknoloji ile birlikte akıllı cep telefonları, televizyon, bilgisayar, tablet, asansörler, arabalar, uzaktan kumandalar vb. yaşamımıza girmiş ve hareket süremiz kısalmıştır. Hayatı kolaylaştıran söz konusu faktörler günlük hareketleri önemli ölçüde sınırlanmış ve fiziksel aktivitenin azalmasına neden olmuştur.

Öte yandan modern yaşam giderek daha stresli ve daha yarışmacı bir hale gelmektedir. Stres, kaygı bozukluğu ya da depresyonu bulunan kişilerde yeme bozuklukları daha fazla görülmektedir. Beynimizdeki haz merkezi ile tokluk merkezi komşudur. Tokluk duygusu insana en fazla haz veren duygulardan birisidir. Duygu durum bozukluğu olan kişilerin yemek yiyerek haz merkezlerini tatmin etmeleri sık görülen obezite nedenleri arasında yer alır. Obezite hastaları kendilerini sakinleştirmek, hoş olmayan durumlardan kaçmak, olumsuz duyguları azaltmak için aşırı yemek yiyebilmektedirler.

İnsanlığın beslenme alışkanlıkları da hızla değişmektedir. Fast-food olarak tanımlanan sağlıksız besinler rafine karbonhidratlardan zengin, bitkisel liflerden fakir, aşırı yağlı ve enerji-yoğundur. Vakit kaybını önlemek için ayaküstü hızlı yenen gıdaları tercih etmek, hazır gıdalara her yerde ve her an ulaşabilmek bu durumu iyice kötüleştirmektedir. Ayrıca öğün sayısının ve ekmek tüketiminin artması, porsiyonların büyük olması, sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetlerin uygulanması da diğer faktörlerdendir.

Obezitenin gelişmesinde dikkat edilmesi gereken faktörlerden biri de yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şeklidir. Yaşamın ilk yıllarındaki beslenmenin, özellikle anne sütü ile beslenmemenin de ileride obezite gelişmesine zemin hazırladığı ileri sürülmüştür. Anne sütü verme süresinin, tamamlayıcı besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanlarının obezite oluşumunu etkilediği bildirilmektedir.

Ülkemizde obeziteyi belirleyici en önemli nedenlerin yaşlanma, cinsiyet, diyabet ve HT olduğu, buna ilaveten yaşanan çevre (yerleşim yeri ve bölgesi), sosyo-kültürel durum, düşük eğitim düzeyi, gelir durumu, tütün ve alkol kullanımı ve kullanılan bazı ilaçlar (bazı kortikosteroidlerin kullanımı, antidepresan, diüretik, antihiperglisemik, antiepileptik



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

vb.), hormonal ve metabolik bozukluklar gibi yaşam tarzını belirleyen etmenlerin de obezite gelişmesine katkıda bulunduğu ortaya konulmuştur.

Özellikle kadınlarımızın obezite sıklığı dünya ortalamalarından yüksektir. Bu durum hiç de şaşırtıcı değildir. Yapılan çalışmalar, Türk kadınlarında fiziksel aktivite azlığı, yüksek doğum sayısı, emzirme dönem ve doğumlar arası sürenin kısa olması, eşlik eden diyabet ve HT gibi hastalıklar, psikolojik sorunlar, düşük gelir ve düşük eğitim düzeylerinin obezite üzerinde önemli ölçüde etkili olduğunu düşündürmektedir.

2018 yılında da T.C. Cumhurbaşkanlığı'nın Birinci 100 Günlük ve İkinci 100 Günlük Eylem Planı'nda da en vurgulu mesaj verilen konulardan birisi obeziteyle mücadele olmuştur.

Dünyada ve ülkemizde obezite tedavisinde amaç, gerçekçi bir vücut ağırlığı kaybı hedeflenerek, obeziteye ilişkin morbidite ve mortalite risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Vücut ağırlığının 6 aylık dönemde %10 azalması, obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarının önlenmesinde önemli yarar sağlamaktadır.

Son beş yılda Sağlık Bakanlığı 1. Basamak sağlık hizmetlerine beslenme tedavisi için başvuran (ASM, TSM ve SHM) kişi sayısı;

	2016	2017	2018	2019	2020
Sayı	93.049	189.921	233.776	285.135	130.977

Şeklinde olup, birinci basamak sağlık hizmetlerine beslenme tedavisi için başvuran 19 yaş ve üzeri kişilerde ilk ölçümde obez olduğu saptananların sayısı 2018 yılında 117.886, fazla kilolu 54.124 ve 2020 yılında obez saptananlar 61.246, fazla kilolu olanlar 33.093 olarak belirlenmiştir.

8.2.6 Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler

5 grup altında toplanmaktadır. Bu yöntemler;

8.2.6.1 1. Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Obezitenin tedavisinde tıbbi beslenme tedavisi anahtar rol oynamaktadır. Obezitede beslenme tedavisi ile:

Vücut ağırlığının, boya göre olması gereken ($BKİ = 18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$) düzeye indirilmesi hedeflenmelidir.² Tıbbi beslenme (diyet) tedavisinin bireye özgü olduğu unutulmamalıdır. Başlangıçta belirlenen hedefler, bireyin olması gereken ideal ağırlığı olabildiği gibi, ideal ağırlığının biraz üzerinde de olabilmektedir. Uygulanacak zayıflama diyetleri yeterli ve dengeli beslenme ilkeleri ile uyumlu olmalıdır. Amaç, bireye doğru beslenme alışkanlığı kazandırılması ve bu alışkanlığını sürdürmesidir. Vücut ağırlığı boya göre olması gereken ($BKİ = 18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$) düzeye geldiğinde tekrar ağırlık kazanımı önlenmeli ve kaybedilen ağırlık korunmalıdır.

8.2.6.2 Egzersiz Tedavisi

Egzersiz tedavisinin ağırlık kaybını sağlamadaki etkisi halen tartışmalı olsa da, fiziksel aktivitenin yağ dokusu ve karın bölgesindeki yağlanmayı azalttığı, diyet yapıldığında görülebilen kas kütle kayıplarını önlediği kesin olarak kabul edilmektedir. Egzersiz tedavisi ile, tıbbi beslenme tedavisini destekleyici nitelikte bireylerin ağırlık kazanımları engellenebilmekte, zayıflama ve tekrar ağırlık kazanmanın önlenmesi sağlanmaktadır.

Yetişkinlerin her gün ortalama 30 dakika orta şiddette egzersiz yapması önerilmektedir. Bu düzey bir aktivite günlük 840kj (200kcal) enerji tüketimini sağlar. Obez kişilerde her gün fiziksel olarak aktif olmak amaçlanmaktadır. Enerji harcaması kişinin vücut ağırlığı ve aktivite şiddetine göre değişmektedir.

Egzersiz tedavisinin temel ilkeleri aşağıda belirtilmiştir :

Egzersizin Türü ; Yürüyüş, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Artış, Direnç Egzersizleri

Egzersizin Sıklığı; Her gün veya en az 5 gün/hafta

Egzersizin Süresi; 40-60 dk/günde 1 kez, 20-30 dk/günde 2 kez

Egzersizin Şiddeti; Maksimal Oksijen Tüketiminin % 50-70'i

Obez bireyde, egzersiz programının uygulanmasında dikkat edilmesi gereken en önemli konular, enerji harcamasını artırırken yaralanma riskinin en düşük düzeyde tutulmasıdır.

²Beden Kitle İndeksi(BKİ) obezitenin en yaygın kullanılan ölçüm metodudur. Vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesi yoluyla hesaplanır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Önerilen egzersiz programı, bireye özgü olmalı, eğlenceli, uygulanabilir ve bireyin günlük yaşam alışkanlıkları ile uyumlu olmalıdır.

8.2.6.3 Davranış değişikliği tedavisi

Vücut ağırlığının denetiminde davranış değişikliği tedavisi, fazla ağırlık kazanımına neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz davranışları olumlu yönde değiştirmeyi veya azaltmayı, olumlu davranışları ise pekiştirerek yaşam biçimi haline gelmesini amaçlayan bir tedavi şeklidir. Davranış değişikliği tedavisinin basamakları şu şekildedir:

1. Kendi kendini gözlemleme
2. Uyaran kontrolü
3. Alternatif davranış geliştirme
4. Pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme
5. Bilişsel yeniden yapılandırma
6. Sosyal destek

8.2.6.4 Farmakolojik tedavi

Obezite tedavisinde kullanılacak ilaçlar hafif ve orta derecede ağırlık fazlalığı olan bireyler için uygun değildir. Kullanılan ilaçların, sağlık yönünden güvenilirliğinin saptanmış olması, obeziteye neden olan etiyolojiye uygun bir etki göstermesi, kısa ve uzun dönemde önemli yan etkisinin olmaması, bağımlılık yapmaması ve bu tür ilaçların mutlaka hekim tavsiyesi ve kontrolünde kullanılması büyük önem taşımaktadır.

Obezite tedavisinin başarılı olması için hastanın ilaç tedavisinin yanı sıra tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz tedavisini sürdürmeyi kabul etmesi ve düzenli olarak kontrollere gelmesi gerekmektedir.

8.2.6.5 Cerrahi tedavi

Obezitede cerrahi yaklaşım temelde ikiye ayrılır. Besinlerle alınan enerjinin azaltılmasına yönelik bariyatrik cerrahide hedef, besinlerin gastrointestinal sistemde emilimlerini azaltmaktır. Bu amaçla bypass, gastropласти, gastrik bantlama, gastrik balon vb. yöntemleri kullanılır. Rekonstrüktif cerrahide ise amaç; vücudun çeşitli bölgelerinde lokalize olmuş mevcut yağ dokularının uzaklaştırılmasıdır. Bu tedavi estetik ağırlıklıdır ve eğer hasta obezite tedavisinin gereklerini yerine getirmezse yağ birikimi tekrar gerçekleşmektedir.



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**

Sağlık Bakanlığı verilerinde yer alan obezite cerrahisi hasta sayıları 2015-2018 Ekim ayı verilerini kapsayacak şekilde kurum, kurum türü bazlı olarak aşağıda verilmiştir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

OBEZİTE CERRAHİ UYGULAMASI YAPILAN VAKA SAYISI VE DAĞILIMI							
Yıllar	Kamu Hastane Sayısı	Kamu Vaka Sayısı	Özel Hastane Sayısı	Özel Vaka Sayısı	Üniversite Hastane Sayısı	Üniversite Vaka Sayısı	Genel Toplam
2015	46	3.344	32	961	12	1.275	5.580
2016	68	5.725	39	2.775	17	1.702	10.202
2017	70	5.568	54	6.174	26	2.447	14.189
2018 (Ekim itibarıyla)	70	4.210	73	6.024	27	2.132	12.366
Genel Toplam	198	15.934	254	18.847	82	7.556	42.337

Ancak yukarıda tabloda verilen sayılar Sağlık Bakanlığı veri tabanı ile sınırlı olup ülkemizde özelde ya da kamuda obezite tedavisi gören kişi sayısı ile obezite cerrahisi uygulanan kişi sayıları tam olarak belirlenememektedir.

Gerek dünyada gerekse ülkemizde obezite konusunun yaygınlaşması sonucu tedavi yöntemleri belirlenmesi ve uygulanması bazı sorunları beraberinde getirmiştir. Dijital çağ ile birlikte TV ve radyonun yanında internet kullanımı ve yaygın sosyal medya uygulamaları ile kitlelere daha çabuk ulaşım sağlanmıştır.

Ancak obezite tedavisinde geleneksel tıp adı altında zayıflama ilaçları ile cerrahi tedavi seçenekleri malpraktis iddialarını da beraberinde getirmiştir.

8.2.6.6 Malpraktis

Malpraktis kelimesi, İngilizce "**malpractice**" kelimesinin Türkçe karşılığı olarak Türk hukuk terminolojisine girmiştir. "Malpractice" kelimesinin sözlük anlamı genel olarak görevi kötüye kullanma, kötü/yanlış uygulama olup bütün mesleklerin uygulamaları için geçerli bir kavramdır. Zira mimarlık, mühendislik, gazetecilik gibi mesleklerde "Malpraktis" kavramı kullanılmakta ve bu nedenle kavrama "Teknik Malpraktis", "Tıbbi Malpraktis" gibi ayırt edici sözcükler eklenmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

"Tıbbi Malpraktis" genel hatlarıyla, tıp ilmi icra edilirken hatalı davranış veya görev ihmali sonucu bir yaralanmaya ya da zarara yol açılması durumudur. Türk Hukuk Teorisinde daha çok Tıpta Yanlış Uygulama, Tıbbi Hata, Tıbbi Uygulama Hataları, Hekimliğin Kötü Uygulanması gibi kavramlarla ifade edilir.

Tıbbi Malpraktis, Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 13. maddesinde hekimliğin kötü uygulanması başlığı altında parantez içinde malpractice kavramı belirterek bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulanması" anlamına gelir." şeklinde tanımlanmıştır.

Alt Komisyonumuzun kurulma sebeplerinden birisi olarak sayılan obezite ameliyatında malpraktis kavramı ise konunun daha özelleşmiş edilmiş halidir.

Ülkemizde uygulanan cerrahi yöntemler; 1219 sayılı **Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun**'unun belirlediği genel cerrah olmanın sağladığı hükümlere tabi olup, genel cerrahi uzmanlık eğitimini başarıyla tamamlanmış ve Sağlık Bakanlığı tarafından genel cerrahi uzmanı unvanı verilmiş olan tüm cerrahlar genel cerrahi branşına dâhil olan tüm ameliyatlari yapmak için kanuni yeterliliğe sahip sahiptir. Bu konuda herhangi bir sertifikasyon mecburiyeti de bulunmamaktadır.

Bariatrik cerrahi (Obezite cerrahisi), obez bireylerde klinik olarak belirgin ve sürekli bir ağırlık kaybını sağlayabilen bir tedavi yöntemidir. Kanıtlar bariatrik cerrahide, özenle seçilmiş hastalarda ve iyi bir multidisipliner destek ekibi varlığında obezitenin iyileştiğini göstermektedir.

Obezite cerrahisi önemli ve hızlı kilo kaybı ile ilişkili tek bir tedavi edici yöntem olmakla birlikte, kesinlikle tüm dünyada ortaya çıkan obezite salgını için tek çözüm değildir. Bariatrik prosedürler için; hasta seçimi, tıbbi kilo yönetimi programları için hasta seçimine ilişkin kriterler 1991 yılında tanımlanmış olup halen yürürlüktedir.

Obezite cerrahisi, aşağıdaki koşulların sağlanması şartıyla uygulanmaktadır.

1. Vücut Kütle İndeksi 40 ve üzeri,
2. Vücut Kütle İndeksi 35 ve yandaş hastalık varlığı,
3. Majör psikiyatrik problem ve yeme bozukluğunun olmaması
4. İlaç, madde, alkol bağımlılığının olmaması,
5. 5 yıldır kilolu olması,
6. Diğer kilo kontrol yöntemlerinden fayda görülmemesi.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi obezite cerrahisi uygulamalarında da; cerrahi girişim yapılacak bireyin doğru seçilmesi ve dolayısıyla kişi sağlığının ve yaşamının riske atılmaması esastır.

Son zamanlarda kamuoyu tarafından da bilinen ve yakından takip edildiği üzere gerek yazılı ve görsel basına yansıyan, gerekse Dilekçe Komisyonu'na yapılan bildirimlerden obezitenin tedavisinde giderek yaygınlaşan bir tedavi yöntemi olarak uygulanan ve bariatrik cerrahi olarak adlandırılan obezite cerrahisi uygulamalarına bağlı olarak bazı vakaların ölümle sonuçlanması şüphesiz takip edilmekte olup bu durum Komisyon tarafından kabul edilemez bir durum olarak görülmektedir.

Bu sebeple, obezite cerrahisi uygulamalarındaki olası komplikasyonların en aza indirgenmesi, yaşanan olumsuzlukların giderilmesi ve hasta mağduriyetinin önlenmesi için aşağıdaki tedbirlerin alınması amacıyla yönelik olarak Sağlık Bakanlığınca 13.10.2017 tarihinde "**Obezite Cerrahisi Uygulamaları**" konu ve 2017/17 sayılı Genelge yayımlanmış olup 81 İl Valiliğine, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığına, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneğine ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığına tebliğ edilmiştir.

Yayımlanan Genelge ile; Obezite cerrahisi uygulayacak cerrahin bariatrik cerrahi yaklaşımları ve ileri laparoskopik tekniklerini uygulama konusunda bilgili ve deneyimli olma zorunluluğu getirilmiştir.

Cerrahi uygulamayı yapacak ilgili cerrahin muayenesi sonrasında; endokrinoloji/dâhiliye, akıl ve ruh sağlığı hastalıkları ile anestezi ve reanimasyon uzmanının konsültasyonu sağlanarak obezite cerrahisi uygulanması kararının verilmesi yönünde düzenleme yapılmıştır.

Hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği durumlarda kardiyoloji, göğüs hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanının ve gerektiğinde ilgisine göre diğer uzmanlık dallarının da görüşünün alınması öngörülmüştür.

Obezite cerrahisi uygulanmasına karar verilen kişilerin, operasyon öncesinde; uygulanacak cerrahi prosedürler, yapılacak işlemin yarar ve zararları ile olası ameliyat riskleri hakkında ilgili hekim tarafından bilgilendirilmesi şartı getirilmiştir.

Obezite cerrahisi uygulamalarının yapılacağı sağlık tesislerinin; ameliyat öncesi gerekli değerlendirme ve konsültasyonların yapılabileceği yeterlilikte uzman tabip ve donanım altyapısı imkânlarına sahip olması ve bünyesinde ameliyat sonrası dönemde oluşabilecek komplikasyonların zamanında ve etkili bir şekilde yönetilebileceği, ilgili mevzuatına göre



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

tescili yapılmış üçüncü seviye erişkin yoğun bakım servisi ve endoskopi ünitesi ile obezite şartlarına uygun alt yapı ve cerrahi donanım şartlarına haiz ameliyathane bulundurulması zorunluluğu getirilmiştir.

Sağlık tesisi bünyesindeki yatak, sedye, ameliyat masası ve benzeri donanım bakımından obez hastalara uygun olarak yapılandırılması şartı öngörülmüştür.

Obezite cerrahisi uygulanan hastanın, ameliyat öncesi ve sonrası beslenme, egzersiz ve psikolojik danışmanlık vb. programlarının düzenlenmesi, idame tedavisinin sağlanması ve periyodik olarak takip ve kontrollerinin yapılmasından, uygulamayı yapan cerrah ile birlikte ilgili sağlık tesisi yönetimi de müştereken sorumlu tutulmuştur.

Yine bu Genelge ile; sağlığın her alanında olduğu gibi obezite cerrahisi uygulamalarının da gelişmiş ülkelerde kabul görmüş kriterlere uygun fiziki şartlar, hizmet, tıbbi teknoloji-donanım bakımından yeterli standartların sağlandığı ve uygun alt yapıya sahip sağlık tesislerinde, alanında uzman, bilgi, beceri ve deneyimi olan genel cerrahi uzmanları ve deneyimli bir ekip tarafından hasta odaklı, erişilebilir, hastanın tıbbi güvenliğinin sağlandığı, komplikasyon risklerinin en aza indirildiği kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunun sağlanarak hasta mağduriyetinin önlenmesi için kamu-özel ayırımı yapmaksızın ülke genelinde kontrol edilebilir şekilde hasta ve kurum suiistimaline sebebiyet verilmeksizin uygulanması hedeflenmiştir.

Söz konusu Genelgenin yürütmesinin durdurulması yönünde bir özel kuruluş tarafından Danıştay 15. Dairesine 2017/4032 Esas no ile dava açılmış, ancak 08.05.2018 tarihinde *"davacının yürütmenin durdurulması hakkındaki talebinin reddine"* karar verilmiştir.

Yine ülkemizde obezite hastalarına yönelik gerçekleştirilen tedavi edici uygulamalara düzenleme getirilmesi ve bu uygulamaların disipline edilmesi, obezite hastalarına bu hizmeti veren merkezlerin kayıt altına alınması, obezite merkezlerinin günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun hizmet sunumu amacıyla **"2018/29 sayılı Obezite Merkezlerinin Açılması, Tescil Edilmesi, Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Genelge"** yayımlanmıştır. Söz konusu Genelge 9 Kasım 2018 tarih ve 462 sayılı yazı ile 81 İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmiştir. Söz konusu Genelge'de özetle;

" Bilindiği üzere son zamanlarda yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler nedeniyle tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de obez kişi sayısı giderek artmaktadır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Obezite yalnız kendi varlığı ile ilgili değil, Tip-2 diyabet, hipertansiyon, kalp ve damar hastalıkları, kanser, depresyon, kısırlık ve benzeri ilişkilendirilen hastalıkların yanı sıra sosyal yaşamı da olumsuz olarak etkileyen önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak ön plana çıkmıştır.

Bakanlığımız, ülkemiz için giderek önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelen obezitenin önlenmesi ve obezite tedavisinin sağlanması amacıyla halkımıza yönelik sağlıklı yaşam programları geliştirmiş ve uygulamaya koymuştur.

Obezitenin tedavisinde etkin ve sürdürülebilir mücadelenin uygulanması amacıyla "Obezite tedavi merkezlerinin yaygınlaştırılması" eylemi Cumhurbaşkanlığı 100 Günlük icraat Programı içinde yer almıştır. Bu eylem kapsamında yeni bir tıbbi uygulama veya tedavi şekli olmayan sadece obezite hastalarına multidisipliner bir yaklaşım ve kombine hareket sistematiğini öngören bir modelin uygulanmasını sağlamak, başarılarını görmek, konuyla ilgili deneyimli ekipler yetiştirerek gelişen örnekleri ülke geneline yaygınlaştırmak üzere ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları bünyesinde Obezite Merkezleri açılması öngörülmüştür.

Ülkemizde obezite hastalarına yönelik gerçekleştirilen tedavi edici uygulamalara düzenleme getirilmesi ve bu uygulamaların disipline edilmesi, obezite hastalarına bu hizmeti veren merkezlerin kayıt altına alınması, obezite merkezlerinin günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun hizmet sunumu için;

1. Obezite Merkezlerinde Ek 1'de yer alan "Obezite Merkezleri Program İşleyişi" çerçevesinde hizmet sunulacaktır.

2. Obezite merkezi açılması ve tescil işlemleri için başvuru Ek 2'de yer alan "Obezite Merkezleri Başvuru Formu" ile yapılacaktır.

3. Obezite merkezlerinde Ek 3'de yer alan "Obezite Merkezlerinde Bulunması Gereken Fiziki Şartlar ve Asgari Donanım Standartlarına" uygun fiziki şartlar, uygun araç, gereç ve malzeme bulundurulacaktır.

4. Obezite merkezlerinde Ek 4'de yer alan "Obezite Merkezleri Asgari Personel Standardına" uygun nitelikte personel görevlendirilecektir.

5. Obezite merkezlerinde Ek 5'te belirtilen Kayıtların Tutulması ve Saklama Standardına uygun olarak yapılacaktır.

Obezite merkezlerinin yukarıda vurgulanan usul ve esaslara uygun olarak çalışmasından sağlık müdürlükleri sorumlu ve yetkilidir. Aynı şekilde üniversitelere ve özel



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

sektöre ait sağlık tesislerinin yöneticileri/mesul müdürleri hizmetlerin, bu Genelge hükümlere uygun olarak sunulmasından birinci derecede ve müteselsilen sorumludur.

Denilerek uygulama birliği sağlanmaya çalışılmıştır.

Tıbbi Malpraktis'in hukuki yönden hekimin sorumluluklarıyla bağlantılı olarak;

Hekimin sağlık hizmeti verirken kusurlu davranışları ile oluşan zararın giderilmesi hukuki sorumluluğu kapsamında olup, hekim-hasta arasındaki ilişki doktrinde ve uygulamada baskın görüşe göre vekâlet sözleşmesine dayanmaktadır. Hekimin hukuki sorumluluğu kapsamında tıbbi malpraktisten kaynaklanan maddi ve manevi zararlar sebebiyle tazminat davaları ikame edilmektedir. Bu nedenle uygulamada hekimin hukuki sorumluluğuna tazminat sorumluluğu da denilmektedir. "Hekimin Hukuki Sorumluluğunun Sebepleri" diğer bir deyişle "Hekimle Hasta Arasındaki İlişkinin Şekli" hekimin tıbbi malpraktis sebebiyle doğacak hukuki sorumluluğunun belirlenmesi ve sonuçları açısından büyük önem taşımaktadır. Yine "Kusur" ve "Zarar" kavramları hekimin tazminat sorumluluğunun en önemli şartlarını oluşturur. Zira zarar ve kusur yoksa sorumluluk da yoktur.

Hekimin mesleğini icra ederken uyguladığı tıbbi müdahalenin hukuka aykırılık içermesi halinde hukuka aykırılık içeren ilgili hareket Türk Ceza Kanunu kapsamında suç teşkil ediyorsa hekimin cezai sorumluluğu söz konusu olacaktır. Özel hukuk kapsamında hukuka aykırılık sebebiyle zarar gören (hasta) tazminat talebinde bulunurken ceza hukuku kapsamında devlet resen yahut zarar görenin (hasta veya ilgililer) şikâyeti üzerine zarar vereni (hekim) cezalandıracak ve hekimin cezai sorumluluğunun sonucu olarak ceza davaları ikame edilecektir. Tıbbi malpraktis sebebiyle hekimler açısından uygulanabilecek Türk Ceza Kanunu kapsamında düzenlenen ve yargıya en çok yansıyan Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi (TCK m. 83), Taksirle Öldürme (TCK m. 85), Taksirle Yaralama (TCK m. 89), Kasten Yaralamanın İhmali Davranışla İşlenmesi (TCK m. 88) suçları ile hekimler açısından nadiren uygulanan Kasten Öldürme (TCK m. 81) ve Kasten Yaralama (TCK m. 86) suçlarından bahsedilebilmektedir.

Serbest olarak ya da özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimin tıbbi malpraktis sebebiyle disiplin sorumluluğu tabip odası tarafından açılacak disiplin soruşturmasını ifade etmektedir. Bu soruşturma Tabip Odası Yönetim Kurulunca resen başlatılabileceği gibi hasta yahut yakınları tarafından Tabip Odasına yapılan bildirim ya da yakınma içeren başvuru sonucu veya Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyinin istemi üzerine başlatılabilir. Her tabip odasının



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

yetkisi odanın bulunduğu bölgeyle sınırlı olması sebebiyle bölge dışında bir şikâyetin varlığı ya da soruşturmaya sebebiyet verecek bir durumun oluşması halinde tabip odaları görüşlerini Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyine ve olayın olduğu bölge tabip odasına bildirmekle yükümlüdür. Serbest olarak ya da özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekim Türkiye Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının "Disiplin Kovuşturması" başlıklı 46. maddesi uyarınca; tıp mesleğini icra ederken mesleki kurallara aykırı harekette bulunması halinde disiplin soruşturmasına tabi tutulacaktır. Ayrıca ilgili madde uyarınca bu soruşturmanın hekim hakkında ayrıca hukuki veya cezai takibat yapılmasına engel olmayacağı hüküm altına alınmıştır. Disiplin soruşturması Oda Yönetim Kurulu tarafından yürütülen soruşturma kısmı ile soruşturmanın uygun görülmesi halinde Oda Onur Kurulu ve Yüksek Onur Kurulu tarafından yürütülecek kovuşturma kısmından oluşur. Hekimlerin kanunlara ve meslek etik kurallarına aykırı davranması nedeniyle uygulanacak disiplin suçları ve cezaları Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliğinin (TTBDY) 3. ve 6. maddelerinde düzenlenmiştir. İlgili disiplin cezaları Uyarma Cezası, Para Cezası, Geçici Olarak Meslekten Alıkoyma Cezası ve Oda Bölgesinde Çalışmanın Yasaklanması Cezasıdır.

Ayrıca tıbbi kötü uygulama(Malpraktis) sonucunda oluşacak maddi ve manevi zararın hekimden rücu edilmesi sırasında yaşanabilecek olumsuzlukları önleme adına 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a 2010 yılında yapılan değişiklikle eklenen Ek 12'inci maddede;

"Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır. Bu sigorta priminin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden tabip, dış tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararlar ile bu sebeple kendilerine yapılacak rücuları karşılamak üzere mesleki malî sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır"

denilerek zorunlu mali sigorta uygulamasına geçilmiştir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

9.2 Obezite İle Mücadele ve Cerrahi Uygulamadaki Malpraktis İddiaları Açısından

Komisyonumuzda yapılan çalışmalar ve toplantılar sonucu;

9.2.1 Obezite ile Mücadele Kapsamında;

Obezitenin önlenabilir bir hastalık olduğu gerçeğinden hareketle ülkemizde bu sorunla uygulanabilir proaktif yöntemlerle mücadele edilmesi gerektiği aşıkardır. Obezite, çocuğun ana rahmine düştüğü andan itibaren ele alınması, izlenmesi ve değerlendirilmesi gereken bir kavramdır.

Esas olarak enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizliğin bir sonucu olan obezite, genetik, metabolik, hormonal, hipotalamik, psikolojik, fiziksel aktivite yetersizliği ve sosyo-ekonomik düzey gibi birçok etmenin neden olduğu kompleks bir etiyolojiye sahiptir. İlerleyen yaşla birlikte bazal metabolizma hızının yavaşlaması, kişinin enerji harcamasını azaltacağı için günlük alınan enerji miktarına sınırlama getirilmediği ve fiziksel aktivite arttırılmadığı zaman obezitenin kaçınılmaz olduğu ve kadınlarda obezite görülme sıklığının özellikle ilerleyen yaşlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmektedir.

Özellikle yaşam tarzının değişimini etkileyen endüstri, şehirleşme ve hareketsiz bir yaşam tarzı ile birlikte kolay ulaşılabilir, şeker ve yağ oranı yüksek, bol kalorili hazır gıda tüketimi, hızlı ve ayaküstü yeme alışkanlığının gerekenden fazla kalori alımına neden olduğu ve kalori harcanmasındaki yetersizlikle birleştiğinde fazla kiloluluk ve ardından obezitenin kaçınılmaz olduğu bildirilmektedir.

Obezitenin gelişmesindeki bir başka etkenin de bebeklik dönemindeki beslenme şekli olduğu ve obezite görülme sıklığının, anne sütü ile beslenen çocuklarda anne sütü ile beslenmeyen çocuklara göre daha düşük oranda olduğu, anne sütü verme süresinin azlığı, tamamlayıcı besinlerin türü, miktarı ve başlama zamanının da obezite gelişimini etkilediği bilinmektedir. Obezite veya aşın kilo ile ilgili yapılan genetik çalışmalarda, vücudun enerji kullanımı, iştah, yağın bedenin belirli bölümlerine dağılımı, yağ hücre sayısı ve büyüklüğünün genlerle ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Obez hastalarda, obezitenin gelişmesinde rol alan genetik, hormonal ve nöroendokrin etkenlerin tetkik edilmesi ve doğru enerji dengesinin sağlanması (alınan enerji<harcanan enerji) obezite tedavisinin birinci basamağını oluşturmaktadır. Obezite tedavisinde vücut ağırlığının



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

altı aylık dönemde %10 azalması, obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarının önlenmesinde önemli yararlar sağlamaktadır. Obez hastalarda kilo verilmesi ve kilonun korunması, uzun süreli davranış değişikliği, dengeli ve sağlıklı beslenme ile birlikte fiziksel aktivitenin de arttırılmasına bağlıdır. Bu nedenle kronik bir hastalık olan obezite tedavi edilirken, sağlıklı beslenme tedavisi, egzersiz (fiziksel aktivite), davranış tedavisi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi gibi çeşitli tipte tedavi yöntemleri tek başına veya kombine olarak uygulanmaktadır.

9.2.2 Malpraktis İddiaları Kapsamında

Günümüzde obezitede kullanılan cerrahi tedavi yöntemleri güvenilir ve etkin olmakla birlikte, öteki tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen, BKİ>40 kg/ m² veya BKİ'i 35-40 kg/ m² arasında olan ve obezite ile ilişkili hastalıklar için yüksek risk taşıyan hastalara uygulanmaktadır. Obezite cerrahisi uygulanan hastalarda esas amaç hem hastaların kilo vermesini sağlamak hem de yaşam kalitesini yükseltmektir. Obezite cerrahisinde, hastaların aldıkları gıdaların azaltılması için girişimler uygulanmaktadır. Bunun için çeşitli yöntemler bulunmaktadır. İntestinal bypass, parsiyel biliopankreatik bypass, gastroplasti, ayarlanabilir silikon mide bandı takılması, laparoskopik gastrik bant uygulaması ve gastrik balon uygulaması obezite cerrahisinde uygulanan yöntemlerdir. Bu yöntemler ile midede bırakılan 30-60 ml kapasitesindeki bir bölüm ile gastrointestinal sistemin sürekliliği sağlanmakta ve erken doyma hissi nedeniyle gıda alımı kısıtlanmış olmaktadır. Uygulanan cerrahi yöntemler sayesinde morbid obez hastaların kilo vermesine ve obezitenin eşlik ettiği hastalıkların azaltılmasında oldukça etkili oldukları görülmüştür.

Cerrahi Yöntem tüm öncelikli tedavi aşamaları geçmesine rağmen sağlıklı bir kiloya ulaşamayan kişilerin kilo veriminin sağlanması için tercih edilmesi gerekmektedir. Obezitenin cerrahi tedavisinin en uygun koşullarda, ehil kişiler tarafından yapılması ve hastanın ameliyat öncesi, sonrası ve davranış değişikliği çalışmalarını kapsayan bir süreçten geçirilmesi, bu süreçte de tıbbi kötü uygulamalardan kaçınılması esastır.

Hasta-Hekim-Hastane paydaşlarının tümünü ilgilendiren özellikli hususlarda yaşanan bir eksikliğin tıbbi kötü uygulama (Malpraktis) iddialarına yol açacağı muhakkaktır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ DİLEKÇE KOMİSYONU

9. SONUÇ

Ülkemizde yaşanan obezite sorunu ve uygulanan cerrahi yöntem sonucu oluşan malpraktis olaylarının azaltılması/sonlandırılması adına ne tür devlet politikalarının kullanılması gerektiği konusu sık sık gündeme gelmektedir. Devletimiz, obezite sorununun çözümüne yönelik olarak farklı kamu politikası araçlarını uygulamaya koyabilmektedir. Bu politika araçlarının bir kısmı, doğrudan yasak ve sınırlandırmalar biçiminde ortaya çıkmaktadır.

Eşlerin çocuk sahip olma düşüncesinin oluşumu ile başlatılması gereken obezite ile mücadele, doğumdan ölüme kadar tüm sürecinde dikkatle ele alınması gereken bir olgudur. Sonraki süreçte çocuklarımızın yeme alışkanlıklarını şişmanlığa neden olmayacak bir şekilde geliştirmek ve takibini yapmak hayati önem arz etmektedir.

Yetişkinlerde uygulanabilecek yöntemler ise raporumuzda belirttiğimiz çeşitliliktedir. Tüm toplumu ilgilendiren bu sorunun ilk aşama tedavisinde yeme alışkanlıklarının düzeltilmesi, aşırı yağlı, tuzlu ve şekerli yiyecek ve içeceklerin tüketiminin azaltılması adına yönlendirici ve engelleyici çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Özellikle ülkemizin, 1 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Hubei bölgesinin başkenti olan Vuhan'da ortaya çıkan ve tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 Pandemisi sonrası alınan önlemler kapsamında farklı şekil ve isimlerle karantina sürecine girmesi nedeniyle giderek artan bir hareketsizlik dönemine girilmiştir.

Covid-19 salgının baş göstermesinden itibaren ülke olarak 2 Ocak 2020'de takip süreci, 6 Ocak 2020 tarihinde ise Komisyon oluşturarak süreci daha farklı bir boyutta izlemeye başlanmıştır. 22 Ocakta genişletilmiş Bilim Kurulu oluşturularak Çin'den gelen tüm uçuşlar için tedbirlerin alınması kararı verilmiş, termal kamera uygulaması, referans hastanelerin belirlenerek yüksek riskli bölgeden tahliye prosedürleri belirlenmiştir. 31 Ocak günü ise Çin'in Vuhan şehrinden vatandaşlarımızın tahliye süreci başlatılmıştır.

31 Aralık 2019 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü Covid-19 Pandemisi kararı vermesinde çok daha önce gerek sınırlarımızda gerek ülke içinde her türlü tedbirin alındığı bilinmektedir.

Geçmişte yaşadığımız salgınlar ve bu salgınlardan alınmış olan dersler ışığında her yıl yenilenen Küresel Grip Salgın Genelgesi ve Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı ülke olarak pandemiye hazırlıklı olma konusunda yol gösterici olmuştur.

An itibariyle 200'ün üzerinde kamuya ait test merkezi ücretsiz olarak çalışmaktadır. Bu süreçte otomasyon ve bilgi sistemleri alt yapısı da oldukça iyi kullanarak E-Nabız ve SİNA



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

programı ile entegrasyon sağlanmıştır. Süreçlerin takibi ve yeknesaklık adına AHBS (Aile Hekimliği Bilgi Sistemi) Hayat Eve Sığar (HES) uygulaması, FİTAS uygulaması ve Halk Sağlığı Yönetim Sistemi gibi uygulamalar devreye sokulmuştur.

Pandemi ile mücadele kapsamında Filyasyon ve İzolasyon Sistemi (FİTAS) Covid hastasının takibi açısından oldukça önemli işlev görmüştür.

Sağlık Bakanlığı, Dışişleri Bakanlığı, Millî Savunma Bakanlığı ile diğer kurum ve kuruluşlarla birlikte başta Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti olmak üzere 158 devlete destek verilmiştir.

20 Nisan 2021 tarihinden itibaren 81 ilin tamamında psikososyal destek hattı, danışma hatları aktif hâle getirilmiş, "Evde Kal Türkiye" kapsamında psikososyal destek ekipleri telefonla vatandaşlara yardımcı olmuştur.

Vaka ve temaslarla izolasyonda olması gerekli yurt dışından gelen kişilerin takipleri amacıyla Halk Sağlığı Yönetim Sistemi Vaka Takip Modülü oluşturulmuştur.

Bu sürede ülkemiz aşılama, Amerika Birleşik Devletleri, Çin, Hindistan, Brezilya ve Almanya'nın ardından 22 milyon 300 aşı ile 7'nci sırada yer almıştır. Kurulan yazılımla bu veriler anlık olarak takip edilmekte olup aşı olanların sayısı anlık bilinebilmektedir.

Dünya Obezite Federasyonu'nun raporunda yer alan bilgilere göre, 2020'de patlak veren salgında Şubat 2021 sonuna kadar Kovid-19 kaynaklı 2,5 milyon civarında ölümün yaklaşık 2,2 milyonunun, yetişkin nüfusunun yarısından fazlası aşırı kilolu olan ülkelerde gerçekleştiği kaydedilmiş, yetişkin nüfusun yarısından fazlasının aşırı kilolu olduğu ülkelerde yeni tip Coronavirüsten (Covid-19) ölüm oranlarının, diğer ülkelere göre yaklaşık 10 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Obez kişilerin test ve aşılama için öncelik gruplarına dahil edilmesi gerektiği ifade edilen raporda, 160'dan fazla ülkeden alınan veri incelenmiş, son 40 yılda obezitenin dünya çapında neredeyse 3 katına çıktığı belirtilmiştir.

Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütünün obezitenin kendi başına küresel bir salgın olduğu konusundaki uyarısına yer verilen raporda ayrıca Covid-19 salgınında aşırı kiloluların hastaneye yatma, yoğun bakıma kaldırılma veya solunum cihazına bağlanma ihtimalinin arttığı, örneğin İngiltere'de fazla kiloluların yoğun bakıma kaldırılma olasılığının diğerlerinden yüzde 67 daha fazla olduğu vurgulanmıştır.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

ABD'de Covid-19 hastası obezlerin yoğun bakıma ihtiyaç duyma oranının diğerlerinin 3 katına çıktığı ifade edilen raporda, ABD'de her 100 bin kişiden 105,7'sinin Kovid-19'dan yaşamını yitirdiğine, bu kişilerden 67,9'unun aşırı kilolu olduğuna; İngiltere'de de her 100 bin kişiden 110,7'sinin Kovid-19'dan öldüğüne, bunlardan 63,7'sinin aşırı kilolu olduğuna dikkat çekilmiştir.

Tüm bu açıklamalar küresel ölümcül sonuçları olan bir salgında obezite ile hastalık öncesi yapılacak mücadelenin hayati derecede önemli olduğuna vurgu yapmaktadır.

Toplumun fiziksel aktivitesinin geliştirilmesi adına gerek bakanlıklar ve üst kurullar gerekse yerel yönetimler dâhil tüm paydaşlara önemli görevler düşmektedir.

Tüm bunlara rağmen sağlıklı bir kiloya ulaşamayan kişilerden hiç medikal tedavi almamış olanlarının doğrudan ameliyat edilmesi kabul edilmez bir olgudur. Uzun süre takip programına katılamayacak hastalar ile istikrarsız psikotik problemleri, ciddi depresyonu, yemek problemleri olanlar, alkol ve ilaç bağımlısı olan hastalar ve hayatı tehdit eden hastalığı bulunan hastaların ameliyat edilmemesi gerekmektedir. Ameliyat öncesi tüm yasal prosedürleri tamamlayan hastaların, altyapısı tam ve donanımlı bir sağlık kuruluşunda yetkin bir hekim elinde ameliyat edilmesi elzemdir. Bu sayede hem hasta ve hasta yakınları hem de ameliyatı gerçekleştiren hekimlerimiz yasalarda oluşan boşluklardan zarar görmeyecektir.

"İnsanı yaşat ki Devlet yaşasın." düsturu çerçevesinde hareket edilmesi adına obezitenin önlenmesi ve tedavi edilmesi, obezite ameliyatı sınırlarının ise bilimsel veriler ile desteklenmiş daha nesnel ölçütler ve katı kurallarla belirlenmesi gerekmektedir.



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

10. GEREĞİ DÜŞÜNÜLDÜ

Toplum sağlığını ciddi ölçüde tehdit eden bir hastalık olan obezitenin azaltılması ve obezite ameliyatları sonrası oluşan Malpraktis(Tıbbi Kötü Uygulama) vakalarını ortadan kaldırılmasını teminen yukarıdaki tespit ve değerlendirmeler çerçevesinde;

Cumhurbaşkanlığı'ndan;

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 1, 17, 18 ve 29'uncu maddeleri ile 25/10/1984 Tarihli ve 3065 Sayılı Katma Değer Vergisi Kanunu'nun 28'inci ve 6/6/2002 Tarihli ve 4760 Sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu'nun 12'inci maddelerinde belirtilen görev ve yetkileri gereğince;

1. Cumhurbaşkanlığı himayelerinde 3 Ağustos 2018 tarihinde ilan edilen 1.Yüz Günlük İcraat Programı ile 13 Aralık 2018 tarihinde açıklanan 2. Yüz Günlük İcraat Programına toplumun fiziksel aktivitesinin arttırılması ve obezitenin önlenmesi/tedavisi amacıyla plana dâhil edilen bisiklet yolu, millet bahçesi ve Obezite Merkezlerinin açılması ile ilgili projelerin takibi ve olanaklarının geliştirilmesinin,

2. Başta ilgili bakanlıklar olmak üzere tüm paydaşların bir araya getirilerek toplumun hareket kabiliyetini geliştirecek projelerin hızlandırılmasının,

3. Daha sonra açıklanması planlanan icraat programlarına obezite ile mücadele ve Tıbbi Kötü Uygulama(Malpraktis) vakalarının azaltılması ile ilgili hazırlanacak projelerin dâhil edilmesi uygulamasına devam edilmesinin,

4. Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu aracılığı ile başta Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı ile Ticaret Bakanlığı olmak üzere paydaş bakanlıkların bir araya getirilerek tüketimin azaltılabilmesi adına "**Aşırı Tüketimi Tavsiye Edilmeyen veya Besleyici Değeri Olmayan Gıdalar**"da vergi oranlarının (KDV,ÖTV vb.) arttırılması ile tüketimin özendirilmesi amacı ile "**Sağlıklı Beslenmede Hayati Derecede Önemli Olan Gıdalar**"da uygulanan vergi oranlarının (KDV, ÖTV vb.) indirilmesinin,

Sağlık Bakanlığı'ndan;

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 352, 355, 357, 358 ve 361'inci maddelerinde belirtilen Bakanlık görevleri gereğince;



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

5. Obezite konusunda, "**Deneyimli Cerrah, Donanımlı Merkez, İyi Hazırlanmış Hasta**" üçgeninde düzenlemelerin hayata geçirilmesi noktasında;

6. Diğer paydaş bakanlıklarla birlikte birey ve toplum hareketsizliğinin giderilmesi, fiziksel aktivitenin arttırılması adına düzenlenecek projelerin bir an önce hayata geçirilmesinin,

7. Aile Hekimliği ve tüm Sağlık Kuruluşları temel alınarak ailelerde anne ve baba olma fikrinin oluşmasından itibaren başlatılacak olan sağlıklı gebelik ve çocuk takibi sisteminin sağlamaştırılmasının,

8. Okul çağına gelen çocukların, kreş döneminden itibaren lise eğitimi bitimine kadarki süreçte kilo kontrolü, takibi, spora teşviki, sağlıklı beslenme, okul yemekleri ile okul kantinlerinde yer alacak gıdaların kontrolü noktasında daha fazla inisiyatif alınmasının,

9. Aile diyetisyenliği uygulamalarının ülke genelinde yaygınlaştırılmasının,

10. Milli Eğitim Bakanlığı ve Gençlik ve Spor Bakanlığı ile birlikte koordineli bir şekilde hareket ederek kurulacak sistemle çocuklarımızın takibi ve istatistiki değerlendirme konusunda yazılım çalışmalarının daha aktif hale getirilmesinin, bu konuda çocuklarımız hakkında elde edilen bilgilerin Aile Hekimleri vasıtasıyla ailelerle paylaşılması ve alınacak önlemler konusunda ailelerin bilgilendirilmesi ve eğitimi uygulamasının genişletilmesinin,

11. Obezite ve neden olduğu hastalık ve ölümler ile obezite ameliyatları konusunda toplumu daha aydınlatıcı, proaktif kamu spotları ve alt bant uygulamaları hazırlanarak özellikle prime-time saatlerde paylaşılmasının,

12. Paydaş tüm kamu kurum ve kuruluşları ile yapılacak ortak çalışmalarla, çalışanlarının beslenme, fiziksel hareket, düzenli olarak kilo-boy ölçümleri ile BKİ hesaplamalarının E-Nabız uygulamasına aktarılarak takibinin ve obeziteden muzdarip çalışanlarımızın gerekirse Aile Hekimlerine ve Obezite merkezlerine yönlendirilmesinin,

13. Türkiye'de televizyon izleme ölçümleri hakkında yapılan çalışmalara göre izlenme oranı açısından dünya ortalamasının biraz üstünde olduğu, internet kullanımında giderek artan bir artış olması nedeniyle obezite ile ilgili hazırlanacak kamu spotu, kısa filmler ve sosyal medya hesapları aracılığıyla kamuoyu ile paylaşılmasının,

14. Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu besin profilindeki yağ ve tuz oranına veya diğer oranlara uygun olan reklamlara izin verilmesi, belirlenen orandan yüksekse bunların reklamlarına izin verilmemesi, olayın ticari boyutu göz önüne alınarak zamanla bu tür



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

reklamların geç saatlere kaydırılması ve tüm yayından çıkarılması noktasında çalışmaların yapılması, bu kapsamda, alternatif reklam stratejileri geliştiğinde bu tarz reklamların önce saat 22.00, daha sonra da 23.00-24.00 gibi saatlere çekilmesinin,

15. Toplumda yer edinmiş milli sporcu ve sanatçı kişiler ile uzman doktorlar vasıtasıyla obezitenin etkilerini anlatan kısa filmlerin hazırlanarak toplum ile paylaşılmasının,

16. Tarım ve Orman Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı arasında 2/1/2019 tarihinde imzalanan **"Okul Kantinlerinde Satışa Sunulacak Gıdalar ve Bu Gıdalarda Kullanılacak Logo Uygulamasına İlişkin İşbirliği Protokolü"**³nde tanımlanan, Sağlık Bakanlığı tarafından kriterleri belirlenen Millî Eğitim Bakanlığına bağlı resmi ve özel okul/kurumların bünyesinde faaliyet gösteren; kantin, kafeterya, yemekhane, büfe, çay ocağı gibi gıda işletmelerinde doğrudan öğrenciye satışa/tüketime sunulacak olan hazır ambalajlı gıdaların etiket hususlarının belirlendiği 20/10/2020 tarihli ve 31282 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2020/23 sayılı **"Okul Gıdası Hakkında Tebliğ"**⁴ in uygulanması noktasında paydaş bakanlıklarla işbirliğinin devamı ve takibinin sağlanmasının,

17. **Obezite merkezleri ve cerrahisi konusunda daha kapsamlı, hasta-hekim ilişkisinde güven tesis edecek bir uygulama birliğinin sağlanması adına yeni bir genelgenin hazırlanmasının,**

18. Bu genelge de; Obezite Merkezlerine adı nedeniyle obez olma riski ve obez olan kişiler tarafından özellikle ergenlik döneminde olanlar için olumsuz değerlendirilme korkusu, obez olduğunu kabul etme sürecinin uzun sürmesi, olumsuz beden algısı nedeniyle başvurmalarının güçlük oluşturabileceği değerlendirildiğinden, merkez adının **"Sağlıklı Beslenme Merkezi"** olarak değiştirilmesinin,

Obezite ameliyatı sonrası ortaya çıkan Malpraktis iddialarının azaltılması noktasında;

19. Bakanlık tarafından 2017/17 sayılı **"Obezite Cerrahisi Uygulamaları Genelgesi"**⁵ ile 2018/29 sayılı **"Obezite Merkezlerinin Açılması, Tescil Edilmesi, Çalışma**

³ <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-haberler/okul-kantinlerinde-sat%C4%B1%C5%9Fa-sunulacak-g%C4%B1dalar-ve-bu-g%C4%B1dalarda-kullan%C4%B1lacak-logo-uygulamas%C4%B1na-ili%C5%9Fkin-i%C5%9Fbirli%C4%9Fi-protokol%C3%BC-imzaland%C4%B1.html> Erişim: 7/6/2021

⁴ <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/10/20201022-23.htm> Erişim: 7/6/2021

⁵ <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/11657/0/obezite-cerrahisi-uygulamaları-genelgesi-yeni.pdf> Erişim: 7/6/2021



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Usûl ve Esasları Hakkında Genelge⁶" nin eksik yönlerinin tespit edilerek aksaklıklarının giderilmesinin,

20. Bu genelgeyle, ülkemizde obezite ameliyatı yapan tüm özel ve kamu sağlık kuruluşlarının ortak bir sisteme dâhil edilerek tedavi ve ameliyat ile tedavi olan hasta sayıları ile uygulanan tedavi yöntemleri ve sonuçlarını gösterir istatistiki verilerin işleneceği bir ortak bir yazılımın kurulması, gerekirse tüm sağlık kuruluşlarında kurulacak obezite önleme ve tedavi merkezlerinin bir **Sertifikasyon Sistemi** ile faaliyetine başlayabileceği yönünde bir uygulamanın geliştirilmesinin,

21. Ameliyatların, üçüncü basamak bir sağlık tesisiyle koordinasyonu olmaksızın ikinci basamak sağlık tesislerinde yapılamayacağı ve üçüncü düzey yoğun bakım ünitesinin bulunduğu, hastanın operasyon sonrası yatak başı monitörizasyonu, yeterli oksijen verebilecek, yoğun bakıma transferi sağlanabilecek ünitenin varlığı, hastanede genel cerrahi uzmanının yanı sıra tüm gün çalışan, nöbet tutan anestezi, radyoloji, perkütan radyoloji işleminin yapılabildiği, iç hastalıkları, kardiyoloji ve endoskopik stentleme yapabilen bir gastroentrolog ve psikiyatri uzmanının bulunduğu ortamlarda gerçekleştirilmesi;

22. Hastanın ilgili sağlık kuruluşuna kaydını takiben hazırlanacak "**Aydınlatılmış Onam**"da bulunacak şartların; Onamın hastanın anlayacağı şekilde yazılması, imzalanan belgelerin anlam karmaşasına yol açmayacak şekilde düzenlenmesi, mutlak olarak; hastanın o andaki sağlık durumu, konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve uygulama süresi, hastanın sağlığı açısından taşıdığı riskler, kullanılan ilaçların kullanım tarzı ve olası yan etkileri, tedavi yönteminin nerede, ne kadar süreyle, kimler tarafından yapılacağı, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda karşılaşılabileceği sorunlar ve tıbbi gelişim öncesi, sonrası ve sonrasında hastadan beklentileri kapsayacak şekilde yer almasının sağlanmasının,

23. Beden Kütle İndeksi 30'un altında olan hastaya kesinlikle cerrahi uygulanamayacağının,

24. Bariyatrik cerrahide çekirdek eğitim programının oluşturulması, ameliyatı yapan Genel Cerrahların Sağlık Bakanlığı koordinesinde tüm paydaşların bir araya getirilerek birlikte bir gözetim altında "**Sertifikasyon Eğitim Programı**" düzenlenerek eğitilmesi ve bununla ilgili

⁶ <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/27905/0/obezite-merkezlerinin-acilmasi-tescil-edilmesi-calisma-usul-ve-esaslari-pdf.pdf> Erişim 7/6/2021



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

eğitim merkezlerinin belirlenmesi, bariatrik cerrahinin yan dal olarak değil ihtisas alanı olarak belirlenmesi ve bu konuda yasal düzenlemelerin yapılmasının,

25. *Obezite sertifikası olmayan hekime bu işin yaptırılmaması, mevcut obezite ameliyatı yapan hekimlerin doğrudan bu sertifikasyon eğitimini almış olduklarına ilişkin pratik eğitimden muaf tutulması yönünde düzenlemenin* eklenmesinin,

26. Piyasada bulunan ve sekonder kazanç elde etmeye çalışan kişiler ve kurumların görsel medyada yaptığı ve kamuoyunu yanıltıcı şekilde sunduğu tespit edilen yayınların takibi ve bunların önlenmesi konusunda sıkı denetimlerin yapılmasının,

27. Hasta-Hekim ilişkisinde, görevini yeni belirlenecek genelge doğrultusunda tam ve eksiksiz yapan hekim aleyhine oluşabilecek olumsuz durumlara karşı hekimin iş motivasyonunu arttırıcı tedbirlerin alınmasının,

28. Tıbbi kötü uygulama(Malpraktis) sonucunda oluşacak maddi ve manevi zararın hekimden rücu edilmesi sırasında yaşanabilecek olumsuzlukları önleme adına 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı "**Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun**"a 2010 yılında yapılan değişiklikle eklenen Ek 12'inci maddede sayılan hükümler doğrultusunda "**Hekim Zorunlu Mali Sigortası**" kapsamının genişletilmesi konusunda gerekli çalışmaların yapılmasının,

29. Tıbbi uygulama hatalarında hekimin cezai ve hukuki sorumluluğu araştırılırken yargının bu tespiti yapmaktaki başvurduğu yegâne kaynak olan bilirkişi uygulamasının daha yeknesak bir hale getirilmesinin temininin,

30. Ülkemizin, 1 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Hubei bölgesinin başkenti olan Vuhan'da ortaya çıkan ve tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 Pandemisi sonrası alınan önlemler kapsamında farklı şekil ve isimlerle karantina sürecine girmesi nedeniyle giderek artan bir hareketsizlik dönemine girmesi neticesi toplum sağlığı hakkında "**Kilo Alımı-Hareketsizliğin Artması ve Obezite/Covid-19 İlişkisine Dair Bulgu ve İstatistikler**" in derlenerek en kısa sürede tarafımıza gönderilmesi ve kamuoyu ile paylaşılmasının,

Milli Eğitim Bakanlığı'ndan;

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 301, 304, 305, 307, 308, 309, 310, 318, 319 ve 326'ncı maddelerinde belirtilen Bakanlık görevleri gereğince;



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

31. Okul çağına gelmiş tüm çocuklarımızın fiziksel özelliklerinin takibi, sağlıklı bir öğrencilik dönemi geçirmesi adına maddi olanakların yeterliliği çerçevesinde gerekli fiziksel çevrenin oluşturulmasının,
32. Sağlık Bakanlığı ve Gençlik ve Spor Bakanlığı ile koordineli bir şekilde hareket edilerek fiziksel aktivitenin arttırılması için öncelikle durum tespitinin yapılması, öğrencilerin fiziksel durumlarına ilişkin istatistiklerin belirlenmesi, 11'inci Kalkınma Planı'nda öngörülen bütçe imkânları çerçevesinde sağlıklı okul yemeği uygulamasının yaygınlaştırılması, Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi Programının bir an önce genişletilmesinin,
33. Gençlik ve Spor Bakanlığı ile birlikte hareket edilerek millî sporculara yönelik vakıf ya da devlet üniversitelerinde özel kontenjanlar açılması ve burs imkânları uygulamasının teşvik edilmesinin, okul bahçe ve spor salonlarının öğrencilerin tatil döneminde de kullanımına açık hale getirilmesinin, Yaz Kampları vasıtasıyla daha hareketli bir hayatın tüm okullar nezdinde başlatılmasının,
34. Okul kantinlerinde satılacak gıdalar ve eğitim kurumlarındaki gıda işletmelerinin sağlığa uygunluk yönünden denetlenmesi konusunda çıkartılan ve 10/11/2020 tarihli ve 2020/8 Sayılı "**Okul Kantinlerinde Satılacak Gıdalar ve Eğitim Kurumlarındaki Gıda İşletmelerinin Hijyen Yönünden Denetlenmesi Genelgesi**"⁷ kapsamında Genelge'nin etkinliğinin artırılması, okullarda sağlıklı beslenmenin sağlanması amacıyla kurumlar arasında verimli ve eş güdüm içerisinde hareket edilmesinin temininin,
35. 14/6/1973 tarihli ve 1739 sayılı Millî Eğitim Temel Kanununun 16'ncı maddesine göre 9/2/2012 tarihli ve 28199 sayılı resmi Gazete'de yayımlanan "**Millî Eğitim Bakanlığı Okul-Aile Birliği Yönetmeliği**"⁸ kapsamında denetlenen yemekhane, okul kantini ve kafeteryalarının mevzuata aykırı iş ve işlemleri konusunda sayılan "**Sözleşme Feshi**" müeyyidesine ek olarak "**Para Cezası**" ve "**Süre Verilmesi**" uygulamasının eklenmesinin,

⁷ http://merkezisgb.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2020_11/17151407_2020_8_SayYIY_Kantin_Genelgesi.pdf

Erişim: 8/6/2021

⁸ <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15878&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

Erişim: 8/6/2021



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

36. Tarım ve Orman Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı arasında 2/1/2019 tarihinde imzalanan **"Okul Kantinlerinde Satışa Sunulacak Gıdalar ve Bu Gıdalarda Kullanılacak Logo Uygulamasına İlişkin İşbirliği Protokolü"**nde tanımlanan, Sağlık Bakanlığı tarafından kriterleri belirlenen Millî Eğitim Bakanlığına bağlı resmi ve özel okul/kurumların bünyesinde faaliyet gösteren; kantin, kafeterya, yemekhane, büfe, çay ocağı gibi gıda işletmelerinde doğrudan öğrenciye satışa/tüketime sunulacak olan hazır ambalajlı gıdaların etiket hususlarının belirlendiği 20/10/2020 tarihli ve 31282 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2020/23 sayılı **"Okul Gıdası Hakkında Tebliğ"**in uygulanması noktasında paydaş bakanlıklarla işbirliğinin devamı ve takibinin sağlanmasının,

37. Okul ve Kurumlarımızda COVID -19 Pandemisi Döneminde Obezite ile Mücadele kapsamında;

- Pandemi sürecinde Eğitim Bilişim Ağı (EBA) platformu ve uzaktan eğitim sürecinde öğrencilerimizin ve öğretmenlerimizin hareketsiz kaldıkları, Öğretmenlerimiz tarafından bu süreçte öğrencilerimize uygun beslenme alışkanlıklarının kazandırılması ve şartların müsaade edildiği dönemlerde kapalı alan dışına çıkılarak sosyal mesafeyi koruyarak yürüyüş ve hareket sağlayacak aktivitelerin yapılması konusunda bilgilendirme yapıldığı,
- Bakanlığınız ve Türkiye Radyo Televizyon Kurumu ile birlikte Covid-19 Pandemi sürecinde EBA platformunda "Sağlıklı Beslenme" alanında çekim yapılarak ders aralarında öğrencilerin dikkatlerine sunulduğu,

belirlenmiş olup, Pandemi sonrasında öğrenci ve öğretmenlere; sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması konusunda, diğer kurum ve kuruluşlar ile sivil toplum örgütlerinin katılımcı olabileceği yarışmalar ve diğer okul içi eğitim etkinlikler düzenlenerek, sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam bilincinin geliştirilmesi için destek sunulmasının,

Tarım ve Orman Bakanlığı'ndan;

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 184, 187 ve 189'uncu maddelerinde belirtilen Bakanlık görevleri gereğince;



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

38. Tarım Bakanlığı olarak genel politika olarak belirlenen **"Tarladan Sofraya Gıda Güvenilirliğinin Sağlanması"** amacı doğrultusunda, tüketiciye sağlıklı, güvenilir gıdanın arzını sunabilmek, sürdürülebilir ve etkin denetimlerin sağlanmasını ve aynı zamanda haksız rekabetin önlenmesini sağlamak amacıyla gerekli çalışmaların genişletilmesinin,

39. 11/6/2020 tarihli ve 5996 sayılı **"Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu"** temel alınarak hazırlanan **"Türk Gıda Kodeksi Mevzuatı"** nın özellikle obezitenin oluşumuna neden olan gıdalar bakımından incelenerek genişletilmesinin, Avrupa Birliği müktesebatına uyumlu olacak şekilde, FAO ve WHO standartlarıyla bilimsel temellere dayalı yasal mevzuatın geliştirilmesinin,

40. Avrupa Birliğine uyum çerçevesinde bu zamana kadar yapılan çalışmalara ek olarak 15 adet Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliği, 1 adet Türk Gıda Kodeksi Hazırlama Yönetmeliği, Gıda Işınlama Yönetmeliği, 78 adet ürünlere özel hazırlanmış olan ürün tebliği, 1 adet Okul Gıdası Logosu Tebliği ve 3 tane de uygulamaya ilişkin kılavuz olmak üzere 100'ün üzerinde düzenlemenin sahada denetlenmesi ve sonuçlarının kamuoyu ile paylaşılmasının en kısa sürede sağlanması konusunda gerekli çalışmaların yürütülmesinin,

41. Tarım ve Orman Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı arasında 2/1/2019 tarihinde imzalanan **"Okul Kantinlerinde Satışa Sunulacak Gıdalar ve Bu Gıdalarda Kullanılacak Logo Uygulamasına İlişkin İşbirliği Protokolü"**nde tanımlanan, Sağlık Bakanlığı tarafından kriterleri belirlenen Millî Eğitim Bakanlığına bağlı resmi ve özel okul/kurumların bünyesinde faaliyet gösteren; kantin, kafeterya, yemekhane, büfe, çay ocağı gibi gıda işletmelerinde doğrudan öğrenciye satışa/tüketime sunulacak olan hazır ambalajlı gıdaların okul gıdası onay şartlarını ve bu gıdalarda kullanılacak okul gıdası logosuna ilişkin hususları kapsayan 22/10/2020 tarihli ve 31282 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2020/23 sayılı **"Okul Gıdası Hakkında Tebliğ"** in uygulanması noktasında paydaş bakanlıklarla işbirliğinin devamı ve takibinin sağlanmasının,

42. 26 Ocak 2017 tarihli ve 29960(mükerrer) sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan ve amacı *"algı farklılıkları ve bilgi gereksinimleri dâhil gıda hakkında bilgilendirme açısından tüketicilerin üst düzeyde korunmasına ilişkin kuralları belirlemek...."*olarak sayılan **"Türk Gıda Kodeksi Gıda Etiketleme ve Tüketicileri Bilgilendirme Yönetmeliği"**nde etiketlemede belirlenecek usullerin kamu spotları, afiş, broşür, web paylaşımları vb. aracılığı ile kamuoyu ile paylaşılarak duyurulmasının,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

43. AB'ne uyum hedefleri doğrultusunda şekerli, tuzlu gıdalarda yaşanan başarılı uygulamalara ek olarak 15/6/2007 tarihli ve 26392 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "**Türk Gıda Kodeksi Alkolsüz İçecekler Tebliği**⁹" baz alınarak özellikle kola, gazoz vb. ikame içeceklerde bulunan şeker miktarının Bakanlık aracılığıyla incelemeye alınmasının ve sonuçlarının kamuoyu ile paylaşılmasının, eğer uyumsuzluk var ise "**Türk Ağız Tadı**", ekonomi(yatırımcı-istihdam vb.) gibi nedenler ile obezite arasında denge korunarak kademeli olarak azaltılması yönünde yasal düzenlemelerin yapılmasının,

44. 7/3/2017 tarihli ve 30000 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "**Türk Gıda Kodeksi Gıdalara Vitaminler, Mineraller ve Belirli Diğer Öğelerin Eklenmesi Hakkında Yönetmelik**¹⁰" kapsamında hayvansal kaynaklı yağda doğal olarak bulunan trans yağ hariç olmak üzere tüketiciye sunulan gıdalarda bulunan trans yağ miktarı toplam yağın 100 gramında 2 gramı geçmeyecek şeklinde yapılan değişikliğin sıkı takibinin yapılmasının,

45. Sağlıklı beslenme adına kamuoyunda bilinen beyaz ekmek yerine tam buğday ve tahıllı statüde sayılan ekmek ve türevlerinin özendirilmesini teminen faydalarının anlatıldığı kamu spotları, afiş, broşür, web paylaşımları aracılığı ile anlatılmasının,

46. Bu tür ekmeklerin tüketiminin arttırılması adına Sağlık Bakanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı ve ilgili Federasyon gibi paydaşların bir araya getirilerek girdisinden alınan vergiler ile satışından elde edilen KDV oranlarının düşürülmesi ve ulaşılabilirliğinin artırılması adına çalışma yapılmasının, sonuçlarının kamuoyu ile paylaşılmasının,

47. Toplumun büyük kesiminde görülen D vitamini eksikliği, folat eksikliği, anemi gibi sağlık sorunlarıyla muzdarip olan insanlarımızın desteklenmesi adına, unun anemi açısından demirle ve folik asitle zenginleştirilmesi, süt veya süt ürünlerinin de vitamin D'yle zenginleştirilmesinin zorunlu hale getirilmesini konusunda, Avrupa Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü'nün benimsediği kurallar çerçevesinde "**Zorunlu Zenginleştirme**" konusunda çalışma yapılarak, bilimsel verilerle desteklenen bir mevzuat değişikliği çalışmasının yapılmasının,

48. Kent ormanı uygulamalarının genişletilerek yerel yönetimlerin bu tür projelerinin desteklenmesinin,

⁹ <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/06/20070615-5.htm> Erişim: 8/6/2021

¹⁰ <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/03/20170307-3.htm> Erişim: 8/6/2021



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Gençlik ve Spor Bakanlığı'ndan;

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 184, 187 ve 189'uncu maddelerinde belirtilen Bakanlık görevleri gereğince;

49. Gençlik ve Spor Bakanlığı olarak her yıl yaz ve kış aylarında devam ettirdikleri ve 5-18 yaş grubu çocuklara uyguladıkları spor faaliyetlerinden yararlanan 2 Milyon civarında öğrenci sayısının kademeli olarak arttırılmasının,

50. Ülkemizde lisanslı sporcu anlamında yaşanan ivme ile 9 milyon 286 bin gibi bir rakama ulaşan lisanslı sporcu sayısının hem nicelik hem nitelik açısından daha da iyi hale getirilmesi noktasında çalışmaların hızlandırılmasının,

51. Sağlıklı yaşam ve spor kulüpleri etkinliklerinin Türkiye'deki 81 ilde yaygın olan 299 gençlik merkezinde koruyucu, önleyici faaliyetler kapsamında çalışmalar ile atölye etkinliklerinde beslenme ve spor konularında verilen eğitimlerin sayısının arttırılması konusunda projelerin geliştirilmesinin,

52. 2018 yılında başlatılan ve 81 ile devam eden "**Yetenek Tarama ve Spora Yönlendirme Projesi**" kapsamında daha fazla gencimize ulaşmak adına çalışmaların geliştirilmesinin, yetenek taraması sırasında belirlenen ve obezite eğilimi tespit edilen gençlerimizin mevcut yazılım ile e-devlet üzerinden görülebilmesi ve bunun Sağlık Bakanlığı vasıtasıyla Aile Hekimliği ile paylaşılmasının temininin,

53. Ülkemizde kurulu 58 Vakıf üniversitesi ile "**Liseden Üniversiteye Geçişte Milli Sporculara %100 Burs**" verecek şekilde yapılan ve kamuoyuna ilan edilen protokol kapsamının tüm vakıf üniversitelerini kapsayacak şekilde genişletilmesi,

54. Özel Ortaöğretim Kurumlarında da buna benzer sürecin çalışmalarına başlanılması ve sonuçlarının "**Eğitim ve Spor Hayatı Bir Arada**" içeriği ile kamu spotları vasıtasıyla kamuoyu ile paylaşılmasının,

55. Ekonomik olanaklar dâhilinde, okul yaşındaki çocuk ve gençlerimizin spor etkinlik alanlarının genişletilmesi, olanaklarının arttırılması adına spor salonu, yüzme havuzu, masa tenisi salonu ve spor sahaları gibi alanlarda sağlanan ivmenin daha da artırılmasının,

56. Milli Sporcularımız vasıtasıyla obezitenin önlenmesine ilişkin sağlıklı beslenme ve kilo verme, sağlıklı beslenmede süreklilik konularını içeren kamu spotları ve kısa filmler hazırlanarak farkındalık yaratılmasının,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'ndan;

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 97, 100, 102 ve 107'nci maddelerinde belirtilen Bakanlık görevleri gereğince;

57. Obezite ve obezitenin önlenmesinde toplumsal hareketliliğin artırılması adına öncelikli olarak fiziki çevrenin oluşturulmasının sağlanması konusunda kentleşme ve imar konularında merkezi ve yerel yönetimler için bir yol haritası olan ve 4 Kasım 2010 tarih ve 27749 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren **KENTGES Bütünleşik Kentsel Gelişme Stratejisi ve Eylem Planının (2010-2023)¹¹** uygulanması ve takibinin,

58. Yerel yönetimlere hizmet noktasında yol gösteren, onlara rehberler hazırlayan, mevzuat çıkaran, uygulamaları yönlendiren Bakanlık olarak şehir imar planlarının hazırlanmasında insanların yürüyüş, spor ve sosyal etkinlikleriyle obezite mücadelelerinde planlanacak alanlar oluşturulması, obezitenin önlenmesi ve tedavisi noktasında çalışmalar yapan yerel yönetimlerin bu konularda desteklenmesinin,

59. Yaşanabilir çevre ve kimlikli şehirler oluşturulması için; trafik kaynaklı hava kirliliği etkilerinin azaltılması, beden ve ruh sağlığının korunması, yaşam kalitesinin artırılması ve çevre koruma bilincinin geliştirilmesi, aynı zamanda kent estetiğine katkı sağlanması amacıyla Cumhurbaşkanlığı Eylem Planında **"Daha yeşil ve yaşanabilir şehirler hedefi kapsamında bisiklet yolu (3000 km) ve yeşil yürüyüş yolu (3000 km), 60 km çevre dostu sokak ve 60.000 m2 gürültü bariyeri yapılması"** hedeflerinin takibi ve ulaşılan rakamların belirli dönemler dâhilinde kamuoyu ile paylaşılmasının,

60. Bisiklet yolu yapımına ivme kazandırmak, bisiklet yollarının ulaşım ağına entegrasyonunu sağlayarak fiziksel aktiviteyi artırmak amacıyla hazırlanmış olan **"Şehir İçi Yollarda Bisiklet Yolları, Bisiklet İstasyonları ve Bisiklet Park Yerleri Tasarımına Dair Yönetmelik"** 03/11/2015 tarih ve 29521 sayılı Resmî Gazetede yayımlanmış olup, bisiklet yolu uygulamaları için mevzuattaki eksikliklerin giderilerek İdarelerin yapacakları uygulamalara kolaylık ve sürat kazandırılmasının,

¹¹ https://webdosya.csb.gov.tr/db/kentges/editordosya/kentges_tr.pdf Erişim:8/6/2021



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

61. Cumhurbaşkanlığı icraat programında yer alan hedeflere ulaşılması açısından Bakanlığın **"Şehirlerarası Ulaşım ve Turizm Amaçlı Bisiklet Yolları Master Planı"** projesinin tamamlanarak, paylaşımlı bisikletlerin, bisiklet istasyonlarının ve bisiklet kiralama sistemlerinin kurulabilmesinin ve gerekirse kamu-özel işbirliğinin geliştirilecek projelerin desteklenmesinin,

62. Cumhurbaşkanlığı tarafından 13 Aralık 2018 tarihinde ilan edilen 100 günlük icraat programında yer alan **"81 ilde 81 milyon metrekare Millet Bahçesi"** projeleri temelinde Türkiye'de ortalama kişi başı 6.14 metrekare olanyeşil alan miktarının tüm paydaşlarla bir araya gelinerek arttırılmasının,

63. Obezite ile bağlantılı olarak kabul edilen ve gıdalarda israfın önlenmesini esas alan, **"tüketimin azaltılması", "ihtiyacımız kadar satın alınması", "atık oluşumunun azaltılması", "atık oluşturmadan önce ürünün tekrar kullanımına öncelik verilmesi" ve "ihtiyacı olana verilmesi"**nin hedeflendiği **Sıfır Atık Projesi**'nin sürekli olarak gündemde tutulmasının ve farkındalık çalışmalarına daha da öncelik verilmesinin,

64. Mahalli İdareler ile merkezi idareler arasında münasebetlerin sağlanması konusunda önemli görevleri olan Bakanlık vasıtasıyla belediyelerle işbirliği içerisinde ülke genelinde trafiğe kapalı olan yayalaştırılmış yol uygulamalarının arttırılmasının,

65. Engelli vatandaşlarımızın hareketliliğinin artırılması adına belediyelerle iş birliği yapılarak trafiğe kapalı alanlarda yürümeyi zorlaştırıcı masa, sandalye, tabela gibi özel işletmelere ait malzemelerin olmadığı, belirli genişliğe sahip, ağaçlandırılmış kaldırımların olduğu trafiğe kapalı yolların sayısının arttırılmasının ve teşvik edilmesinin,

Ticaret Bakanlığı'ndan;

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 441, 446, 452 ve 455'nci maddelerinde belirtilen Bakanlık görevleri gereğince;

66. 7/11/2013 tarihli ve 6502 sayılı **"Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun"**a dayanılarak çıkartılan ve 10 Ocak 2015 tarihli ve 29232 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan **"Ticari Reklam ve Haksız Ticari Uygulamalar Yönetmeliği"**ne 2017 yılında yapılan değişiklikle eklenen **"Aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdalara ilişkin reklamlar"** başlıklı maddesinin uygulamada takibinin ve denetiminin yapılmasının,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

67. Çocuklara yönelik her türlü mecrada ve çocuk programlarında; cips, gazlı içecek, çikolata-şekerleme gibi yüksek oranda şeker, tuz ve yağ içeren ve mevzuatımızda **"aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdalar"** olarak sınıflandırılan gıdaların reklamlarının yapılamayacağı hükmü ile bu tür gıdalarla birlikte oyuncak gibi çocukların beğenilerine ve ilgi alanlarına hitap eden hediyelerin verilmesi şeklindeki promosyon uygulamalarının yapılamayacağı hükümlerinin denetlenmesi, ihlal eden işletmelerin kamuoyuna duyurulması adına gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasının,

68. Özellikle çocuklarımıza ve gençlerimize dengeli ve sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırmak, böylece onları aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdaların yol açtığı obezite gibi sağlık problemlerinden korumak amacıyla aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen yiyeceklerin marketlerdeki raflarının düzenlenmesi, marketlerde satılan bu tür yiyeceklerin çocuk boylarının ulaşamayacağı yerlerde bulundurulmasının sağlanması noktasında çalışma yapılmasının,

69. İlgili Yönetmeliğe göre Sağlık Bakanlığının kırmızı kategoride yer alan ve aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdalarla ilgili yayımladığı listede yer alan ürünlerin reklamların vatandaşın yanıltılması durumunda başvuru **"Tedbiren Durdurma Kararı"** müeyyidesinin işlerliliğinin artırılmasının,

70. İnternet üzerinden satışı devam eden ve herhangi bir hekim raporuna dayanmadan alınabilen **"Zayıflama Hapları"**yla ilgili olarak ilaç olmadığı hâlde ilaç gibi endikasyon belirten bütün beyanların hangi mecra da olursa olsun sıkı takibinin yapılarak engellenmesi konusunda çalışmaların yapılmasının,

71. Obezite ameliyatı yaptığını beyan eden özel hastane, poliklinik ve doktorların internet sitesi üzerinden yaptığı yanıltıcı reklamların önlenmesi adına paydaş bakanlıklarla ortak çalışma yürütülerek yaşanabilecek mağduriyetlerin engellenmesinin,

72. Yine Yönetmelikte **"Sağlık Bakanlığımız tarafından hazırlanmış olan besin profilindeki kırmızı kategoride yer alan aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdaların satışını artırmaya yönelik olarak özellikle sadece oyuncak değil çocukları hedef alan ve çocukların ilgi alanına hitap eden hiçbir ürünü promosyon olarak veremez."** hükmü gereği, çikolata ve benzeri aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdaların içerisinde verilen oyuncaklar ile oyuncaklar içinde verilen gıdaların çocuklar üzerinde özendiriciliğinin etkisine dair bazı alanların gri alan olarak kaldığının tespiti üzerine konunun Sağlık Bakanlığı ve Hazine ve Maliye Bakanlığı başta olmak üzere paydaş bakanlıklarla koordineli bir şekilde incelenmesinin,



**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU**



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Hazine ve Maliye Bakanlığı'ndan

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 217, 220/A ve 226/A maddelerinde belirtilen Bakanlık görevleri gereğince

73. Obezite konusunda tüm dünya da yavaş yavaş ortaya çıkan ve birtakım finansal önlemlerle besleyici değeri olmayan gıdaların tespit edilip bu besleyici değeri olmayan gıdalarda vergi oranlarının arttırılması gibi yaptırımların uygulanmaya başladığından hareketle, Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı gibi paydaşlarla birlikte hareket edilerek aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen veya besleyici değeri olmayan gıdaların belirlenerek vergi oranlarının arttırılması noktasında çalışma yapılmasının,

74. Sağlıklı beslenme de hayati derecede önemli olan et ve et ürünleri, süt ve süt ürünleri, sebze ve meyveler ve tahıllı ekmek başta olmak üzere bu tür gıdalardan alınan vergilerin düşürülmesi, çikolata ve benzeri aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdaların içerisinde verilen oyuncaklar ile oyuncaklar içinde verilen gıdaların çocuklar üzerinde etkisi gibi bazı alanların gri alan olarak kaldığının tespiti üzerine konunun Tarım ve Orman Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere paydaş bakanlıklarla koordineli bir şekilde incelenmesinin,

75. Anaokulundan liseye okul çağındaki tüm çocuklarımıza "**Sağlıklı Okul Yemeği**" sunulması projesine aktarılan ödenek tutarlarının mali olanaklar çerçevesinde arttırılmasına yönelik çalışmalar yapılmasının,

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'ndan;

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 65, 68, 69 ve 71'nci maddelerinde belirtilen Bakanlık görevleri gereğince;

76. Aile ve topluma yönelik koruyucu, önleyici, eğitici, geliştirici ve rehberlik edici sosyal hizmet faaliyetleri kapsamında aile kurumunun güçlendirilmesi ve aile üyelerinin sorun çözme yeteneklerinin artırılarak yaşam standartlarının yükseltilmesi amacıyla ülke genelinde "**Aile Eğitim Programı**" ve "**Aile Danışmanlığı**" gibi programlar ile katılımcı sayılarının arttırılmalarına dönük çalışmalara ağırlık verilmesinin,



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

77. Sağlıklı, mutlu ailelerin oluşması için sağlık alanında yaşlı sağlığı, üreme sağlığı ve sağlıklı annelik, sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşama ve hastalıklardan korunma, çocuk ve ergen sağlığı konularının toplumda farkındalık oluşturacak şekilde incelenip görsel ve sosyal medya aracılığıyla toplumun bilgilendirilmesinin,

78. Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Aile Eğitim Programı Eğitimcilerinden bahse konu alanlarda düzenli olarak eğitimler gerçekleştirilmesi, söz konusu eğitimlere destekleyici olarak sağlık personelinin ya da fiziksel egzersiz alanında çalışan bir eğitimcinin de eğitimlere katılımının sağlanmasının, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı engelli ve yaşlı bakım hizmetleri, huzurevleri, kadın sığınma evleri, çocuk bakım kuruluşlarında verilen gıda rasyonunun diyetisyenler eşliğinde hazırlanıp sunulmasının, bu tarz yerlerde hareketliliğin sağlanması adına gerekli önlemlerin alınmasının, korunmaya muhtaç engellilerde hareket kısıtlılığından dolayı görülen obeziteye önlem alınması noktasında gerekli çalışmaların yapılmasının,

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 86 ve 90'ıncı maddelerinde belirtilen Bakanlık görevleri ile 4 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 405'inci maddesinde belirtilen Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı görevleri gereğince;

79. Sosyal Güvenlik Kurumu aracılığıyla kamu hastanelerinde yapılan obezite ameliyatlarının karşılanarak ameliyat maliyetlerinin hesaplanabildiği ancak öncesi ve sonrası oluşan yan hastalıkların maliyetlerinin hesaplanamadığından hareketle obezite nedeniyle oluşan ikincil maliyetlerin ve oluşan iş gücü kayıplarının hesaplanıp kamuoyuna açıklanabilmesi için bir çalışmanın yapılmasının,

Adalet Bakanlığı'ndan;

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 38 ve 41/A maddelerinde belirtilen Bakanlık görevleri ile 4 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 3'üncü maddesinde belirtilen Adli Tıp Kurumu Başkanlığı görevleri gereğince;



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

80. Adli Tıp Kurumuna bilirkişilik vasfı nedeniyle tevdi edilen malpraktis iddialarını içeren dosyalara ait raporların gecikmelere yer verilmeden Bilirkişi Raporunun en hızlı şekilde raporlanarak ilgili yerlere gönderilmesinin,

81. Malpraktis-Hatalı Tıbbi Uygulama iddialarını içeren davalarda görev alan savcı ve hâkimlere özel bir alan olarak eğitimler verilmesinin,

Radio ve Televizyon Üst Kurulu'ndan

15/2/2011 tarihli ve 6112 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun'un 37'inci maddesinde sayılan görevleri gereğince;

82. 15/2/2011 tarihli ve 6112 sayılı "**Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun**"un "Yayın Hizmetlerinde Ticarî İletişim" başlıklı dokuzuncu maddesinin yedinci fıkrasında yer alan "*Genel beslenme diyetlerinde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıda ve maddeler içeren yiyecek ve içeceklerin ticarî iletişimine, çocuk programlarıyla birlikte veya bu programların içinde yer verilemez.*" Hükmü ile 2/11/2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan düzenleme ile "**Yayın Hizmeti Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik**¹²"te yer alan hükümleri ihlal edenlerin takibinin ve denetlenmesinin,

83. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen alt bant uygulamaları ile israf ve obezite konusunda Kamu kuruluşları ile STK'ların kamu spotu hazırlamalarına teşvik edilmesi konusunda çalışma yapılmasının,

84. Aşırı tüketimi önerilmeyen besinlerin reklamlarının geç saatlere kaydırılması veya tüm yayından çıkarılması noktasında paydaş kurumlarla bir araya gelinerek bir çalışma yapılmasının,

85. "**Gurme**" tarzı yemek programlarında yemeğin teşvik edilmemesi veya yöresel tanıtım programlarında program sunan kişilerin fazla yememeleri, olumsuz örnek teşkil etmemeleri ve sağlıklı olmaları ve spor yapmaları konularında teşvik edici mesajlar verilmesinin sağlanmasının,

¹² <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15508&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim: 8/6/2021



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

86. Dizi yapımcıları ve yayıncılarla düzenli olarak bir araya gelinerek özellikle **"Rol Karakterlerin"** spor yapan ve sağlıklı beslenen karakterler olması; hamburger, abur-cubur gibi gıdaların tüketiminin de özellikle dizilerde olmaması gerektiği konusunda tavsiyede bulunulmasının,

87. Obezite tedavisi ve obezite cerrahisi ile ilgili yapılan görsel medya programlarında yapılan yanıltıcı/aldatıcı reklamların önlenmesi noktasında gerekli denetimlerin yapılması, başta Sağlık Bakanlığı ve Ticaret Bakanlığı olmak üzere paydaş bakanlık ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde hareketle bu konunun ele alınması, yayıncı kuruluşlarla iletişim halinde olarak, **"Obezite Ameliyatı-Mucizevi Yöntem"** olarak lanse edilen ve herhangi bir tedavi uygulanmadan iyi hazırlanmamış obez bireylerin doğrudan cerrahi ile zayıflatılması şeklinde sunulan kamuoyunu aldatıcı programların yapılmasının engellenmesinin,

88. **"Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması"** kapsamında; Televizyon karşısında geçirilen zamanın artış eğiliminde olması ve özellikle kadınlarımızın televizyon izleme sürelerinin günlük 5-6 saat aralığına yükselmesi nedeniyle toplumsal hareketsizlin artması tehlikesi karşısında yıllık bazda TV karşısında geçirilen zamana, TV karşısında oluşan yeme alışkanlıklarına ve hareketsizliğe vurgu yapan araştırma sonuçlarının birlikte değerlendirilerek başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere kamuoyu ile paylaşılmasının,

89. Kamu kurum ve kuruluşlarınca özellikle sağlık, obezite, toplumsal hareketlilik konularında hazırlanıp görsel medyaya verilen **"Kamu Spotlarının İzlenme Oranı"**nın tespit edilmesi konusunda gerekli çalışmaların yapılmasının ve kamuoyu ile paylaşılmasının,

Türkiye Belediyeler Birliği'nden

26/5/2005 tarihli ve 5355 sayılı Mahalli İdare Birlikleri Kanunu'nun 20'nci maddesinde sayılan görevleri gereğince;

90. 26/5/2005 tarihli ve 5355 sayılı **"Mahalli İdare Birlikleri Kanunu"**nun 20'inci maddesi gereği kurulan ve ülkemizde ulusal ve uluslar arası düzeyde belediyeleri temsil etme yetkisine sahip ve bütün belediyelerin doğal üyesi olduğu tek mahalli idare birliği olması nedeniyle;

91. İlgili Bakanlıklarla işbirliği yaparak obezitenin azaltılması ve sağlıklı yaşamın desteklenmesi açısından **"Avrupa Hareketlilik Haftası"**, **"Birlikte yürüeyelim"** gibi projeler



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

ile bisiklet kullanımının yaygınlaştırılması, hareketliliğin arttırılmasına yönelik faaliyetlerin belirli bir organizasyon içerisinde tüm belediyeleri kapsayacak şekilde yapılmasının temininin,

92. Belediyelerin yetki ve görevleri doğrultusunda obezitenin önlenmesi ve hareketliliğin arttırılmasına dair örnek çalışmalar yapan belediyelerin projelerinin diğer belediyeler ile de paylaşabilmesi yönünde yönlendirici çalışmalar yapmasının,

93. Sağlık Bakanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Belediyelerin işbirliği ile yapılan projelerde kesintisiz bisiklet yolları, araç trafiğine kapalı yollar ve cephe düzenleme uygulamaları, bisiklet dağıtımı ve öğrencilere yaz okulları gibi ortak uygulamaların protokollerle genişletilmesinin teşvik edilmesinin,

İSTENMESİNE 3071 sayılı Kanun ve TBMM İktüzüğünün ilgili maddeleri gereğince karar verildi.

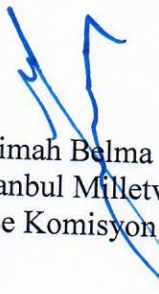


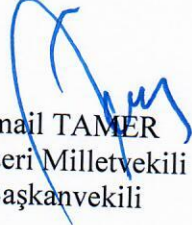
TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
DİLEKÇE KOMİSYONU

Karar No :11

9.6.2021

Konu Obezite ile Mücadele Yöntemleri ve Cerrahi Uygulamadaki Malpraktis İddiaların Araştırılması ve Alınabilecek Önlemlerin Belirlenmesi


Mihrimah Belma SATIR
İstanbul Milletvekili
Dilekçe Komisyon Başkanı


İsmail TAMER
Kayseri Milletvekili
Başkanvekili


Fehmi KURÇU
Bolu Milletvekili
Sözcü


Mustafa KENDİRLİ
Kırşehir Milletvekili
Kâtip Üye

Mehmet TAYTAK
Afyonkarahisar Milletvekili
Üye


Arzu AYDIN
Bolu Milletvekili
Üye

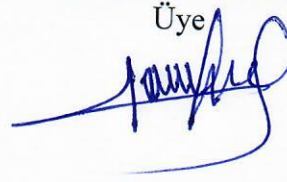
Hüda KAYA
İstanbul Milletvekili
Üye

Özcan PURÇU
İzmir Milletvekili
Üye


Metin İLHAN
Kırşehir Milletvekili
Üye


Ahmet Salih DAL
Kilis Milletvekili
Üye


Behiç ÇELİK
Mersin Milletvekili
Üye


Aziz AYDINLIK
Şanlıurfa Milletvekili
Üye