



Dünya
Sağlık Örgütü
Avrupa Bölge Ofisi

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar

Ülke Değerlendirmesi TÜRKİYE

Melitta Jakab
Loraine Hawkins
Belinda Loring

Juan Tello
Toker Ergüder
Mehmet Kontas





**Dünya
Sağlık Örgütü**

Avrupa Bölge Ofisi

**Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar:
Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar, No.2**

Türkiye Ülke Değerlendirmesi

Melitta Jakab

Loraine Hawkins

Belinda Loring

Juan Tello

Toker Ergüder

Mehmet Konaş

Özet

Birçok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de giderek büyüyen bir Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BoH) yüküyle karşı karşıyadır. Bu raporda Türkiye’nin başarıları ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarının sonuçlarındaki gelişmeyi hızlandırmak için ne tür zorluklarla karşı karşıya kaldığı ele alınmaktadır. Türkiye, hali hazırda Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar için önerilen çok sayıda temel nüfus müdahalelerini uygulama konusunda etkileyici bir ilerleme kaydetmiştir. Özellikle tütün kontrolü konusunda çok belirgin faaliyetler yürütülmüştür. Zorluklar ise halen geçen alkol kontrol politikalarının uygulanması ve obeziteye yönelik kapsamlı ve pragmatik bir yaklaşımın geliştirilmesi konularıdır. Temel bireysel hizmetler açısından, Türkiye, her düzeyde kaliteli sağlık hizmet sunumuna erişimi artırmak için büyük atılımlar yapmıştır, bunun neticesinde anne ve çocuk sağlığı göstergelerinde belgelenmiş iyi sonuçlar elde etmiştir. Bununla birlikte, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser hastalıklarının aile hekimleri tarafından zamanında tespiti ve sürekli yönetimi konularında zorluklar bulunmaktadır. Rapor bu konuları derinlemesine analiz etmekte ve Türkiye’nin gelecek nesillerinin bu sağlık problemlerinin üstesinden nasıl geleceği konularında politika önerileri sunmaktadır.

Anahtar kelimeler

KRONİK HASTALIKLAR

SAĞLIK SİSTEMLERİ

UNİVERSAL KAPSAYICILIK

SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi’nin yayınlarıyla ilgili taleplerinizi şu adreslere bildiriniz:

Yayımlar

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Danimarka

Alternatif olarak, Bölge Ofisi web sitesinden (<http://www.euro.who.int/pub-request>) belge edinmek, sağlık bilgileri almak veya alıntı ya da tercüme yapmak için çevrimiçi talep formunu doldurunuz.

© Dünya Sağlık Örgütü 2014

Tüm hakları saklıdır. Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa Bölge Ofisi, yayınlarının kısmen veya bütün olarak çoğaltılması veya tercüme edilmesi yönündeki talepleri memnuniyetle karşılamaktadır.

Bu yayında kullanılan tabirler ve materyallerin sunumu, Dünya Sağlık Örgütü’nün herhangi bir ülkenin, bölgenin, şehrin veya alanın ya da bunların yetkililerinin yasal durumu hakkında veya bunların hudut ve sınırları hakkında herhangi bir görüş ifade ettiği anlamına gelmez. Haritalar üzerindeki noktalı çizgiler, üzerinde kesin uzlaşma olmayabilecek bölgelerin yaklaşık sınırlarını temsil etmektedir.

Belirli şirketlerin veya bazı imalatçıların ürünlerinin isimlerinin geçmesi, bunların Dünya Sağlık Örgütü tarafından burada adı geçmeyen diğer benzerlerine tercihen onaylandıkları veya tavsiye edildikleri anlamına gelmez. Yazım hataları ve ihmaller haricinde, tescilli ürünlerin isimleri baş harfleri büyük yazılarak belirtilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü bu yayında yer alan bilgileri doğrulamak için makul sınırlar çerçevesinde tüm önlemleri almıştır. Ancak yayınlanan materyal, açık veya ima yollu hiçbir garanti olmaksızın dağıtılmaktadır. Materyali yorumlama ve kullanma sorumluluğu okuyucuya aittir. Hiçbir durumda, Dünya Sağlık Örgütü bu belgenin kullanılmasından ötürü ortaya çıkabilecek zararlardan sorumlu tutulamaz. Yazarlar, editörler veya uzman gruplar tarafından ifade edilen görüşlerin Dünya Sağlık Örgütü’nün kararlarını veya beyan edilen politikasını temsil etmesi şart değildir.

Metin editörü: Patricia Butler

Kitap ve kapak düzenlemesi: Christophe Lanoux, Paris, Fransa

İçindekiler

Teşekkür	5
Giriş ve Gerekçe.....	6
1. BOH Sonuçları	8
1.1. Mortaliteye Dayalı Sonuç Ölçümleri.....	8
1.2. BOH'larda Eşitsizlikler ve Sosyal Belirleyiciler.....	10
2. Temel Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Müdahaleler ve Hizmetlerin Kapsamı	11
2.1. Toplum Temelli Müdahaleler	12
2.2. Bireysel Hizmetler	17
3. Temel Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Müdahaleleri, Hizmetleri Artırmak İçin Sağlık Sistemindeki Zorluklar ve Fırsatlar	21
I. BOH'ların Daha İyi Bir Şekilde Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Politik Kararlılık Geliştirme	22
II. Öncelikleri ve Sınırları Belirlemeye Yönelik Açık Süreçler Oluşturmak	23
III. Kurumlar Arası İşbirliğini Güçlendirme	24
IV. Toplumun Güçlendirilmesi	26
V. Hizmet Sunumu Modeli.....	27
VI. Hizmet Sağlayıcılar Arasında Koordinasyon.....	32
VII. Yerelleşme ve Ölçek Ekonomileri ile Uzmanlaşma.....	34
VIII. Teşvik Sistemleri	35
IX. Kanıtların Uygulamalara Yansıtılması	37
X. İnsan Kaynakları	38
XI. Kaliteli BOH İlaçlarına Erişim	39
XII. Sağlık Sistemleri Yönetimi.....	40
XIII. Bilişim Çözümleri.....	40
XIV. Değişim Yönetimi.....	41
XV. Tedaviye Erişim ve Mali Yük.....	41
4. Yenilikler ve İyi Uygulamalar	42
4.1 Sağlık 2020'yi Benimsemek.....	42
4.2 Kanser Taraması için Hizmet Sağlayıcılar Arasında Koordinasyon.....	43
5. Politika Önerileri	44
5.1. Koordinasyon ve yönetim mekanizmalarını güçlendirme	44
5.2. BOH'lar için obezite ve beslenme ile ilişkili risk faktörlerine yönelik eylemlerin hızlandırılması.....	45

5.3. BOH'larda aile hekimliğinin rolünün arttırılması	45
5.4. Sağlıkla ilişkili hakkaniyet ve sosyal belirleyicileri eylem ve raporlamada yaygınlaştırarak dâhil etme	48
5.5. BOH planlarını değiştirmek ve geliştirmek için analiz çalışmaları ve durum tespiti yapma	49
Kaynakça.....	50
Ek 1. Katılımcı Listesi.....	53



Teşekkür

Yazarlarımız, çalışmaya olan katkı ve desteklerinden dolayı başta T.C. Sağlık Bakanı Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU'na, Sağlık Bakanlığı Önceki Müsteşarı Prof. Dr. Nihat TOSUN, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Hüseyin ÇELİK, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı Prof. Dr. Seçil ÖZKAN, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu önceki başkanı Doç. Dr. Turan BUZGAN, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kansere Başkan Yardımcısı Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan Daire Başkanları; Uzm. Dr. Banu EKİNCİ, Doç. Dr. Nazan YARDIM, Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN, Dr. Kanuni KEKLİK, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden Dr. İsmail SERDAROĞLU, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Daire Başkanı Dr. Berrak BAŞARA, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve özürlüler Daire Başkanlığı'ndan; Uzm. Dr. Ayşegül ÖZTEMEL, Uzm. Dr. Sevgi GÜLER, Tıbbi Teknolog Gülay SARIOĞLU, Sosyolog Şerife KAPLAN, Tıbbi Teknolog Nevin ÇOBANOĞLU, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı'ndan Uzm. Dr. Evin ARAS KILINÇ, Ankara Sağlık Müdürlüğü'nden Dr. Jale ÖZTÜRK, Ankara Halk sağlığı Müdürlüğü'nden Prof. Dr. Mustafa ÖZTÜRK ve Dr. Demet İMAMOĞLU, İzmir Sağlık Müdürlüğü'nden Uzm. Dr. Bediha TÜRKYILMAZ, İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden Doç. Dr. Mustafa TÖZÜN, Malatya Sağlık Müdürlüğü'nden Dr. Nail UMay, Malatya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden Dr. Kemal ŞENER ve Ankara Yüksek İhtisas Hastanesinden Uzm. Dr. Ümit KERVAN'a çalışmaya olan katkı ve katılımlarından dolayı müteşekkirdir.

Bu raporda 17-26 Haziran 2013 tarihleri arasında yapılan çalıştaydan faydalanılmıştır. Yazarlarımız katılımcılara zaman ayırdıkları ve katkılarından dolayı teşekkür eder. Yazarlarımız ayrıca Malatya İli yöneticilerine misafirperverlikleri ve değerli görüşleri için teşekkür eder. Türkiye Ülke Değerlendirmesi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Ofisi'nden Dr. Hans KLUGE ve Dr. Gauden GALEA'nın rehberliğinde hazırlanmıştır. Ayrıca DSÖ Türkiye Ofisi eski başkanı Dr. Cristina PROFİLİ'ye özverili desteklerinden dolayı teşekkür ederler.



Giriş ve Gerekçe

Birçok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de Bulaşıcı Olmayan Hastalık (BOH) yükü artış göstermektedir. Türkiye, hayata geçirdiği Sağlıkta Dönüşüm Programıyla, sağlık sisteminde önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Kaydedilen ilerlemeler sayesinde sağlık sigortası kapsamı hızla genişlemiş, sağlık hizmetlerine daha fazla erişim sağlanmış ve bakım hizmetlerine erişimde gözlenen bölgesel eşitsizlikler azalmıştır. Değişikliklerin, sonuç olarak bebek, çocuk ve anne ölümleri üzerinde somut etkileri olmuştur (Akdag, 2011; Ministry of Health, 2012a; Atun R, Aydın, Chakraborty, Sümer, Aran, Gürol et al., 2013).10 yılı aşkın bir süredir sistematik olarak yapılan sağlık reformlarında, Sağlık Bakanlığı, elde edilen başarıları ve BOH sonuçlarında kaydedilen ilerlemenin önünde duran engelleri değerlendirmesi için DSÖ ile işbirliğine gitmiştir.

Bu ülke değerlendirmesi, iki amaçla yapılmaktadır. Birincisi; değerlendirmenin, sağlık sistemini güçlendirip temel BOH sonuçlarında elde edilen kazanımları hızlandıracak pragmatik, bağlamsal ve eyleme geçirilebilir politika tavsiyeleri ortaya koyması beklenmektedir. Yapılan değerlendirmenin ve sonucunda çıkan tavsiyelerin, hâlihazırda mevcut bulunan bir dizi alt sektör planında şemsiye işlevi görecek şekilde kapsamlı bir BOH eylem planı için platform oluşturması beklenmektedir. İkincisi; bölgesel bir projenin parçası olarak, bu değerlendirme bölge çapında sağlık sistemlerinde BOH’lara ilişkin olarak görülen ortak engeller ve engelleri ortadan kaldırmaya yönelik umut verici yaklaşımlar ile ilgili bilgi ve deneyim paylaşımına katkı sağlayacaktır. Bu değerlendirmenin ilk sonuçları, Sağlık Sistemleri ile ilgili Talinn’de toplanacak olan üst düzey toplantıda, Barcelona Flagship Programında, Alma Ata Temel Sağlık Konferansı ve BOH’larla ilgili Türkmenistan Bakanlık Konferansı’nda paylaşılabilir.

Bu ülke değerlendirmesi, üye devletlerin sağlık sistemlerini BOH’larda daha iyi sonuçlar alacak şekilde güçlendirmelerine destek olmak amacıyla DSÖ Avrupa Bölge Ofisi’nin geliştirdiği bölgesel projenin bir parçasıdır. Beş ülke (Türkiye, Macaristan, Moldova, Kırgızistan ve Tacikistan) değerlendirmeye katılmayı kabul etmiştir. Beş ülke değerlendirmesinde de farklı disiplinlerden gelen değerlendirme ekipleriyle ortak bir yaklaşım benimsenmiştir. Değerlendirmeler, yapılandırılmış Değerlendirme Kılavuzu’na dayandırılmakta ve bu kılavuz her ülkenin kendine özgü koşullarına göre şekillendirilmektedir (WHO Regional Office For Europe 2014) (baskıda). Kılavuz, sağlık sistemlerinin BOH’larla başa çıkmada oynadığı rol ile ilgili olarak hazırlanan arka plan belgesi ile temellendirilmiştir (Roberts & Stevenson, 2014) (baskıda).

Bu hedeflere ulaşmak için, farklı disiplinlerden DSÖ uzman ekibi 17-26 Haziran 2013’te Türkiye’yi ziyaret etmiştir. Çalışma; Türkiye’de BOH’larla ilişkili çok farklı alanlardan uzmanlar ve paydaşların katılımıyla yapılan 3 günlük bir istişareyle başlamıştır (bk. ek 1 katılımcı listesi). Sunumlar ve küçük grup tartışmaları, bilgi paylaşmak, verileri gözden geçirmek, başarı ve zorluk alanlarını belirlemek ve bu değerlendirme kapsamındaki belirli temel noktalar üzerinde mutabakat sağlamak için gerekli zemini oluşturmuştur. Çalışma kapsamında Ankara ve Malatya illerinde il sağlık ve halk sağlığı yöneticileri, Kalkınma Bakanlığı, yerel yönetimler,

toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, KETEM'ler (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri), sigara bırakma poliklinikleri, ambülans çağrı merkezleri ve hastanelerde saha ziyaretleri gerçekleştirilmiştir. Bu toplantı ve ziyaretler, birinci elden izlenim elde edilmesi ve belge ve çalıştay sunumlarından alınan bilgilerin yerinde uygulamalarla kıyaslanmasına olanak sağlamıştır. Çalıştay ve saha ziyaretleri sırasında elde edilen izlenimler, daha fazla mutabakat sağlamak için misyonun sonunda kilit paydaşlara sunulmuştur.

Raporun yapısı şu şekildedir: **Birinci bölümde**, mortaliteye dayalı göstergelere odaklanarak BOH sonuçlarında görülen eğilimler, **İkinci bölümde** temel BOH müdahaleleri ve hizmetlerinin kapsayıcılığı , **üçüncü bölümde** Temel BOH müdahaleleri ve hizmetleri kapsayıcılığını daha çok iyileştirmek için sağlık sisteminde karşılaşılan zorluklar ve fırsatlar ele alınmaktadır **Dördüncü bölümde**, Türkiye deki yenilikler ve iyi uygulamalar tanıtılmaktadır. **Son bölümde** ise politika tavsiyeleri ile rapor sonuçlandırılmaktadır.



1. BOH Sonuçları

1.1. Mortaliteye Dayalı Sonuç Ölçümleri

Türkiye, sağlık ve sağlıkta eşitsizliklere ilişkin önemli çalışmalar yapmış ve birçok sağlık göstergesinde somut iyileşmeler sağlamıştır (Akdag, 2011; Ministry of Health, 2012a; Atun R, Aydın, Chakraborty, Sümer, Aran, Gürol et al., 2013). Türkiye’de, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya koyulduktan sonra, yaşam süresinde önemli bir artış; anne, bebek ve çocuk ölümlerinde ise büyük bir düşüş kaydedilmiştir. Söz konusu sonuçlarda görülen bölgesel eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik çalışmalarda ilerleme kaydedilmiştir. Kapsamlı, ancak önceliklendirilmiş ve belirli hedeflere yönelik bu sağlık sistemi reform programı, finansman, hizmet sunumu, kaynaklar ve yönetim de dâhil olmak üzere sağlık sisteminin bütün işlevlerine ağırlık vererek söz konusu kazanımların elde edilmesini sağlamıştır.

Bu rapor için temel BOH’lardaki mortalite eğilimlerini değerlendirmek, 2008 yılına kadar ölüm kayıtlarının eksik olması nedeniyle oldukça zor olmuştur. 2008’den önce ölümlerin yalnızca %50’sinin kayıtlara geçmiş olduğu tahmin edilmektedir. Ölümler, nedenleri ile birlikte sadece büyük ilçe veya il merkezlerinde kayıt altına alınmıştır; dolayısıyla kayıtlarda büyük eksikler vardır. Ölümler kayıt altına alınırken, ICD-8 bazında toplanmakta ve altta yatan nedenler yerine doğrudan ölüme yol açan nedenler belirtilmiş; dolayısıyla kayıtlarda doğruluk açısından da belirli sorunlar olmuştur.

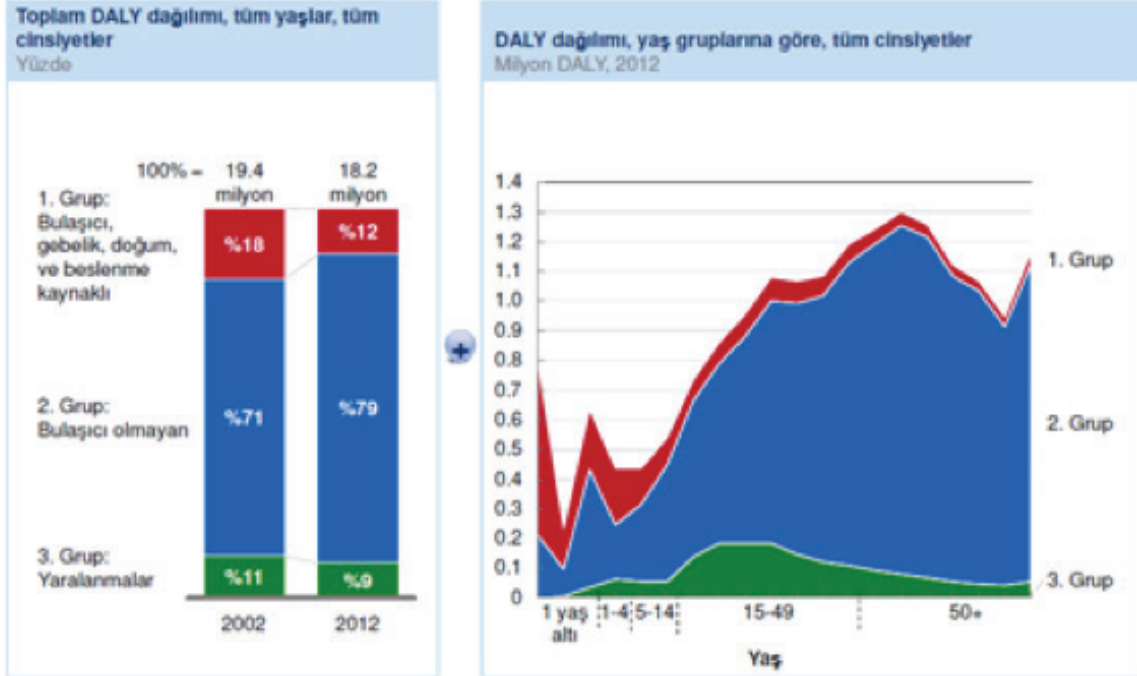
Ölüm kayıtlarında görülen eksikleri gidermek ve verilerin güvenilirliğini arttırmak amacıyla 2009 yılından bu yana konu ile ilgili önemli düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Bu amaçla; ölüm belgesi formları hazırlanmış, doktorlara eğitim verilmiş ve doğrulama daha fazla kullanılmaya başlanmıştır. 2009 yılı başından itibaren ICD-10 bazında altta yatan nedene göre ölüm nedenleri toplanmaya başlanmıştır. Ölüm evde gerçekleşse bile doktorların ölüm nedenini belgelemesi, defin için ölüm belgesinin doldurulması zorunlu hale gelmiştir. Doktorlar ölüm nedenini forma açık uçlu olarak yazmakta, daha sonra TÜİK’te kodlayıcılar tarafından ICD-10 kodu verilmektedir. 2013 yılında yeni iyileştirmeler yapılmıştır. İki ayrı form halinde düzenlenen ölüm kaydı ve ölüm nedeni tek bir formda birleştirilmiştir. Otomatik hata denetimi ve ikaz sistemleri bulunan internet tabanlı bir sistem uygulamaya koyulmuştur. Doktorlar; ölüm nedenini, ister ICD-10 kodlarını kullanarak doğrudan sisteme elektronik olarak girmekte isterse de açık uçlu olarak ölüm nedenini girmektedir. Bilgiler, Türkiye İstatistik Kurumu’na teslim edilmeden önce Sağlık Bakanlığı tarafından teyit edilmektedir. 2013’ten itibaren, ek sosyo-ekonomik değişkenler de, isteğe bağlı olmakla birlikte, ölüm kayıt formlarına dâhil edilebilmektedir. Yapılan değişiklikler, önemli iyileştirmeleri de beraberinde getirmiştir. 2009’da ölümlerin yaklaşık %70’i kayda geçmiş; kayda geçenlerin %76’sında ölüm nedenleri belirtilmiştir. 2010 ile 2012 arasında, ölümlerin %85’i kayıt altına alınırken %90’ının nedeni belirtilmiştir. Bu başarı büyük oranda Aile Hekimliği sisteminin tüm ülke geneline yaygınlaştırılması ile ilgilidir.

Temel BOH vakaları için zaman eğilimini incelemek veya günümüzde ülkeler arası karşılaştırma yapmak zor görünse de bulaşıcı olmayan hastalıkların Türkiye’nin önündeki yeni sorunlar olduğu kabul görmektedir. Örneğin, Ulusal Hastalık Yüklü Çalışması 2013, 2002 yılında BOH’lara ait Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY) oranı tüm hastalık yükünün

%71'i iken 2012 yılında bu oranın %79'a çıktığını göstermiştir (Basara, 2013)(şekil 1). Bulaşıcı hastalıklar ve çocukluk çağı hastalıkları ile başarılı şekilde mücadele eden ve yaşam süresinin uzadığı ülkelerde bu eğilim olağan dışı değildir. 2002-2012 yılları arasında DALY'lerin ilk 25 nedeni gözden geçirildiğinde, bu değerlendirmeye ilişkin bir dizi eğilim öne çıkmaktadır:

- **Dolaşım ile ilgili sorunlar.** Hastalık yükünün başını çeken iskemik kalp hastalığı ile ilgili tabloda son on yılda herhangi bir iyileşme olmamıştır. Ölüm ve yeti yitimi ile sonuçlanan diğer kardiyovasküler nedenlerde hafif bir azalma görülmüştür. Ancak iskemik kalp hastalığı ile karşılaştırıldığında toplam hastalık yükü içinde diğer kardiyovasküler nedenlerin yükü daha azdır.
- **Diyabet.** Diyabet kaynaklı hastalık yükü %12,8 oranında artmış ve diyabet, Türkiye'deki sağlık sorunlarının en önemli 4. nedeni haline gelmiştir. Bu eğilim, bir sonraki bölümde de açıklandığı üzere, yükselen obezite oranları ile paralellik göstermektedir.
- **İnme.** İnmeyle bağlı DALY'lerde %6.6'lık bir düşüş yaşanmıştır. Ancak Türkiye'de yaşanan epidemiyolojik geçişle ilgili olarak, inme, şu anda sağlık sorunlarının üçüncü en önemli nedeni olarak görünmektedir ve önemli bir sakatlık yüküne sahiptir.
- **Kanser.** Sağlık sorunlarının ilk 25 nedeni arasında akciğer, mide ve kolorektal kanser de dâhil olmak üzere bir dizi kanser yer almaktadır. Farklı kanser çeşitleri ile ilişkili DALY'ler son on yılda artış göstermiştir. Bu artışların bir kısmı, bir sonraki bölümde de görüleceği üzere, kanser teşhis olanaklarının iyileştirilmesinin sonucu olarak ortaya çıkmış olabilir.
- **Akciğer Hastalıkları.** KOAH ve astım gibi akciğer hastalıkları nedeniyle olan DALY'ler de önemli oranda artmıştır.

C Bulaşıcı olmayan hastalıkların toplam hastalık yükündeki ağırlığı ve etkisi artmaktadır



Kaynak: Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013, İzin alınmadan kullanılamaz.

Şekil 1. 2002-2012 yılları arasında toplam hastalık yükündeki BOH oranı artış göstermiştir.

Türkiye, ölüm kayıtlarında sağlanan iyileşmelerle temel BOH sonuçlarında kaydedilen ilerlemeleri sistematik olarak izleyebilecek, BOH kaynaklı mortalite oranını 2025 yılına kadar %25 azaltma taahhüdüne uygun spesifik hedefler belirleyecek ve belirlediği hedefler yönünde kaydettiği ilerlemeleri rutin olarak değerlendirebilecektir. Türkiye'nin anne, bebek ve çocuk ölümlerinin düşürülmesinde gösterdiği başarının altında yatan aynı sonuç odaklı yaklaşımı, BOH'lara de etkili bir şekilde uygulanabilir.

1.2. BOH'larda Eşitsizlikler ve Sosyal Belirleyiciler

Türkiye'de, sağlık alanında eşitsizliklerin refah ve eğitim seviyeleri, cinsiyet, ikamet yeri ile ilişki içinde ortaya çıktığı görülmektedir. 2011'de, Türkiye'nin Gini katsayısı 0.41 olarak hesaplanmıştır. Bu katsayı gelir dağılımında büyük eşitsizliklere işaret etmektedir (OECD, 2011). Türkiye, gelir eşitsizliğinin azalmakta olduğu iki OECD ülkesinden biridir. Bireylerin kendi sağlık durumları ile ilgili bildirimde bulunmaları konusunda sosyal gruplar arasında farklılıklar görülmektedir. En düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip gruplar, genel sağlık durumları ile ilgili en az bildirimde bulunanlardır (Sozmen, Baydur, Simsek & Unal, 2012). Farklılıklar devam etse de, eşitsizliklerde 2003-2008 yılları arasında azalma görülmüştür. Daha yoksul olan Doğu illeri ve daha gelişmiş Batı illeri arasında sağlık sonuçlarında eşitsizlikler mevcuttur. Eğitim seviyesi düşük ve kırsalda yaşayan anneler için sağlık hizmeti göstergelerinde (doğum olanakları, antenatal bakım ve çocukluk immünizasyonu da dâhil olmak üzere) eşitsizlikler olduğu tespit edilmiştir (Atun R, Aydın, Chakraborty, Sümer, Aran, Gürolet al., 2013). Türkiye'de BOH'lar ve BOH risk faktörlerine ilişkin spesifik eşitsizlikler ile ilgili daha az bilgi vardır. Örneğin, daha düşük sosyo-ekonomik gruplardan gelen erkekler daha varsıl gruplardan gelen erkeklere göre daha fazla; daha varsıl gruplardan gelen kadınlar ise daha düşük gruplardan gelen kadınlara göre daha fazla sigara içmektedir (Hassoy, Ergin & Kunts, 2013). Türkiye'de obezite, erkeklerle karşılaştırıldığında, kadınlar arasında daha yaygındır ve kadınlar fiziksel olarak daha az hareketlidir. Ayrıca yoksul mahallerde yaşayan kadınlar, varlıklı mahallelerde yaşayanlara göre mahallelerinde daha düşük güvenlik olduğunu bildirmektedir (Yildirim, Ince & Muftuler, 2012). Türkiye'de yoksul ailelerin çocuklarının her gün meyve yeme olasılığı düşüktür, fakat meşrubat içme olasılığı da düşüktür (Currie C, Zanotti, Morgan, Currie D, de Looze, Roberts et al., 2012). Daha varlıklı ailelerin çocukları düzenli spor yapma imkânına sahipken, televizyon başında daha fazla zaman geçirme eğilimindedir.

Türkiye'de, nüfusun farklı grupları arasında etkili bir şekilde işleyecek politikalar ve çözümler geliştirmek için BOH yükü üzerindeki çevresel ve sosyal etkilerin daha iyi anlaşılması gerekmektedir. BOH'ları önlemeye yönelik hedefin, toplumun genelinde geçerli olması için bu elzemdir; çünkü farklı koşullarda yaşayan ve farklı ihtiyaçları olan bütün gruplar için geçerli bir çözüm yoktur.



2. Temel Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Müdahaleler ve Hizmetlerin Kapsamı

Bu bölümde, BOH sonuçlarının iyileştirilmesiyle yakından ilişkili toplum temelli müdahalelerin (sigara, alkol ve beslenme) ve bireysel hizmetlerin (KVH, diyabet ve kanser) kapsamı ele alınmaktadır (Tablo 1). Temel hizmetler, kanıta dayalı, etkili, maliyet etkin ve ekonomiktir. Ayrıca farklı sağlık sistemlerinde uygulanabilir. Ülke değerlendirmelerinde gözden geçirilen temel hizmetler, 2013-2020 Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Küresel ve Avrupa Eylem Planları ile yakından ilgilidir. Tüm ülke değerlendirmelerinde BOH müdahaleleri ve hizmetleri için standart bir set kullanılmıştır.

Tablo 1. BOH'lar için topluma ve bireye yönelik temel hizmetler

BOH'lar için Topluma Yönelik Temel Müdahaleler	BOH'lar için Temel Bireysel Hizmetler
Sigara karşıtı müdahaleler <ul style="list-style-type: none">• Sigara vergilerini arttırma• Dumansız çevreler• Tütün ve sigara içmenin zararları ile ilgili uyarılar• Reklam, tanıtım ve sponsorlukla ilgili yasaklar• Sigara bırakma hatları ve nikotin replasman tedavisi (NRT)	Kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet-birinci aşama <ul style="list-style-type: none">• Temel sağlık hizmetlerinde hipertansiyon, kolesterol, diyabet ve diğer kardiyovasküler risk faktörlerini içeren risk sınıflandırması• Hipertansiyon, kolesterol, diyabetin etkili bir şekilde teşhis edilip yönetilmesi• Yüksek risk gruplarında etkili birincil korunma• Aspirin de dâhil olmak üzere Akut Miyokart Enfarktüsü'nden (AMI) sonra etkili ikincil korunma Kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet-ikinci aşama <ul style="list-style-type: none">• AMI ve inmeden sonra hızlı müdahale ve ikinci basamak tedavi
Alkol kullanımı ve zararlarını azaltmaya yönelik müdahaleler <ul style="list-style-type: none">• Alkol vergilerini arttırma• Reklam/tanıtım ile ilgili kısıtlamalar, yasaklar• Perakende alkolün bulundurulması ile ilgili kısıtlamalar• Kanunlarla belirlenen minimum satın alma yaşı• Araç kullanırken kanda izin verilen alkol oranı	Diyabet <ul style="list-style-type: none">• Etkili tanı ve genel takip• Beslenme, fiziksel aktivite ve glikoz yönetimi ile ilgili hasta eğitimi ve glikoz takibi• Diyabet hastaları arasında HTN yönetimi• Komplikasyonları önleme (göz ve ayak muayenesi gibi)
Diyet ve fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik müdahaleler <ul style="list-style-type: none">• Tuz alımı ve yiyeceklerdeki tuz içeriğini azaltma• Diyetten trans yağ asitlerini çıkarma• Serbest şeker alımını azaltma• Sebze ve meyve tüketimini arttırma• Çocuklar üzerindeki yiyecek ve alkolsüz içeceklerle ilişkin pazarlama baskısını azaltma• Diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili farkındalık oluşturma	Kanser - birinci aşama <ul style="list-style-type: none">• Hepatit B immünizasyonu• Serviks kanseri taraması ve prekanseröz lezyonların tedavi edilmesi Kanser - ikinci aşama <ul style="list-style-type: none">• Meme kanseri erken teşhisi ve bütün aşamalarda tedavi• Human papilloma virüs için eğer ulusal politikalara göre maliyet etkinse aşılama• 50 yaş üzeri kişilerde kolorektal kanser taraması ve zamanında tedavi• Yüksek riskli gruplarda oral kanser taraması ve zamanında tedavi

Kaynak: WHO, 2014 (Baskıda)

2.1. Toplum Temelli Müdahaleler

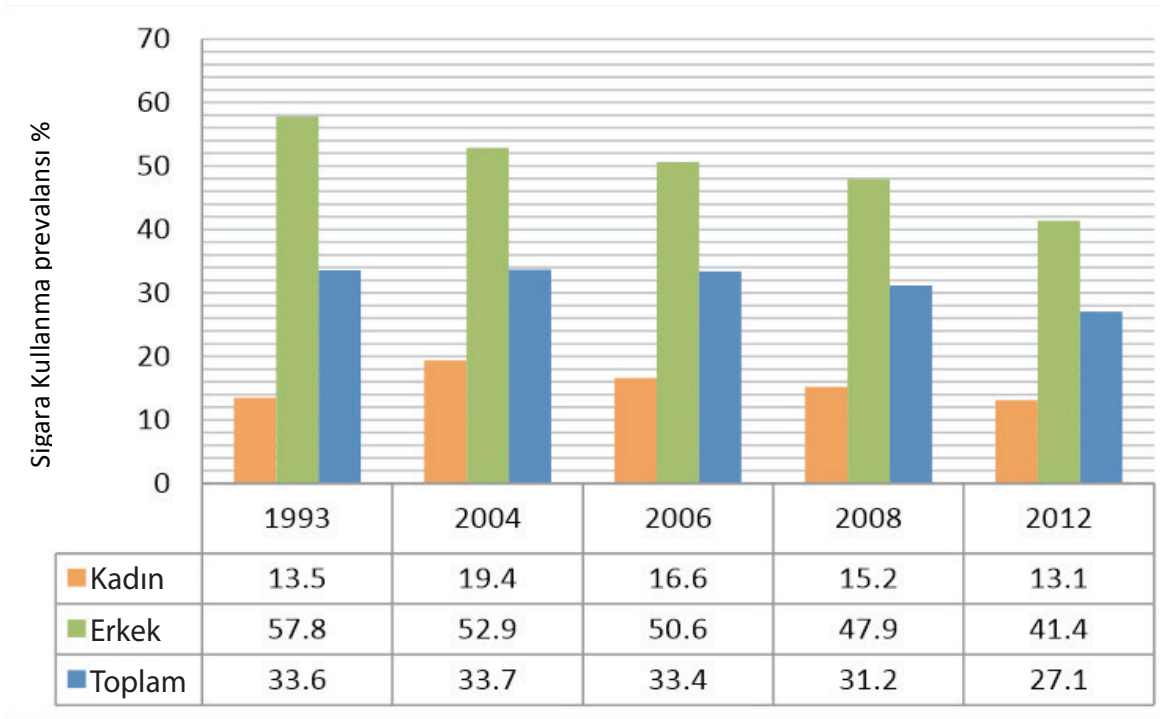
Türkiye, BOH'ları önlemek için topluma yönelik olarak geliştirilen temel müdahalelerin birçoğunun uygulamaya geçirilmesinde önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Türkiye'de özellikle tütün kontrolü alanında çok önemli adımlar atılmış; 10 yılı aşkın bir süredir kademe olarak etkili faaliyetler yürütülmüştür. Kaydedilen ilerleme Sağlık Bakanı ve Başbakanın güçlü liderlikleri ve tütün kontrolüne yönelik politikaların uygulanması için geliştirilen mevzuat ile pekiştirilmiştir. Mevcut zorluklar arasında, yakın tarihli alkol politikasının uygulamaya geçirilmesi ve obeziteyle mücadeleye yönelik kapsamlı ve pragmatik bir yaklaşımın geliştirilmesi yer almaktadır. Aşağıda tütün, alkol ve beslenme ile ilgili topluma yönelik olarak geliştirilen temel müdahalelerde kaydedilen ilerleme ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. Misyon sırasında, DSÖ tarafından geliştirilen kriterlere dayanan skor kartı kilit paydaşlarla kapsamlı olarak tartışılmış ve Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Toplum Temelli Müdahalelere İlişkin Skor Kartı

Sigara karşıtı müdahaleler (Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi -TKÇS)	
Sigara vergilerinin yükseltilmesi	Kapsamlı. Sigara vergileri, perakende fiyatının %81,7'si
Dumansız sahalar	Kapsamlı. Tamamen dumansız, iyi uygulama için çabalar sürdürülüyor
Sigara ve dumanının zararları ile ilgili uyarılar	Kapsamlı. Avrupa Birliği'nin önerdiği resimlerle paketlerin ön ve arkasının %65'i sağlık uyarıları ile kaplı
Reklam, tanıtım ve sponsorluk ile ilgili yasaklar	Kapsamlı. Tütünle ilgili bütün reklam, tanıtım ve sponsorluklara yasaklama, iyi uygulanıyor
Sigara bırakma hattı ve nikotin replasman tedavisi (NRT)	Kapsamlı. 2010'dan beri 7/24 çalışan ücretsiz sigara bırakma hattı hizmet vermektedir.
Alkol kullanımı ve zararlarını azaltmaya yönelik müdahaleler	
Alkol vergilerinin arttırılması	Sınırlı. Alkol vergileri tüketici fiyat endeksini takip ediyor fakat gençlerin, alkol ürünlerine ulaşımını engellemek için özel vergiler yok.
Reklam/tanıtım ile ilgili kısıtlamalar, yasaklar	Kapsamlı. Her tür alkol pazarlaması tamamen yasak, iyi uygulanıyor.
Perakende alkolün bulundurulması ile ilgili kısıtlamalar	Kapsamlı. Bütün devlet ve eğitim kurumları alkolsüz, iyi uygulanıyor.
Minimum satın alma yaşının yasal olarak düzenlenmesi ve uygulanması	Orta dereceli/Kapsamlı. Alkol ürünleri için minimum yaş 18, iyi uygulanıyor. Ruhsat kaybedilmiyor ancak ciddi ceza var.
Araç kullanırken kanda izin verilen alkol oranı	Sınırlı /Orta dereceli. Profesyonel olmayan sürücüler için maksimum kan alkol oranı 0.5/l, profesyoneller için 0,21/l
Diyet ve fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik müdahaleler	
Tuz alımı ve yiyeceklerdeki tuz içeriğinin azaltılması	Orta dereceli/ Kapsamlı. Tuz alımı son 10 yılda en az %10 oranında azaltıldı.
Diyetlerden trans yağ asitlerinin çıkarılması	Orta dereceli. Trans yağlar bazı gıda kategorilerinde ve gönüllü işletmeciler arasında azaltıldı; ancak uygulama yaygınlaştırılmadı.
Serbest şeker alımının azaltılması	Sınırlı. Serbest şeker alımını azaltma hedefi politika belgelerinde yer alsa da henüz harekete geçilmiş değil.
Meyve ve sebze alımı	Orta dereceli. DSÖ/Birleşmiş Milletler Yiyecek ve Tarım Organizasyonu'nun günde en az 400 g tüketme tavsiyeleri doğrultusunda meyve ve sebze tüketimini arttırma hedefi, bazı girişimler mevcut
Çocuklar üzerindeki yiyecek ve alkolsüz içeceklerle ilişkin pazarlama baskısını azaltma	Orta dereceli (öz denetim). DSÖ'nün Pazarlama ile ilgili tavsiye dizisi kabul edilmiştir. Çocuklara yönelik pazarlama baskısını azaltmak için öz denetim esasına dayalı adımlar atılmıştır. (WHO 2010b)
Diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili farkındalık oluşturulması	Orta dereceli. Beslenme ve fiziksel aktiviteye yönelik işgücü geliştirmek için girişimler vardır; beslenme ve fiziksel aktivite, temel sağlık hizmetlerinde öncelikli unsurlar olarak değerlendirilmeye başlanmıştır.

Tütün

Türkiye hem erkekler hem de kadınlar arasında sigara içme oranlarını düşürmek için yapılan çalışmalarda somut ilerlemeler kaydetmiş olup tütün kontrolünde dünya lideridir. Tutarlı bir şekilde uygulamaya koyulan bir dizi kapsamlı politika sayesinde 2008 ve 2012 yılları arasında genel sigara içme oranı %13.4 azalmıştır (WHO 2013c) (Şekil 2). Türkiye, DSÖ'nün MPOWER stratejisini bütünüyle uygulayan ilk ülkedir. Sağlık ve eğitim kurumları ile toplu taşımada sigara kullanımını sınırlandıran sigara kullanımına karşı ilk kanun 1996'da uygulamaya konulmuştur. Söz konusu kanunla ayrıca her tür reklam ve tanıtım yasaklanmış, TV şirketleri sigara içmenin zararları ile ilgili eğitsel programlar yapmakla sorumlu kılınmış, tütün ürünlerinin 18 yaşın altındakilere satışı yasaklanmış ve sigara paketlerinin üzerine sağlıkla ilgili uyarılar yerleştirilmiştir. Türkiye, 2004'te, DSÖ'nün Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ne (TKÇS) taraf olmuştur (WHO 2003). Aralık 2007'de Başbakan ve Sağlık Bakanı tarafından Ulusal Tütün Kontrol Planı açıklanmıştır. 2008'de tütün kullanımına karşı ikinci bir kanun uygulamaya konulmuştur. Söz konusu kanunla, dumansız alanlar, konaklama kurumları (restoranlar, barlar, kafeler vs.), taksileri ve okulların açık alanlarını kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Tütün ile ilgili tanıtım veya sponsorluklara da yasaklama getirilmiştir.



Kaynak: WHO Regional Office for Europe, 2012b; WHO, 2013c.

Şekil 2. Türkiye'de 1993-2012 yılları arasında sigara içme prevalansı

Sigara vergileri 2010-2011 yıllarında arttırılmıştır. DSÖ tarafından tavsiye edilen seviyelere ulaşmış olup vergi oranı şu anda paket fiyatının %81.7'sidir. Sigara paketlerinde, paketlerin ön ve arka taraflarının %65'ini kapsayacak şekilde hazırlanan resimli ve yazılı sağlık uyarıları yer almaktadır. Sigara paketleri üzerindeki resimli sağlık uyarıları 2010 yılı mayıs ayından itibaren kullanılmaktadır. Dumansız ortamlar oluşturulmuş, sigara ile ilgili reklam, tanıtım ve sponsorluk yasakları genel olarak iyi uygulanmıştır. 2010'dan beri ücretsiz ulusal sigara bırakma hattı 7/24 hizmet vermektedir. Sigara bırakma polikliniklerine başvuran kişilere verilen hizmetler ücretsiz olarak sunulmaktadır.

2012'de genel nüfus arasında %27.1'lik, erkekler arasında %41.4'lük sigara içme oranları ile tütün kullanımı hala BOH'lar için ana risk faktörlerinden olmaya devam ettiğinden, Türkiye, tütün kontrolüne yönelik önlemleri uygulamaya devam etmektedir. Yine de Türkiye'nin tütün kontrolü konusundaki güçlü tutumunun sonuç ürettiği de açıktır.

Alkol

Son yıllarda alkol tüketimi artmasına rağmen küresel ortalama ile karşılaştırıldığında halen düşüktür ve alkolün sebep olduğu hastalıklar; obezite, tütün gibi engellenebilir risk faktörlerinin sebep olduğu hastalıklar ile karşılaştırıldığında Türkiye'deki tüm hastalık yükünün küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Kişi başı yılda sadece 1,5 litre ile Türkiye, Avrupa'daki en düşük orana sahiptir. Nüfusun %83'ü ise hiç alkol kullanmamaktadır. (WHO, 2013b). (WHO Global Health Observatory Data Repository). Dolayısıyla Türkiye'de BOH'ların önlenmesi ve kontrolü ile ilgili en büyük kazanımlar, tütün, beslenme ve fiziksel aktiviteye ilişkin tedbirlerin daha güçlü bir şekilde uygulanması ile elde edilecektir.

2013'de Türkiye, tütün kontrolündekine benzer kapsamlı bir yaklaşımla alkol kontrolünü de destekleme yoluna gitmiştir. Nisan 2013'te alkol kontrolü ile ilgili küresel bir sempozyuma ev sahipliği yaptıktan sonra TBMM, Mayıs 2013'te, Başbakanın liderliğinde alkol kontrolüne ilişkin son yasayı geçirmiştir. Kanun ile alkol satışı, reklamı ve tanıtımına kısıtlamalar getirilmiştir. Akşam 22 ile sabah 6 arasında dükkanlarda perakende içki satışı yasaktır. Vitrinlerde alkol teşhiri yapılamaz ve okul veya ibadethane yakınlarındaki dükkanlarda içki satışı yapılamaz. İçki üreticileri, bundan böyle, reklam yapamaz veya organizasyonlara sponsor olamaz. Bu yeni politikaların nasıl uygulanacağını belirleyecek bir eylem planı Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmaktadır.

2012'de yapılan bir düzenlemeyle, bira, şarap ve alkollü içeceklerde düzenli olarak yılda iki kez TÜFE'ye ayarlı özel tüketim vergisi artışı yapılmaktadır. 2011'de kabul edilen bir kararnam ile alkolün satışı, pazarlanması ve tüketimine bazı kısıtlamalar getirilmiştir. 1997'de, araç kullananlar için kanda maksimum alkol oranı 0.5 g/litre olarak belirlenmiştir 2013 yılında yapılan yeni düzenlemeyle ise hususi otomobil dışındaki araç sürücüleri için maksimum promil sınırı 0.21 olarak belirlenmiştir.

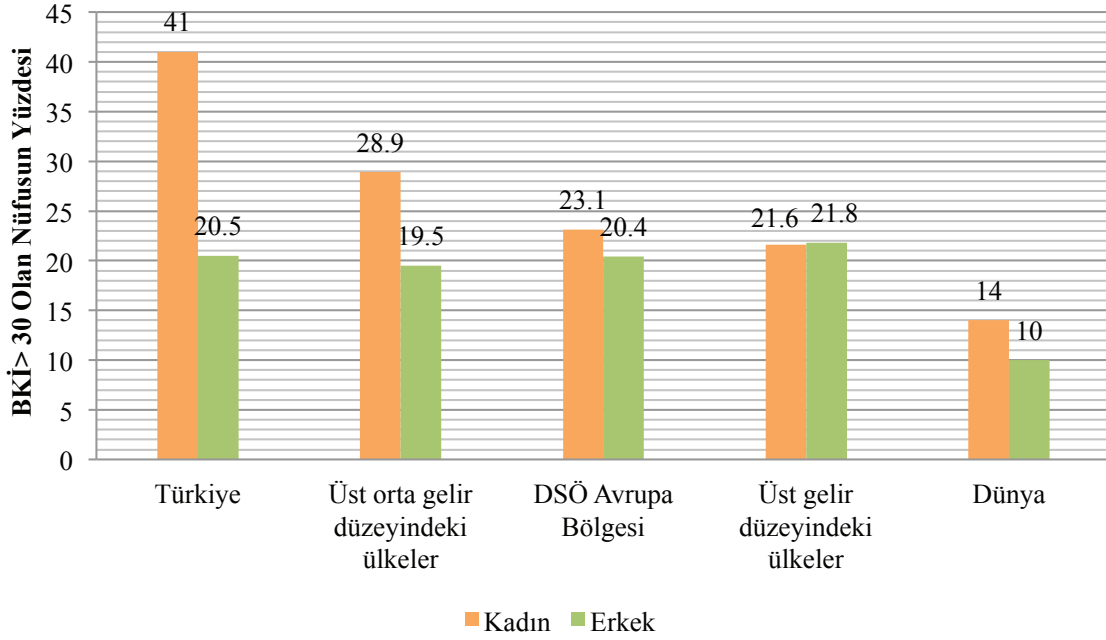
Beslenme

Türkiye'de BOH'larda beslenmeye ilişkin risk faktörleri, özellikle DSÖ Avrupa Bölge ortalamasının çok üzerinde olan fazla kilo, obezite ve tuz tüketimi temel endişe kaynaklarını oluşturmaktadır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010'a göre erişkin nüfusun %65'i fazla kilolu veya obezdir. Kadınların %41'i Erkeklerin %20.5'i obezdir. (Ministry of Health, 2010b). Fazla kilo ve obezitenin Türkiye'de çocuklar ve ergenler arasındaki yaygınlığına ilişkin ülke çapında istatistik bulunmamaktadır. 2000 ve 2010 yılları arasında yapılan birkaç çalışma, 6 ila 16 yaş arası çocuklarda %10.3 ile %17.6 arasında değişen fazla kilo ve %1.9 ile %7.8 arasında değişen obezite oranlarına işaret etmektedir (Bereket & Atay, 2012).

"Çocukluk Çağı Obesite Araştırması (COSI Tr) 2013" raporuna göre 6-10 yaş grubunda obezite oranı %6,5, fazla kiloluluk oranı ise %14 bulunmuştur. Bir başka deyişle ülkemizde 6-10 yaş grubu her beş çocuktan biri fazla kilolu veya obezdir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

2010 (TBSA) raporuna göre 787 çocuktan %4.8'i obez (E:%6.4, K: %3.0) ve %12.5'u fazla kilolu (E: %14.4, K:%10.3) olarak bulunmuştur. Aynı araştırmada bölgelere göre 6-18 yaş grubu çocuk ve gençlerde şişmanlık sorununun en fazla görüldüğü yerler sırasıyla Doğu Marmara %11.4, Ege (%12.5), Batı Anadolu (%11.4) ve İstanbul (%10.8)'dir. 6-18 yaş grubunda ise şişmanlık görülme oranı sırasıyla kızlarda %7.3, erkeklerde %9.1'dir. Türkiye genelinde 6-11 yaş grubu çocukların %58.4'ü düzenli olarak egzersiz yapmamaktadır (günde 30 dakika veya daha fazla süre ile).

Türkiye genelinde erkeklerin %67.6'sının, kadınların %76.5'nin, toplamda ise %71.9'unun egzersiz yapmadığı saptanmıştır (Ministry of Health, 2010b)



Kaynak: Ministry of Health 2010b;WHO, 2012

Şekil 3. Obezite yaygınlığı (BKİ>30)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2010-2014 Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı'nı (2010-2014) başlatmıştır, program güncellenmiş ve 2017'ye kadar uzatılmıştır. Anne sütünün teşviki ve hamile kadınlara ve çocuklara yönelik beslenme tavsiyeleri, Sağlıkta Dönüşüm Programıyla ana-çocuk sağlığını iyileştirme hedefinin bir parçası olarak öne çıkmıştır. Sadece anne sütü ile besleme, meyve ve sebze tüketimi diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye'de yüksektir. Bunlar teşvik edilmesi gereken koruyucu etkenlerdir ve Türkiye'deki yüksek obezite oranlarının diyetin farklı boyutlarından ve yetersiz fiziksel aktiviteden kaynaklandığını göstermektedir. Okullarda sağlıklı diyet ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için, beden eğitimi ile ilgili müfredat ve okul kantinlerinde satılan yiyeceklerin düzenlenmesi de dâhil olmak üzere çeşitli önlemler alınmıştır. Beslenme, obezite, diyabet ve fiziksel aktivite farkındalığı için özel gün ve haftalar her yıl 81 ilde çeşitli etkinliklerle kutlanmaktadır. Ulusal önerilerin yer aldığı "Ulusal Fiziksel Aktivite Rehberi" tamamlanmıştır.

Obezite ile mücadele etmek için Türkiye'de toplum temelli geliştirilebilecek veya desteklenebilecek müdahaleler arasında çocuklara yönelik yiyecek ve içeceklerin pazarlanmasının

kısıtlanması, trans-yağların gıdalardan çıkarılması, fiziksel aktivite ve diyet ile ilgili farkındalık oluşturulması, sağlıklı beslenmeyi teşvik etmeye yönelik mali politikaların geliştirilmesi yer almaktadır. Türkiye’de endüstri ile bu konulara ilişkin destekleyici tartışmalar ve toplantılar zaten yapılmaktadır. Örneğin Mayıs 2013’de “Salt National Counterparts Regional Meeting” ve “Food Marketing National Counterparts Regional Meeting” toplantıları DSÖ iş birliği ile Türkiye’de gerçekleştirilmiştir.

2011 yılında Radyo ve Televizyonların kuruluş ve yayın hizmetleri hakkında kanun çıkarılmıştır. Bu kanun kapsamında çocukların akıl, fiziksel ve ahlaki değerlerine zarar verebilecek ürün ve hizmetlerin pazarlamasına ilişkin kısıtlamalar yer almaktadır. Aynı kanun ile genel beslenme diyetlerinde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen yiyecek ve içeceklerin ticari iletişimine, çocuk programları ile birlikte veya bu programların içinde yer verilemez düzenlemesi yapılmıştır.

Var olan girişimlerde basit değişiklikler; örneğin okul sütü programı ile öğrencilere tam yağlı süt yerine düşük yağlı süt içmeye teşvik etmek obeziteyi azaltmaya yardım edebilir. Tam yağlı süt okul sütü programında bilimsel kurul önerisi ile verilmektedir. Süt programında değişiklik için bilimsel kurul önerisi gerekmektedir. Program da zaten düşük yağlı süte doğru bir geçiş vardır. 2011-2012 akademik yılında dağıtılan sütte 100 ml’de 3.5 gr olan yağ oranı 2012-2014 akademik yılında 100 ml’de 3.0 gr’a düşürülmüştür.

2008 yılında yapılan SALTurk 1 çalışmasında Türkiye’de tuz tüketiminin yetişkinler için günlük 18 g olduğu tespit edilmiştir (Turkish Society of Hypertension and Kidney Diseases, 2008). Bu oran, günlük 8-12 g arasında değişen DSÖ Avrupa Bölgesi ortalamasının üstündedir (WHO Regional Office for Europe, 2014b). Hükümet, 2011’de tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik geniş kapsamlı bir program başlatmıştır. Türkiye’de programla beraber gıdalarda bulunan tuz içeriğinin ve yüksek tuz tüketimi oranının düşmeye başladığına ilişkin bulgular vardır. Tuz tüketimi çalışması (SALTurk 2) 2012’de tekrarlanmış ve %16’lık bir düşüşle günlük tüketimin 15 g’a gerilediği tespit edilmiştir (Turkish Society of Hypertension and Kidney Diseases, 2012).

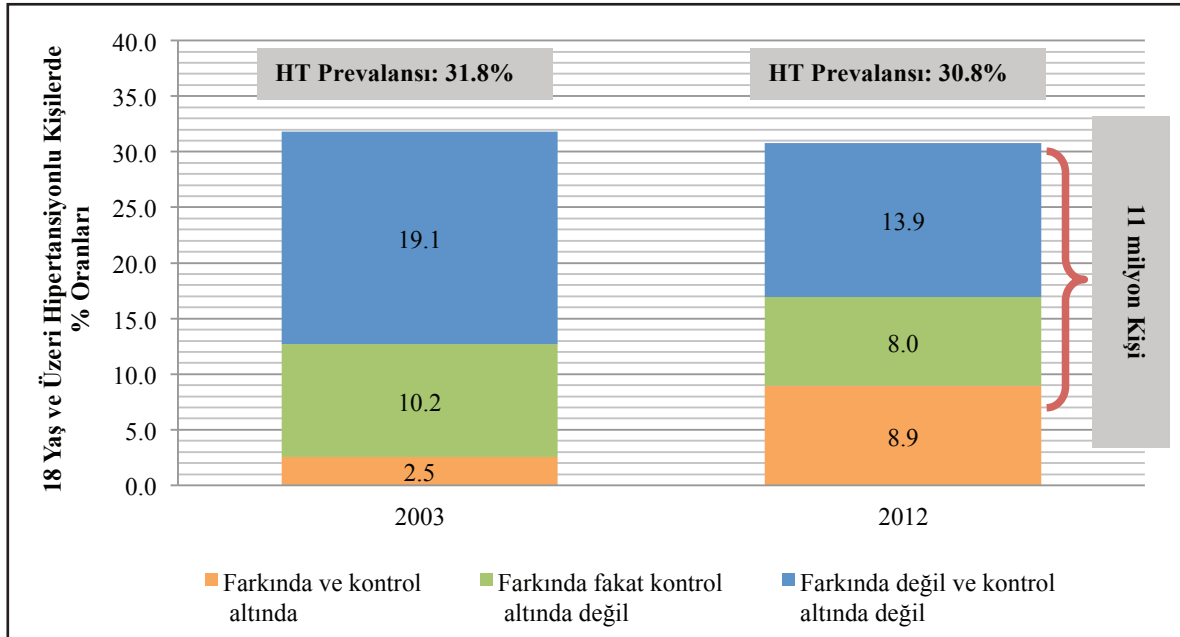
Mevcut “Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2011-2015”te, DSÖ tarafından tavsiye edilen ana bileşenler yer almaktadır. Bu bileşenler izleme, ürün reformülasyon çalışmaları ve farkındalık oluşturmaktır (WHO Regional Office for Europe, 2013b). Kitle iletişim araçları, piyango biletleri vasıtasıyla ve okullarda bilinçlendirme kampanyaları düzenlenmiştir. Mevcut eylem planı kapsamında gıda maddeleri üzerine yüksek, orta ve düşük tuz işaretleri yerleştirilmesi tartışılmaktadır. Gıda sanayi ile işbirliği başlamıştır. Ekmek ve domates salçası gibi bazı işlenmiş gıdalarda tuz muhteviyatının azaltılmasına yönelik gönüllü girişimler olmuştur. Zeytin ve peynirde tuzun azaltılması çalışmaları Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile işbirliği içinde yürütülmektedir. Okul kantinlerinde cips satışını yasaklayan düzenleme Temmuz 2011’den bu yana yürürlüktedir. 2011 yılındaki genelge eğitim kurumlarının gündüzlü, yatılı veya pansiyonlu, yemekhaneleri dahil olmak üzere kantinleri çay ocakları büfeleri ve bunun gibi yerlerde çocukların dengesiz beslenmesinin şişmanlığa (obezite) sebep olabileceğinden doğal maden suları hariç enerji yoğunluğu yüksek besin değeri düşük olan (enerji içecekleri, gazlı içecekler, aromalı içecekler ve kolalı içecekler) ile kızartma ve cipslerin satışları yapılmayacak, otomatik satış yapan makinelerde bulunmayacaktır. Bunların yerine süt, ayran, yoğurt, meyve suyu, taze sıkılmış meyve suyu ve tane ile satış yapılabilen meyve bulunacaktır şeklinde değiştirilmiştir.

2.2. Bireysel Hizmetler

Türkiye, BOH'lar ile ilişkili bireysel hizmetlerin (uzmana erişim, teşhis, ilaçlar ve cerrahi tedavi) kalitesi ve erişimin düzelmesi yönünde etkileyici bir ilerleme göstermiştir. Ancak kardiyovasküler hastalıkların ve diyabetin aile hekimliğinde sistematik olarak zamanında teşhisi ve sürekli yönetiminin organizasyonu gibi alanlarda sorunlar mevcuttur. Tablo 1'de sıralanan temel bireysel hizmetler ile ilgili kaydedilen ilerleme aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmaktadır. Ancak bireysel hizmetler için skor kart hazırlanmamıştır. Çünkü kardiyovasküler hastalıklar, diyabet bakımı organizasyonu her açıdan gözden geçirilmektedir ve kanser taraması yakın zaman önce ülke çapında yaygınlaştırılmıştır.

Kardiyovasküler Hastalıklar ve Diyabet

Türkiye'de kardiyovasküler hastalıkların ve diyabetin prevalansı yüksektir ve yükselmeye devam etmektedir. Söz konusu hastalıkların ne şekilde teşhis edilip yönetildikleri konusu sistematik bir gözden geçirmeyi gerektirmektedir. Hipertansiyon prevalansı, Türkiye'nin 18 yaş üstü nüfusu arasında 2003'te %31.8, 2012'de ise %30.8 olarak hesaplanmıştır. Bu oranlar da yaklaşık 15 milyon kişiye karşılık gelmektedir (Altun B, Arici, Nergizoğlu, Derici, Karatan, Turgan et al., 2005; Hacettepe University, 2013). Hipertansiyon prevalansı, erkekler arasında %28.4 iken kadınlarda %32.3'tür. PatenT çalışmaları, kendi durumu ile ilgili farkındalığın 2003 ve 2004 arasında %40'tan %55'e, hipertansiyon kontrolünün ise %8'den %29'a çıktığını vurgulamaktadır. Bu oranlar çok önemli bir ilerlemeye işaret ederken aynı zamanda yüksek kan basıncı olan geri kalan %45'lik kesim (6.75 milyon kişi) ve yeteri kadar kontrol altında olmayan %71'lik kesim (11 milyon kişi) arasında farkındalığın nasıl arttırılacağı sorusunu da beraberinde getirmektedir.



Kaynak: Calculations based on PatenT and PatenT2 studies from Altun B, Arici, Nergizoğlu, Derici, Karatan, Turgan et al., 2005; Hacettepe University, 2013.

Şekil 4. Hipertansiyon prevalansı, farkındalık ve kontrol

Diyabette de benzer sorunlar söz konusudur. 1997 ve 2009 arasında diyabet prevalans oranı neredeyse ikiye katlanmış, %7'den %13'e çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kronik Hastalıklar

ve Risk Faktörleri Araştırmasına göre 15 yaş üstü nüfusta diyabet prevalansı %12 olarak belirlenmiştir (Ministry of Health, 2013). Metabolik sendrom prevalansı kadınlar arasında %41, erkekler arasında ise %29 seviyesindedir (Ministry of Health, 2011). Sağlık üzerindeki ciddi etkileri önlemek için sağlık davranışlarını değiştirmeye yönelik olarak yapılan çalışmalar bu aşamada başarılıdır. Çalışmalar etkili tanı koyulmasını, etkili yaklaşımı belirlemek için risk sınıflandırması yapılmasını, danışma ve emsal desteğe erişim sağlamayı gerektirmektedir.

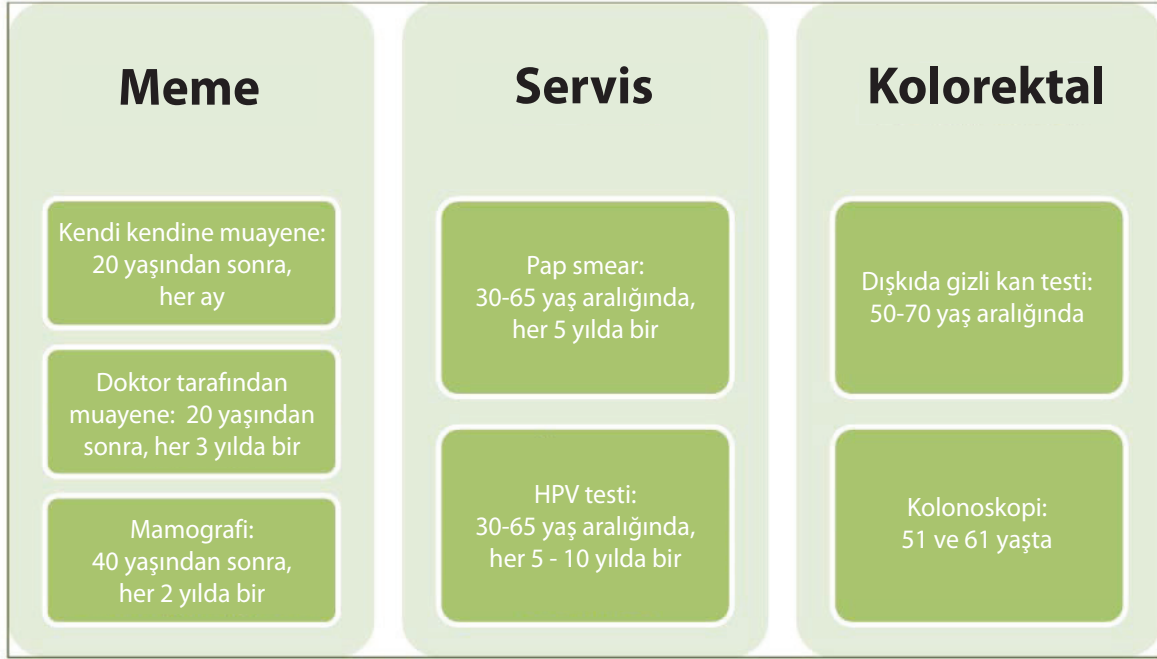
Kardiyovasküler hastalıklar ve diyabetin teşhis edilip yönetilmesi, Türkiye’de aile hekimliğini güçlendirme çalışmalarının önünde duran yeni zorluklardır. Türkiye’de, ana-çocuk sağlığına ağırlık vererek aile hekimliği uygulamasının başlatılması oldukça tesirli olmuştur. Ancak aile hekimleri kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon, yüksek kolesterol, diyabet gibi risk faktörlerinin teşhisi ve yönetiminde henüz sistematik olarak yer almamaktadır. Bu hastalıklara yönelik taramalar sistematik hale getirilmemiştir. Ayrıca hastalıkların teşhisi, hastane polikliniklerinde uzman hekimler tarafından koyulup doğrulanmaktadır ve kronik vakaların yönetimi de genel olarak uzmanlar tarafından yapılmaktadır. Çok sayıda kronik hastalık vakası çoklu morbidite yaşamakta, bu vakalar aralarında resmi ve sistematize bir iletişim olmadan farklı uzmanlar tarafından takip edilmektedir. Kapsamlı kardiyometabolik risk değerlendirmesi kullanılmamakta ve aile hekimlerinin söz konusu vakalara yönelik klinik karar verme süreçlerini destekleyecek uygulama kılavuzları ile görsel araçları yoktur. Ancak aile hekimlerinin kullanabileceği kılavuzlar planlanmıştır, 2014 yılı itibari ile elektronik ortamda bulunacaktır. Aile hekimleri ve uzman hekimler arasında sistematik bir koordinasyon ve bilgi paylaşımı yoktur.

Söz konusu vakaları hastane polikliniklerinde uzman hekimlerce teşhis edip yönetmek başlangıçta cazip görünebilir. Ancak toplumun sağlığı üzerinde sürdürülebilir bir şekilde geniş bir etki yaratmak açısından en uygun yöntem değildir. Öncelikle, toplum sağlığı merkezleri ve destek merkezleriyle yakın ilişki içinde aile hekimliği, tıbbi tedavinin yanı sıra KVH/diyabet risk faktörlerinin fırsatçı ve sistematik bir şekilde taranması ve riskli davranışların (diyet, sigara içme vs.) değiştirilmesi ile ilgili danışmanlık sunulması için çok önemli bir fırsat sunmaktadır. Bu vakaları polikliniklerde uzman hekim seviyesinde yönetmek, muhtemelen, KVH ve diyabet vakalarının daha ileri aşamalarda teşhis edilmesine ve danışmanlık pahasına tıbbi tedaviye ağırlık veren bir yaklaşıma neden olacaktır. İkincisi, kronik hastalığı olan birçok insanın çoklu morbiditesi vardır ve bu tür vakaların gerektiği şekilde takip edilebilmesi için geniş kapsamlı bir yaklaşım benimsemek gerekir. Son olarak, Türkiye’de kronik hastalık risk faktörleri daha yaygın hale gelmektedir. Bu durumda poliklinikler çok sayıda hasta ile başa çıkmakta sıkıntı çekecek ve sonuç olarak hastalar arasında klinik bakım ve deneyimini etkileyecek uzun bekleme süreleri ve kısa vizitelere neden olacaktır. Aile hekimlerinin KVH/diyabet vakalarının teşhisi ve takibinde daha fazla yer almasının sağlanması, risklerin sınıflandırıldığı bir yaklaşımın benimsenmesi; böylece birçok vakanın aile hekimlerince teşhis edilip yönetilmesini, daha karmaşık vakaların ise uzmanlara sevk edilmesini sağlayacaktır. Ayrıca böyle bir uygulama, uzman hekimlerin basit vakalar yerine daha karmaşık vakalara yoğunlaşmasını sağlayacaktır.

Kanser

Türkiye; kanserin kayıt altına alınması, önlenmesi ve erken teşhisi yönünde büyük bir ilerleme kaydetmiştir. Meme ve serviks kanserleri de dâhil olmak üzere birçok kanserin

ileri aşamalarda teşhis edilmesi (III-IV) nedeniyle geniş kapsamlı 2011-2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı uygulamaya koyulmuştur (Ministry of Health, 2010a). Ulusal Kanser Kontrol Programı, etkili birincil koruma, gözetim ve denetim için kayıt altına alma, erken teşhis ve palyatif bakım da dâhil olmak üzere etkili tedaviden oluşan dengeli bir yaklaşım temelinde geliştirilmiştir. Ulusal tarama standartları Şekil 5'te yer almaktadır. Birçok ülkede olduğu gibi, Türkiye'de de kanser tarama ile ilgili kılavuzlar yoğun bir şekilde tartışılmaktadır. Maliyet etkinliği ile ilgili daha fazla bilgi toplanmaya başlandığı için bu kılavuzlar gelecekte değiştirilebilir.



Şekil 5. Ulusal Tarama Standartları (2013)

Türkiye'de kanser taramasına yönelik sistematik bir yaklaşım geliştirmek için net bir tutum vardır. Yaklaşım; tutarlı bir biçimde uygulanmakta ve daha erken teşhis, daha başarılı tedavi ve sonuç olarak daha düşük kanser mortalitesi açısından sonuç getirecek gibi görünmektedir. Tarama sürecinin merkezinde Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) yer almaktadır. Bu merkezlerde sigara bıraktırma hizmetleri de verilmektedir. İlk 11 KETEM, 2002 yılında kurulmuştur. Bundan on yıl sonra, ülke çapında 124 KETEM hizmet vermektedir. 2012/2013'de ilave 140 KETEM daha açılacak, böylece 81 ilde faaliyet gösteren toplam KETEM sayısı 264'e yükselecektir. Sağlık Bakanlığı, 250.000 kişi başına bir KETEM düşmesinin yanı sıra, bir dizi mobil KETEM geliştirmeyi hedeflemektedir. KETEM'ler çoğunlukla, hastane yerleşkelerinde bulunmakta ve kendi bölgelerindeki toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezleri ile yakın işbirliği içerisinde. KETEM'lerin hastane yerleşkelerinde bulunmaları, teşhis ve tedavinin doğrulanması için hastaların hastane laboratuvarlarına ve uzman hekimlere kolayca sevk edilmelerini sağlamaktadır. Toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezleri ile yakın işbirliği ise tarama çalışmalarının sistematik bir şekilde düzenlenmesine imkân tanımaktadır. Aile hekimlerinin kayıt veritabanları, hedef grupta taramaya uygun kişilerin belirlenmesine yardımcı olurken aile hekimleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bilgilendirme kampanyaları düzenlemektedir. TSM'ler, ayrıca, hastaların randevu günlerinde, aile sağlığı merkezlerinden ilgili KETEM'lere oradan da Aile Sağlığı Merkezleri'ne (ASM) ulaşımını ayarlamaktadır.

Programın ve KETEM'lerin yaygınlaştırılmasının sonucunda kanser taraması yapılan nüfusun oranında yükseliş olmuştur. KETEM'lerin açılması, 2007 ve 2012 arasında hizmetin ulaştırıldığı nüfus oranlarının ikiye katlanarak mamografi için %16'dan %27'ye, serviks kanser taraması için %6'dan %13'e çıkmasını sağlamıştır. KETEM'lerin sayısını arttırılmasına yönelik mevcut çalışmalar ve bilgi birikimi, tarama programlarının kısa sürede yaygınlaşıp Türkiye'nin tarama hizmetleri için koyduğu nüfusun %70'ini kapsama hedefine ulaşmasını sağlayacaktır.



3. Temel Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Müdahaleleri, Hizmetleri Artırmak İçin Sağlık Sistemindeki Zorluklar ve Fırsatlar

Sağlıklı yaşam süresini uzatmaya yönelik alınan sonuçları devam ettirebilmek için şu an Türkiye’de mücadele edilmesi gereken yeni zorlukların BOH’lar olduğu büyük ölçüde kabul edilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla, yüksek performans gösteren bir sağlık sisteminin birçok bileşeni hayata geçirilmiştir. Program, geniş kapsamlı sağlık sigortası, sağlığa yönelik mevcut politik kararlılığın bir göstergesi olarak önemli oranda kamu finansmanı, temel taşı aile hekimliği olan herkesin erişimine açık hizmet sunumu sistemi, kolay bulunan ve erişilebilir ilaçlar, geniş kapsamlı düzenleyici çerçeve ve etkili uygulama ile güçlü ve şeffaf yönetim de dâhil olmak üzere önemli bileşenlerle hedeflenen sağlık sistemini hayata geçirmek için etkili bir araç sunacaktır.

Bir önceki bölüm, Türkiye’nin başarılı bir şekilde sigara ile ilgili topluma yönelik temel müdahaleler ve kansere ilişkin çok sayıda bireysel müdahale geliştirip uygulamaya koyduğunu göstermiştir. Yine önceki bölümde, BOH’larda daha fazla ilerleme kaydetmek için, toplum temelli müdahaleler kapsamında etkili beslenme politikaları uygulamasına ağırlık vermek ve kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet için kapsamlı bir model oluşturmak gerektiği vurgulanmıştır. Bu bölümde, topluma yönelik temel müdahaleleri ve bireysel hizmetleri başarılı bir şekilde çoğaltmak için sağlık sistemine entegre edilmesi gereken on beş önemli özellik gözden geçirilecektir. Her bir özellik altında, elde edilen başarılar, fırsatlar ve bekleyen zorluklar incelenecektir (şekil 6).

Siyasilerin BOH’lar ile yakından ilgilenmesi	Önceliklerin net bir şekilde belirlenmesi	Kurumlar arası işbirliği	Toplumun Güçlendirilmesi
Etkin hizmet sunum modeli	Hizmet sağlayıcılar arasında koordinasyon	Yerelleşme	Kanıtların uygulamalara yansıtılması
Kronik hastalıklarda kaliteli ilaçlara erişim	Teşvik sistemleri	İnsan kaynaklarının etkin kullanımı	Etkin yönetim
Bilgiye etkin erişim	Değişimi yönetmek	Hizmetlere erişimi sağlamak ve maddi güvenceyi tesis etmek	

Kaynak: Roberts & Stevenson, 2014 (baskıda)

Şekil 6. BOH’lar için 15 önemli sağlık sistemi özelliği

I. BOH'ların Daha İyi Bir Şekilde Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Politik Kararlılık Geliştirme

Türkiye'de BOH'ların önlenmesine yönelik çalışmalarda, tütün ve yakın zamanda alkol ile ilgili güçlü ve üst düzey liderliğin etkisi olmuştur. Başbakan ve Sağlık Bakanı, tütün kontrolüne ilişkin olarak yürütülen kampanyada güçlü liderlikler sergilemiştir. DSÖ'nün Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, tütün kontrolü çalışmalarında hükümetin eyleme geçmesi için gerekli desteği sağlamak açısından yardımcı olmuştur. 2013 tarihli alkol yasası Başbakan ve önde gelen ulusal Sivil Toplum Kuruluş'larından (STK) Yeşil Ay tarafından savunulmuştur. Obezite ve BOH'ların diyetle ilişkili risk faktörleri ile mücadelede bu tür üst düzey liderlik görülmemiştir. Yine de Sağlık Bakanlığı bünyesinde, obezite, tuz tüketiminin azaltılması ve kanser kontrolü de dâhil olmak üzere bu konularda bir dizi ulusal strateji geliştirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet sağlamaya yönelik net bir politik kararlılık gözlenmektedir. 2013-2017 Sağlık Strateji Planı'nın nihai amacı, "halkımızın sağlığını hakkaniyetli bir şekilde korumak ve geliştirmektir" (Ministry of Health, 2012b). BOH'ları önleme ve kontrol etme stratejisi, BOH'lar ve BOH risk faktörleri ile mücadeleye ilişkin bir dizi spesifik hedefle, yine bu stratejide de çok güçlü bir şekilde yer almaktadır.

Türkiye'de sağlık konusuna, son on yılda, politik gündemde önemli bir yer verilmiş, sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmetlerin kalitesini iyileştirmek hükümetin temel önceliklerinden olmuştur. Gözle görülür gelişmeler halk arasındaki memnuniyet düzeyini arttırmış, bu da politik istikrara katkı sağlayarak hükümetin reformlara devam etmesini sağlamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, öncelikli olarak, sağlık hizmetlerine erişimin ve hizmetlerin kalitesinin artırılması ve anne ve yeni doğan mortalitesinin azaltılmasına odaklanmıştır. Büyük bir başarı elde edilmiş, ülke çapında birinci basamak sistemi oluşturulmuş ve hem anne hem de bebek mortalitesi hızlıca düşmüştür. Şimdi Türkiye elde ettiği bu büyük başarının üzerine çıkmaya ve programın odağını nüfusun sağlığına tehdit oluşturan temel BOH sorunlarına çevirmeye hazırdır. Ayrıca sağlıkta hakkaniyet sağlama çalışmalarında bir sonraki aşamaya geçme zamanıdır. Birkaç yıl içinde, Türkiye, sağlık hizmetlerine erişim açısından iller arasında büyük eşitsizliklerin olduğu bir ülkeden 81 ilde birinci basamağa neredeyse %100 erişim sağlandığı bir ülke haline gelmiştir. Ülke şu anda, illerdeki farklı yerel toplumlar ve sosyal gruplar arasında risk faktörleri ve bakıma erişim açısından görülen hakkaniyetsizlikleri izleyerek ve azaltarak eşitsizliklere karşı daha incelikli bir yaklaşım benimseyebilecek durumdadır. Bu yaklaşım kapsamında, farklı sosyo-ekonomik statüler, eğitim seviyeleri, mahalleler ve farklı cinsiyetlerden bireyler arasında sonuçlarda görülen farklılıklara bakılacaktır.

Ulusal Kalkınma Planı, beş yıllık dönem süresince bir bütün olarak Türkiye hükümeti için öne çıkan kilit öncelikleri ana hatlarıyla belirlemektedir. Plan, Kalkınma Bakanlığı tarafından geliştirilmekte ancak TBMM tarafından onaylanmaktadır. Bu da, hükümet çapında bütçe tahsisi, uygulama ve işbirliği açısından üst düzey yetki vermektedir. **Şimdiye kadar BOH'lar ulusal kalkınma planlarında açıkça yer almamıştır; ancak sağlık önemli bir yer tutmuş, insani kalkınma ve sosyal dayanışma ile birlikte son planın beş ayağından birini oluşturmaktadır.** 10. Ulusal Kalkınma Planı şu anda geliştirilme aşamasındadır ve BOH'ların önlenmesi ve kontrolü, sağlık önceliklerinden biri olarak önerilmektedir. BOH'ları Ulusal Kalkınma Planı'na açıkça dâhil etmek Türkiye hükümetinin en üst düzeyinden yetki verilmesini

sağlayacak ve BOH'ların önlenmesi ve kontrolü çalışmalarının arttırma çabalarını büyük ölçüde kolaylaştıracak, kaynak tahsisi edecek ve hükümet birimleri arasında koordinasyonun gelişmesini sağlayacaktır.

II. Öncelikleri ve Sınırları Belirlemeye Yönelik Açık Süreçler Oluşturmak

Sağlık alanında öncelikleri belirleme açısından, hem Sağlık Stratejik Planı hem de Ulusal Kalkınma Planı, orta vadeli öncelikleri belirlemek için net, katılımcı ve stratejik bir süreç sağlamaktadır. 2013-2017 Sağlık Stratejik Planı'nın geliştirilmesi sürecine hem hükümet içinden hem de dışından akademik kurumların, yerel yönetimin, yurttaşların, meslek örgütlerinin ve STK'ların da dâhil olduğu 4000'den fazla paydaş dâhil olmuştur. Bütün ulusal kalkınma planları, 1.5 yıldan fazla süren bir istişare dönemi sürecinde geliştirilmektedir ve Başbakan tarafından ilan edilmektedir. Politikalar ile ilgili tavsiye vermek üzere 66 civarında özel kurul toplanmaktadır.

Türkiye'de kamu sağlık harcamaları 2002 ve 2012 arasında önemli oranda artmıştır, ekonomik büyüme sırasında mali olanaklar artmış, daha da önemlisi devlet bütçesinde sağlık daha öncelikli bir hal almaktadır. Hükümet, on yıl önce kaydedilen %9.1'lik oranı yükselterek 2012'de genel bütçenin %12.8'ini sağlığa tahsis etmiştir (WHO Regional Office for Europe, 2014a). Sağlık bütçesindeki artış, sigorta kapsamının genişlemesini, tütün kontrolüne yönelik mevzuatın tamamıyla uygulanmasını, sağlık altyapısına yatırım yapılmasını ve sağlık hizmetleri ve ilaçlara cepten yapılan harcamaların önemli oranda azalmasını sağlamıştır. Finansman artışı, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanması ile örtüşmüştür.

Sağlık sektörü bütçesi kapsamında, üst düzey stratejilerde tanımlanan önceliklerin bütçe tahsisine nasıl yansıdığını değerlendirmek kolay değildir. Sağlık için genel devlet bütçesini oluşturma veya mevcut bütçenin sağlık alanına tahsis edilme süreçleri tamamen net değildir. Bütçenin hastalık yüküne göre tahsis edilmesine yönelik net bir süreç görünmemektedir. Pratikte, bütçenin büyük oranda tarihsel bir temelde, bir önceki senenin ödemeleri esas alınarak tahsis edildiği görülmektedir. Bu uygulama, 2017'ye kadar her yıl, her bir stratejik önceliğe tahsis edilen bütçeyi kabataslak çizen 2013-2017 Sağlık Stratejik Planı'nda belirtilen bütçe tahsis süreçlerine uygun değildir.

Oluşturulan sağlık bütçesinin ne kadarının toplum temelli müdahalelere ne kadarının bireysel hizmetlere ayrıldığına ilişkin net bir süreç yoktur. Sağlık bütçesinin belirli bir kısmının toplum temelli önleme hizmetlerine tahsisini garantiye alan bir kriterin olmaması durumunda, sağlık hizmetleri harcamalarına yönelik talep artışının mevcut bütçenin tamamını eritme riski vardır. Dünyada hiçbir ülkenin BOH yükünden tamamen kurtulmaya gücü yetmez. Türkiye'de BOH'ların önlenmesine yönelik sürdürülebilir ve etkili bir yaklaşım, toplum temelli önleme hizmetleri ve bireysel hizmetler arasında stratejik bir denge kurulmasını gerektirmektedir. Bütçeyi, toplumda görülen farklı yoksunluk veya ihtiyaç seviyelerine göre tahsis edecek belirli bir yöntem görünmemektedir. Hastalık yükü ile ilgili hususları, maliyet etkinliğini ve hakkaniyeti öncelik belirleme ve bütçe tahsisinde gözetilecek kriterler arasına alınmasını sağlayacak daha geniş bir kapsam söz konusudur. Bütçe tahsisini, Ulusal Sağlık Stratejik Planı'nda belirtilen öncelikler ile bağlantılandırmak için daha açık mekanizmalar

oluşturmak ve bu stratejideki etkileyici vizyonun gerçekleştirilmesini sağlamak da önemli olacaktır.

III. Kurumlar Arası İşbirliğini Güçlendirme

BOH'ların etkili ve hakkaniyetli bir biçimde önlenmesi ve kontrol edilmesi için bütün devlet yapılarında harekete geçilmesi gerekmektedir. Yaşam ve çalışma koşullarının, para, güç ve kaynak dağılımı da dâhil olmak üzere "sağlığın sosyal belirleyicilerinin" (SSB) iyileştirilmesi gerekmektedir.

Sağlık ve diğer sektörler arasında koordinasyon

Türkiye Cumhuriyeti hükümeti, BOH'ları önlemek ve SSB'lerin üzerine eğilmek için sektörler arası koordinasyonun kritik önemini farkındadır.

Birden fazla sektörün dâhil olduğu bir yaklaşım geliştirme ihtiyacı, 2013-2017 Sağlık Stratejik Planı'nda ve Sağlık Bakanlığı'nın BOH risk faktörlerine ilişkin diğer stratejik belgelerinde birçok kez dile getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı dışındaki kurum/kuruluşlar, söz konusu stratejilerde yer verilen temel eylemler için sorumlu addedilmektedir. Örneğin Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı'nda, planda yer alan belirli etkinlikler için, sadece Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı gibi diğer bakanlıkları değil, yerel yönetimleri, akademik kurumları, gıda sanayini ve diğer özel sektör ortakları da dâhil olmak üzere bazı kurum/kuruluşları ana sorumlu olarak listelemektedir. Bu etkinlikler için sorumluluk dağıtımının açık ve net bir şekilde yapılmış olması önemlidir; ancak bu sağlık sektörü dışı ve hükümet dışı kuruluşların, bu etkinlikler için ne şekilde sorumlu tutulacağı açık değildir.

Yine benzer biçimde, 2013-2017 Sağlık Stratejik Planı'nda, sağlıkta hakkaniyeti sağlamak için SSB'ler ile ilgili harekete geçmenin öncelikli bir hedef olduğu kabul edilmektedir. Bu strateji için temel hedeflerden biri, "sağlığı tüm politikaların merkezine alarak sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda etkili eylemlerde bulunmaktır" (Ministry of Health,2012b). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) sorumlu kuruluş, Sağlık Bakanlığı'nın diğer birimleri destekleyici kuruluşlar olarak listelenmiştir. Performans, bir dizi çok sektörlü girişimler aracılığıyla tamamlanacaktır. Böylece bütün devlet kurum/kuruluşlarının performansını doğru bir şekilde yansıtan bir gösterge oluşturulmuş olacaktır. THSK'nın, sağlık konusunu diğer sektörlerin politikalarına nasıl etkili bir şekilde yaygınlaştırarak dâhil edeceği, THSK'nın paydaşları bir araya getirmek, politika değişikliklerini yönlendirmek veya stratejide bu hedef için sorumlu tutulmak için yeterli düzeyde yetkisinin veya diğer devlet kurum/kuruluşları üzerinde baskı gücünün olup olmadığı sorusu cevap beklemektedir.

Türkiye'de çok sektörlü BOH'ları önleme politikaları geliştirilirken (örneğin tütün ve alkol), genel olarak, Sağlık Bakanlığı mevzuatı hazırlamakta ve sonrasında Türkiye Büyük Millet meclisi'ne (TBMM) sunmaktadır. Bütün sektörler forumda temsil edilmekte ve içerikleri ile ilgili tartışma yürütebilmektedir. Kanun geçtikten sonra, üst düzey çok sektörlü bir görev beklemektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulama planının geliştirilmesi gerekmektedir. Bu süreç, üst düzey yasa onaylama ve diğer sektörlerde yasa uygulama süreçleri arasında bir kopukluğa neden olur gibi görünmektedir. Bakanlıklar arasında, birden fazla bakanlığın

aynı hedef etrafında sorumlu kılınmasını sağlayacak birleştirilmiş/ortak bütçeleme ve paylaşımli/bağlantılı planlama süreçleri Türkiye’de henüz keşfedilmemiştir.

Yetki ve hesap verme, tercihen Sağlık Bakanlığı dışında hükümetin en üst düzeyinde olduğunda birden fazla sektörün faaliyet yürütmesi daha muhtemel olacaktır. Sektörler arasında eylemlerin nasıl koordine edileceğini düzenleyen açık bir mekanizmaya da ihtiyaç olacaktır. Diğer ülkeler, SSB ile ilgili veya BOH’ların önlenmesine yönelik çok sektörlü etkinlikler için hesap vermeyi, örneğin Başbakan Yardımcısı veya Başbakanlıkla bakanlıklar üstü bir düzeyde tutarak bu zorluğun üstesinden gelmeye çalışmıştır. Sonrasında politika geliştirme ve uygulama süreçlerini kolaylaştırmak için, genellikle nihai sorumluluğu bulunan üst düzey bir yetkilinin başkanlık ettiği çeşitli yapılarda sektörler arası kurullar toplanmıştır. Sektörler arası kurulların sayısı ve kapsamı üzerinde dikkatle düşünülmelidir. Örneğin Türkiye, her BOH risk faktörü için ayrı ayrı kurullar oluşturmak yerine, bu kurulları BOH’ların önlenmesi ve kontrolü için çalışmalar yapacak üst düzey tek bir kurulda birleştirebilir. BOH’ların sosyal belirleyicileri ile ilgili harekete geçmek bu kurulun görevleri arasında olabilir. Sonrasında, belirli bakanlıklar arasında daha ayrıntılı tartışmayı gerektiren özel çalışma alanları için kurul alt çalışma grubu oluşturabilir. Bu arada hedeflere ulaşmak için yapılan çalışmalarda gözetim/sorumluluk yine kurulda olur. Türkiye’nin bu tür üst düzey kurul uygulaması ile ilgili, sektörler arası aile planlaması kurulundan başarılı deneyimleri bulunmaktadır.

Sağlık Sektörü İçinde Koordinasyon

Birden çok bakanlık arasında etkili bir şekilde işleyecek mekanizmaların oluşturulmasının yanı sıra, BOH’ların başarılı bir şekilde önlenmesi ve kontrolü, sağlık sisteminin çeşitli bileşenlerinde koordineli hareket edilmesini gerektirmektedir. Birçok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de, BOH’ların önlenmesi ve kontrolüne yönelik, parçalı bir yaklaşımla mücadele vermektedir, hatta THSK’nun bünyesinde de.

2013-2017 Sağlık Stratejik Planı, BOH’ların önlenmesi ve kontrolü için birden çok program öngörmektedir. Bunlar:

1. Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı
2. Diyabet Önleme ve Kontrol Programı
3. Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı
4. Ulusal Kanser Kontrol Programı
5. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2013-2017
6. Türkiye Alkol Kontrol Programı
7. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı
8. Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2011-2015

BOH’lar ortak risk faktörleri paylaştıklarından ve birçok vakada çoklu BOH görüldüğünden, hem gerekli önleme stratejileri hem de erken tanı ve tedavide aile hekimliğinin rolünü güçlendirmeye yönelik yaklaşımlar açısından bu programlar arasında önemli örtüşmeler vardır. Yaklaşımı daha etkin kılmanın, tekrarları azaltmanın ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde koordinasyonu geliştirmenin bir yolu, söz konusu bütün programların bir araya getirildiği bütünleşik bir BOH eylem planı geliştirmektir. THSK bünyesinde BOH’ların önleme ve kontrol

çalışmalarının farklı boyutlarından sorumlu çeşitli birimler oluşturulmuştur. Bütünleşik bir BOH eylem planının geliştirilmesi süreci, THSK'daki birimler arasındaki sınırlarda çalışacak ve THSK bünyesindeki etkinlikleri birleştirip koordine edecek bir süreçle beraber yürütülmelidir. Söz konusu çoklu programların, yapıların tekrarlandığı ancak işgücünün daha az olduğu yerlerde etkilerini değerlendirmek de önemlidir. BOH'ları önleme ve kontrol çalışmalarının farklı boyutlarıyla uğraşan birden fazla kurulun olması yerelde çalışan daha küçük grupların üzerinde ciddi bir iş yükü baskısı oluşturmaktadır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, yakın zaman öncesinde yeniden yapılandırılmış ve bağlı kuruluşlar (THSK da dâhil olmak üzere) ancak yakın zaman önce oluşturulmuştur. Değişiklikler yakın zaman önce yapıldığından, roller, ilişkileri ve çalışma şekilleri hala oluşum aşamasındadır. Dolayısıyla bu kurumların bir arada nasıl çalıştığını ayrıntılı bir şekilde değerlendirmek oldukça zordur. Ancak BOH'ların önlenmesi ve kontrolüne yönelik temel sorumlulukları sadece THSK değil, Sağlık Bakanlığı'nın çok sayıda genel müdürlüğü de üstlenmiştir. THSK ve genel müdürlüklerin, tekrara düşmemek ve uyumlu ve tutarlı bir yaklaşım benimsenmesini sağlamak için birlikte nasıl çalıştıkları net değildir.

Sağlık Politikaları Kurulu, organizasyon şemasında THSK ve Sağlık Bakanlığı genel müdürlükleri arasında bağlantı kuran yapılardan biridir. Kurul, henüz tam olarak işlevsel olmasa da, bünyesinde bütün müsteşar ve müsteşar yardımcıları ve Sağlık Bakanlığı tarafından atanan çok sayıda uzmanı barındıracaktır. Kurul, doğrudan Bakan'a bağlıdır ve Bakan veya Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından talep edilen konularda uzman tavsiyesi veya raporları sunacaktır. Mevcut görev tanımına göre, Kurulun, farklı Sağlık Bakanlığı bölümleri veya bağlı kuruluşları arasında koordinasyon sağlamak ile ilişkili bir işlevi yoktur. Ancak BOH'lara yönelik koordine ve etkili bir müdahale geliştirmek için böyle bir işleve ihtiyaç vardır. Sağlık Politikaları Kurulu'nun görev tanımının genişletilmesi veya Bakanlık kapsamındaki bütün ilgili müdürlükler ve kuruluşlar arasında eylemleri bir araya getirme yetkisi olan Sağlık Bakanı'ndan başka bir üst düzey yetkiliyle (örneğin müsteşar veya müsteşar yardımcısı) bu tür bir işlev kazandırılabilir.

Türkiye'de BOH'lar ve SSB'lere yönelik olarak harcanan çabalar, aşağıda belirtilen üç alanda koordinasyonu geliştirerek güçlendirilebilir:

1. Sağlık ve diğer sektörler arasında koordinasyon
2. Sağlık Bakanlığı'nın farklı kurum/kuruluşları ve müdürlükleri arasında koordinasyon
3. BOH'ların önlenmesine yönelik çalışmaların koordinasyonu ve birleştirilmesi ve THSK bünyesinde kontrol

IV. Toplumun Güçlendirilmesi

Türkiye; Vatandaşı güçlendirmeye, sağlık okuryazarlığını geliştirmeye ve hastaları bakımları ile ilgili kararlara dâhil etmeye karardır. Bu kararlılığı yansıtan bir dizi örnek de mevcuttur. Vatandaşın ve hastaların sağlık sistemi ve reformlarının çeşitli boyutları ile ilgili memnuniyeti düzenli olarak ölçülmekte ve sonuçlar kamu ile paylaşılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012a). Türkiye'de hasta hakları yönetmeliği ve hasta hakları ünitesi ve yurttaşların sağlık ile ilgili her türlü sorusu için ücretsiz yardım hattı vardır. Hastanelerde hasta şikayetleri için özel birimlerin ve ayrıca tüketici dernekleri, STK'lar, hasta ağları mevcudiyet göstermektedir. Örneğin HIV/AIDS ile ilgili STK'lar, ilaç ihtiyaçları için güçlü bir şekilde mücadele vermektedir.

Diğer yandan diyabetliler ağı, ilgili politikalarda diyalog kurarak son yıllarda önemli iyileşmelerin olmasını sağlamıştır. Aslında ulusal sağlık strateji ihtiyacı, halkın ve hastaların katılımını sağlamaya yönelik sistematik bir müdahale oluşturulmasını (Stratejik Hedef 3) ve destek kaynakları ve bilgiye erişim ile hastaların kendi sağlıklarının yönetiminde daha güçlü olmaları için ortak çaba harcanmasını gerektirmektedir (SH 1.3) (Sağlık Bakanlığı, 2012b). Türkiye'nin ekonomik ve sosyal açıdan en marjinal grupları arasında sağlık okuryazarlığını oluşturmaya yönelik önlemler olarak bu çabalar daha etkili ve hakkaniyetli sonuçlar doğurabilir.

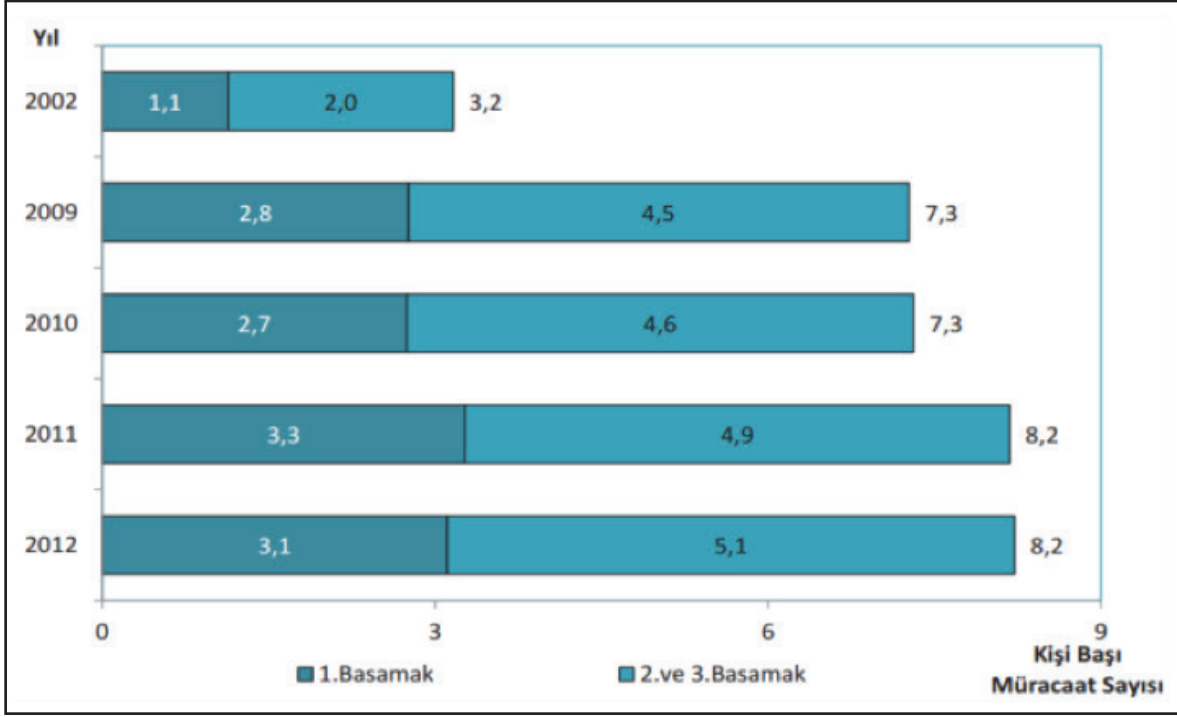
Vatandaşın güçlendirilmesi ve aşağıdan yukarıya doğru yaklaşımlar, tütün kontrolüne yönelik önlemlerin başarılı bir şekilde uygulanması açısından kritik bir rol oynamıştır. Alkol ve beslenme ile ilgili müdahalelerde de benzer bir rol oynayacaktır. BOH'ların önlenmesine yönelik ve maliyet açısından en etkin müdahaleler, bütün nüfusu etkileyen mevzuat veya politikaların hayata geçirilmesini gerektirmektedir. Sonuç olarak, bu politikaların başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için halkın hazırlıklı olması ve destek sunması gerekmektedir. Örneğin Türkiye'de tütün kontrolüne ilişkin güçlü bir sivil toplum hareketi vardı. Bu hareket tütün kontrolüne yönelik politikaların halk tarafından büyük ölçüde kabul görmesini sağlamıştır. Hem hükümetin yukarıdan aşağıya liderlik yapması hem de halkın aşağıdan yukarıya bir tutum benimsemiş olması, Türkiye'nin tütün kontrolüne yönelik mücadelesinde başarılı olmasını sağlamıştır. Bu tür yaklaşımlar, obezite, fiziksel aktivite ve alkolün zararlı ve tehlikeli tüketimine ilişkin stratejilerin uygulanmasında da önemli roller oynayacaktır. Türkiye hükümetinin toplumdaki BOH risk faktörlerini kontrol altına almaya yönelik önlemleri başarıyla uygulaması için çevredeki BOH riskleri ile ilgili halk arasında farkındalık oluşturmak için sağlık okuryazarlığını güçlendirmek, vatandaş sağlık politikaları ile ilgili meselelerde güçlendirip değişikliğe teşvik etmek gerekmektedir.

Benzer şekilde, BOH'ların teşhisi ve yönetiminde aile hekimleri daha fazla rol aldıkça, vatandaşın katılımı ve sağlık okuryazarlığı da önemli bir hal alacaktır. Aile hekimliği, gebelik, doğum ve emzirmek de dâhil olmak üzere çocuk sağlığı ile ilgili konularda hastaların bilgi ve farkındalık düzeylerini arttırmak ve katılım sağlamak için hâlihazırda önemli bir rol oynamaktadır. Bu, toplum sağlığı merkezleri ile aile sağlığı merkezleri arasındaki işbirliği ve hemşirelerin açıkça tanımlanan görev tanımları vasıtasıyla gerçekleştirilmektedir. Aynı model, hastaların kendi durumlarının yönetiminde oynadıkları rolün güçlendirilmesi için BOH'lara yönelik olarak uygulanabilir.

V. Hizmet Sunumu Modeli

Türkiye, farklı coğrafyalarda erişilebilir ve kullanım noktasında ücretsiz bakım sağlayan sağlam bir aile hekimliği merkezli birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminin temellerini oluşturmuştur. Kurduğu sistemi daha da geliştirip güçlendirmeyi planlamaktadır. 1995'te 1. Basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerinin sayısı 12.183 iken 2010 yılında ülke genelinde aile hekimliği uygulaması başlamış ve 2012'de aile hekimi sayısı 20.809'a yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı, aile hekimlerinin sayısını 2023'e kadar 40.000'e çıkarmayı, böylece aile hekimi başına düşen nüfus oranını şu anki 3500'den 2000 veya altına çekmeyi planlamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri konsültasyon sayısı 1995'ten 2010'a yaklaşık beş kat artmıştır (Akdağ, 2011). Birinci basamak sağlık hizmetleri ve hastane poliklinik hizmetleri birlikte alındığında toplam poliklinik konsültasyon oranı şu anda kişi ba-

şına yılda sekiz başvurudan fazladır. Bu oran, 6.4'lük OECD ortalamasının üzerindedir ve Orta Doğu Anadolu'da 6.4'ten Doğu Karadeniz'de 9.2 arasında değişmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri konsültasyon oranları son on yılı aşkın bir süredir giderek yükselmektedir ve 2002'deki %35'lik orandan sonra şu anda toplam poliklinik başvurularının %40'ına karşılık gelmektedir. Kamu sektörü, birinci basamak sağlık hizmetleri başvurularının %98'ine, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu başvurularının %92'ine tekabül etmektedir (Ministry of Health (2012a)). Güçlenen aile hekimliği, aile sağlığı merkezlerinden hastanelere yapılan sevk oranlarının düşmesinde de kendini göstermektedir (2002'de %22'den 2011'de %0.7'ye) (Şekil 7).



Kaynak: Ministry of Health, 2012a

Şekil 7. Kamu sektörü ve özel sektör için kişi başına düşen yıllık doktor başvurusu

Aile hekimliği reformu 2010 sonu itibariyle ülke çapında uygulamaya geçirilmiştir. Bu reform kapsamında, aile hekimliği ihtisas eğitimi başlatılmış ve böylece hâlihazırda birinci basamak sağlık hizmetleri sunan hekimler aile hekimliği alanında yeniden eğitim görmüş, özerk aile hekimliği uygulamaları altında organize olmuş (sağlık merkezlerinde kamu görevlileri yerine), kayıtlı hasta listeleriyle, kayıtlı kişi artı performans dayalı ek ödeme sözleşmesine tabiidirler. Hastalar, uygulama ve doktorları serbestçe seçebilmektedirler. Şimdiye kadar aile hekimliği performans hedefleri, anne ve çocuk sağlığı (AÇS) ve bulaşıcı hastalıkların kontrolüne odaklanmıştır. Ancak BOH hedeflerini de içine alan performans dayalı ödeme (PDÖ) için düzenleme çalışmaları devam etmektedir. Aile hekimleri, aile hekimi başına bir hemşire veya bir aile sağlığı elemanı istihdam eder. Ebe ve danışma görevlisi gibi ek personel de istihdam edebilir. Türkiye, mevcut hekimlere yönelik sürekli hizmet içi eğitimlerle aile hekimliği becerilerini geliştirmeyi ve aile hekimliği uzmanlarının sayısını düzenli olarak arttırmayı planlamaktadır. Uzak ve daha az gelişmiş bölgelerde, hala, gerekli eğitimi alan aile hekimlerinin bulunmadığı bazı sağlık merkezleri vardır. Ancak, hekimlere yönelik mezuniyet sonrası iki yıl zorunlu hizmet ve mobil hizmetlerle tıbbi hizmet kapsamı geniş tutulmaktadır. 01.07.2013 tarihinde aile hekimliğine "Merkezi Randevu Sistemi" açılmıştır, ancak zorunluluk

bulunmamaktadır. ASM'lerde, kabul edilebilir bekleme süreleri (örneğin 20 dakika) tutturulmaya çalışılmaktadır. Bekleyen hastalar sıra numarası almaktadır.

Aile sağlığı ekipleri, günde ortalama hekim başına 50 civarında hasta görmekte ve ortalama bir veya iki ev ziyareti gerçekleştirmektedir. Aile hekimleri haftada ortalama 46 saat çalışmaktadır (WHO Regional Office for Europe, 2008). İş yükünün, DSÖ tarafından ziyaret edilen kliniklerde yönetilebilir düzeyde olduğu görülmüştür. Ancak bir dizi personel hekim başına düşen yüksek hasta ortalaması ve bazı kliniklerdeki yığılma ile ilgili endişelerini dile getirmiştir. Yine de günlük ortalama konsültasyon sayıları, hekim başına düşen hasta oranının 1600 olduğu İngiltere'deki pratisyen hekimlerinkine (aile hekimliği ihtisas eğitimi olan pratisyen hekimler) yakındır (United Kingdom National Statistics, 2012). Türkiye'deki aile hekimlerinin, aile hekimliği modeli olan birçok AB ülkesine kıyasla çok daha yüksek sayıda kayıtlı hastaya bakabilmesi çeşitli etkenlerle açıklanabilir. Bunlar arasında, Türkiye'nin nispeten genç nüfusu (İngiltere'deki %15'lik 65 yaş üstü nüfus oranına karşılık Türkiye'de bu oran %7.3'tür), hastane uzman hekimlerinin yetişkinlere yönelik birinci basamak hizmetleri sunmaktaki büyük rolü, birinci basamak sağlık hizmetleri ekiplerinde hekim olmayan sağlık çalışanlarının daha yüksek oranlarda bulunması ve muayene sürelerinin kısa olması sayılabilir. Aile hekimliği uygulamaları ile ilgili bir değerlendirmede, aile hekimi konsültasyonlarının %12 ila %21'inin 5 dakikadan daha kısa, %36'sının ise 6 ila 10 dakika arasında sürdüğü tespit edilmiştir (WHO Regional Office for Europe, 2008). Söz konusu kısa muayenelerin çoğu, hastane uzman hekimi tarafından yazılan ilaçlar için aile hekimi reçetesi almak amacıyla yapılmaktadır. Aile hekimi reçetesi ile hastalar, polikliniklerde yazılan ilaçları ücretsiz olarak alabilmektedir. Bu ilaçlar Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmektedir.

Aile hekimliği hizmetleri, her ilçede bir tane olmak üzere TSM ağı tarafından desteklenip denetlenen ve ASM'ler olarak bilinen devlete ait kliniklerde sunulmaktadır. TSM-ASM ağı, halk sağlığı müdürlüklerindeki aile hekimliği bölümlerinin bir parçasıdır. TSM'ler, Sağlık Bakanlığı'nın "Türkiye'de Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Planı ve Eylem Planı Sağlık Bakanlığı 2009" çerçevesinde toplum temelli programların uygulanması ve risk faktörlerinin azaltılması için hastaların eğitilmesi konusunda yerel seviyede halk sağlığı müdürlüklerindeki BOH bölümleri ile birlikte çalışmaktadır (Ministry of Health, 2009). TSM'ler, halk sağlığı müdürlükleri ile birlikte, ASM'lere laboratuvar tanı ve lojistik desteği sağlamak ve hastalıkların önlenmesi ile sağlığın geliştirilmesi amacıyla toplum temelli müdahaleleri uygulamaya geçirmektedir. TSM'ler, evde sağlık hizmetleri ve uzak bölgelerde mobil sağlık hizmetlerini yönetmektedirler.

Sağlık Bakanlığı'nın stratejisine göre, aile hekimliği, kardiyovasküler hastalık risk faktörleri ile Tip 2 diyabetin taranması ve ileride hastalarının kanser taraması için harekete geçirilip takip edilmesinde öncü olmalıdır. Zamanla, aile hekimlerinin yaygın BOH'lara yönelik birincil ve ikincil korunma çalışmalarını yönetme ve hastane yatışı sonrası bakım hizmetlerinin koordine ve takip edilmesi için daha fazla kapasite geliştirmesi niyetlenmektedir. Ancak, şu anda vizyon sistematik uygulama için planlama yapma aşamasındadır. DSÖ ekibi ile görüşen aile hekimleri, BOH'lara yönelik sağlık hizmetlerinde daha proaktif rol almaya hazır ve istekliydiler. TSM'lerde tansiyon ölçme, vücut kitle endeksi (BKİ) izleme ve kan şekeri testi yapmak için gerekli ekipman bulunmaktadır. Aile hekimlerinin antihipertansif ilaç (anjyotensin reseptör blokerleri dışında) yazma yetki-leri vardır, ancak kolesterol düşürücü ilaçları ancak uzman hekim tanısı ve tavsiyesi üzerine

yazabilmektedirler. Antidiyabetik ilaç yazabilmekte; ancak insülin yazamamaktadırlar. Ancak paydaşlar ile yapılan çalıştaylar ve saha ziyaretleri sırasında DSÖ ekibine iletilen bilgilere göre, KVH risk faktörlerinin büyük bölümü ve diyabet vakalarının büyük çoğunluğu hastanelerde teşhis edilmekte ve birincil ve ikincil koruma hizmetleri yine hastanelerde sunulmaktadır. Kanser taraması için, aile hekimliği uygulamalarının başlıca rolü, hastaları tarama amacıyla KETEM'lere başvurmaları için harekete geçirmek ve taramada negatif çıkan hastaların sonuçlarını kendilerine iletmektir. TSM'ler, yerel yönetimlerle koordinasyon içinde, hastaların KETEM'lere ulaşımını organize etmektedirler.



WHO/Melitta Jakob

Şekil 8. Malatya'da, engelli rampası ve sıra alma sistemi ile kırsal bölgedeki bir aile sağlığı merkezi

Halk sağlığı müdürlüklerinde de BOH taraması ve yönetimine yönelik bazı özel birimler vardır. Bunlar da şu anda aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezleri ağının bir parçası haline gelmiştir. Yukarıda tanımlanan KETEM'ler, şu anda bütün il sağlık müdürlüklerinde yer almaktadır. KETEM'ler, kanser taraması ve yönetimi ile ilgili hizmet içi ek eğitim alan aile hekimleri veya pratisyen hekimler ile hemşireler ve tanısal görüntüleme teknisyenleri tarafından yönetilmektedir. 2003'ten bu yana, 15 ilde diyabet merkezleri veya poliklinikleri kurulmuştur. Bu merkezlerde, aile hekimlerine eğitim verilmekte ve personel bazı diyabet komplikasyonlarına yönelik toplum hizmeti sunmaktadır (Akdağ, 2011). Bazı halk sağlığı müdürlükleri (örneğin İzmir) merkezlerinde yürüttükleri çalışmaları diğer kronik hastalıkları da kapsayacak şekilde genişletme niyetindedir. Sağlık Bakanlığı, kanser hastaları için palyatif bakım ve yaşam sonu bakım hizmetlerinin sağlanmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha fazla yer almasını sağlamak için evde bakım hizmetlerini daha da geliştirmeyi ve zamanla bu hizmetleri diğer vakalara da taşımayı planlamaktadır. Bazı halk sağlığı müdürlükleri, evde desteklenemeyen hastalara yönelik akut olmayan bakım hizmetleri sunan küçük entegre hastaneler işletmektedir. Aile hekimlerinin, palyatif bakım hastalarına opiat ağrı kesici yazmalarına yönelik spesifik engeller vardır. Hastane temelli ve toplum temelli palyatif bakım geliştirilme aşamasının başlangıcındadır. Türkiye'de hospis bakım için henüz düzenleyici bir temel veya finansman sistemi bulunmamaktadır.

Aile hekimliği sisteminin BOH'larda bu temel rolü oynamasını kısıtlayan etkenler vardır. Çalıştay ve saha ziyaretleri sırasında DSÖ ekibi tarafından tespit edilen başlıca etken, Türki-

ye'nin henüz bir eleme sistemi veya zorunlu bir sevk sistemi hayata geçirmemiş olmasıdır. Bu durum, Türkiye'nin diğer üç Doğu Akdeniz ülkesi ile kıyaslamasının yapıldığı kardiyovasküler hastalıklar ve diyabetin kontrolüne yönelik politikaları ile ilgili daha önce yapılan analizde de vurgulanmıştır (Phillimore P, Zaman, Ahmad ve ark., 2013). Aile hekimliği sisteminin, böyle bir zorunlulukla başa çıkmak için yeterli işgücü veya beceri eğitimine sahip olduğuna henüz inanılmamaktadır. Hastalar, istedikleri hastane uzman polikliniğine yönelmekte serbesttir. BOH'lar söz konusu olduğunda da birçok hastanın bu yolu tercih ettiği görülmektedir. DSÖ tarafından ziyaret edilen üçüncü basamaktaki bir üniversite hastanesinde, ayakta hastaların, çoğunluğu daha önce başka doktora gitmiş olmasına rağmen, %30-40'ının, bazıları uzak mesafelerden, kendi kendilerine hastaneye geldikleri belirlenmiştir. Devlet hastaneleri, sevkle veya sevksiz gelmesine bakmaksızın hastalardan makul bir ek ödeme talep etmektedir. Üniversite hastaneleri biraz daha yüksek bir ek ödeme alırken aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir. Talep edilen bu ek ücretler makul seviyelerde olduğundan hastaları hastaneye, aile hekimi sevki olmadan, kendileri başvurmadan alıkoymaz. Hastalar aynı zamanda özel hastanelere başvurabilir ve SGK tarafından ödenen hizmetlerden yararlanabilir.

BOH'larda aile hekimliği sisteminin rolünün gelişmesini kısıtlayan diğer etkenler arasında halkın, hastanelerde uzman hekimlerce sunulan sağlık hizmetlerini tercih etmeleri de yer almaktadır. Aile hekimlerinin statüsü, eğitimi ve ücretleri kayda değer bir şekilde iyileştirilmiş olmasına rağmen, halkın güvenini kazanmak için daha fazla zamana ihtiyaç vardır. Hastanelerde çalışan uzman doktorlar da genellikle ilk tanı ve tedavi sonrası hastalarını takip edip hastalıklarını yönetmeyi tercih etmektedirler. Hastanelerin, hastaları devam eden tedavileri için aile hekimlerine geri gönderme zorunlulukları veya talimatları yoktur. Ayrıca hastanelerin uzman hekimleri, hastaları tedavi sonrası kendileri takip etmeleri için finansal teşvik almaktadır. Hastaların da uzman takibini tercih ettiği algısı oluşmuştur. Hatta kanser veya kardiyovasküler hastalıkları olan hastaların, tedavi ve sonrasında takip süresince tedavi gördükleri hastanenin bulunduğu ilde ev kiralamaı tercih ettikleri görülmüştür.

Tablo 3. Aile sağlığı ağı, 2011

Aile sağlığı merkezleri	6367
ASM tıbbi muayene odaları	20,216
Toplum Sağlığı Merkezleri	961
Aile hekimi başına düşen nüfus	3,500

Kaynak: Ministry of Health, 2012a

Tablo 4. Hastane ağı, 2011

	Sayı	Yatak
Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler	840	121,297
Üniversite hastaneleri	65	34,802
Diğer kamusal (askeri)	45	6757
Özel hastaneler	503	31,648
TOPLAM	1,453	194,504
1000 kişiye düşen yatak	2.6	-
Yıllık kişi başı hastaneye yatış	0.15*	-

* Hesaplamalar Sağlık Bakanlığı, 2012 verilerine dayanılarak yapılmıştır

Kaynak: Ministry of Health, 2012a

Tablo 5. Ambulanslar, 2011

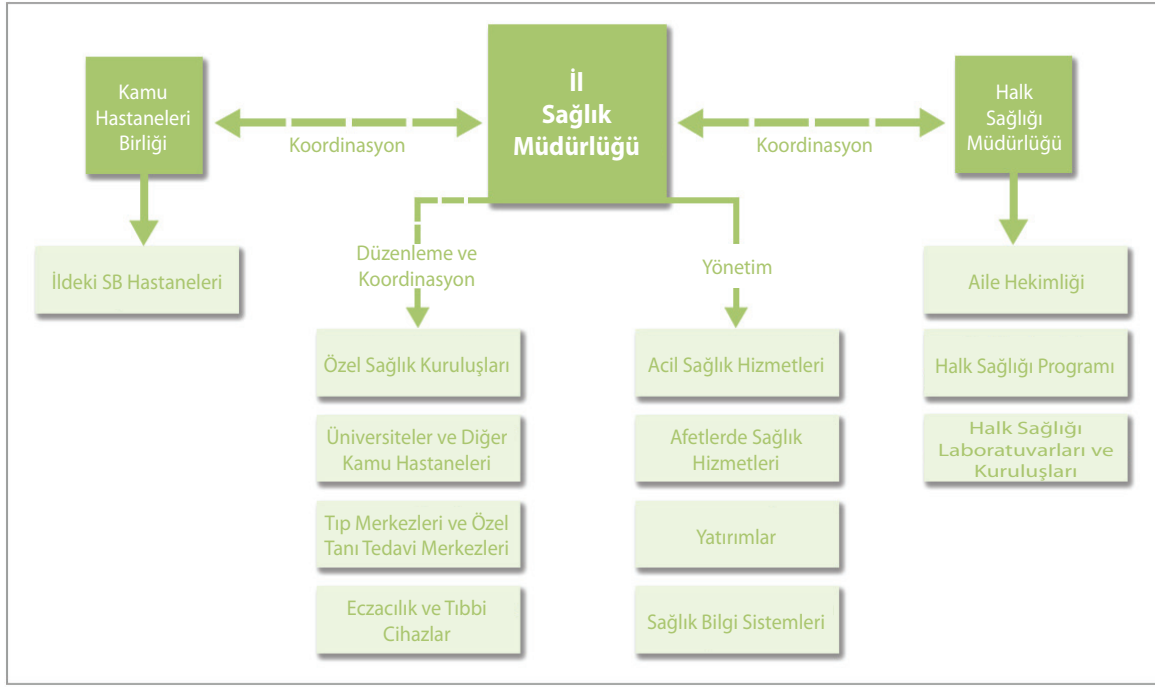
Ambulanslar	Sayı	%
112 acil ambulansları	2766	70
Diğer ambulanslar	1159	30
Obezite ambulansları	45	2
112 ambulans istasyonu başına düşen nüfus	43,698	-

Kaynak: Ministry of Health, 2012a

Hastalar için henüz bir eleme sistemi veya zorunlu sevk sistemi olmadığından, üniversite ve üçüncü basamak devlet eğitim ve araştırma hastaneleri BOH hastalarına, taramadan birincil korumaya, üçüncül müdahaleye ve takip bakım hizmetlerinin koordine edilip sunulmasına kadar bütün bireysel hizmetleri bir arada sunmaktadır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, kardiyolog ve endokrinologlar tarama ve birinci basamak hastalık yönetimi hizmetlerini sunmaktadır. İkinci basamak devlet hastaneleri, BOH'lar için birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadır. İkinci basamak sağlık kuruluşları, BOH'ların teşhis edilmesi ve yönetilmesinde, personel kısıtlarından dolayı genel olarak yan dal uzmanları yerine daha çok dâhiliye uzmanları ve genel cerrahlardan yararlanmaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri kuruluşları da dâhil olmak üzere hastanelere, Sağlık Bakanlığı tarafından, bir dizi kronik hastalığı olan hastalara yönelik değerlendirme ve eğitim sunmak üzere kronik bakım üniteleri ve diyabet hastaları ve diyabet hastalığı riski olan metabolik sendrom hastaları için ayrı hasta eğitim üniteleri kurma yetkisi verilmiştir. Bazı hastanelerde obezite klinikleri kurulmaktadır. Bazı devlet hastanelerinde, hastanede teşhis koyulup tedavi edilen hastalara yönelik taburculuk sonrası bakım hizmetlerini yönetmek için evde bakım üniteleri oluşturulmuştur.

VI. Hizmet Sağlayıcılar Arasında Koordinasyon

Sağlık Bakanlığı, 2012'de çıkardığı 633 sayılı KHK kapsamında, her ilde hizmet sunucular arasında koordinasyonu sağlamak için yeni bir resmi yapı hayata geçirmiştir. Yeni il sağlık müdürlükleri, halk sağlığı müdürlükleri (birincil bakımı yöneten), il kamu hastane birlikleri (Sağlık Bakanlığı hastanelerini yöneten), üniversite, özel ve diğer devlet hastaneleri ile sağlık hizmetleri arasında koordinasyonu sağlamakla yükümlüdür. İl genelinde sunulan 112 ambulans hizmetlerini doğrudan yönetmektedirler. İl sağlık müdürlükleri, ayrıca, yerel sektörler arası ve yerel yönetimler arası koordinasyondan da sorumludur. Söz konusu koordinasyon rolü henüz çok yeni ve alışılmadık olduğundan, değerlendirme yapmak için erkendir. Ancak şimdiye kadar, BOH'lar için oluşturulan hizmet sunum sistemine ve sağlık kuruluşu ağına yönelik strateji belirleme ve planlama süreçleri Sağlık Bakanlığı'nda toplanmıştır. İl müdürlüklerinin rolü, merkezi planlar ve kararlara aşağıdan yukarıya girdileri koordine etmekle sınırlıdır. Şimdilik üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri ve aile hekimliği ağı, kendi kurumları içerisinde yukarıya doğru, dikey hesap verebilirlik ve kontrol esasında çalışma eğilimindedirler (Şekil 9).



Şekil 9. İl sağlık hizmetlerinin koordinasyon yapısı

Aile hekimliğinin, halk sağlığı müdürlüğü bünyesinde yer alması, BOH kontrol programı personeli ve aile hekimliği ağı arasındaki koordinasyonu kolaylaştırması açısından avantaj sağlamaktadır. Bu koordinasyon, geçmişte AÇS strateji ve hedeflerinin aile hekimliği politikalarına dâhil edilmesinde etkili olmuştur. Hizmet sunumu düzeyinde, ASM'ler ve KETEM ve toplum sağlığı ve eğitim programları, evde sağlık hizmetleri, tanısal laboratuvar hizmetleri ve bilgi sistemleri gibi halk sağlığı müdürlükleri tarafından yönetilen diğer hizmetler arasında görülür ve etkili bir koordinasyon mevcuttur. halk sağlığı müdürlüğü, laboratuvar tanısı için ASM'lerden numune toplama sistemi işletmektedir, böylece aile hekimleri, çok sayıda testi etkili bir şekilde sunan yüksek kalite laboratuvar hizmetlerine kolayca erişebilmektedirler.

Kanser hizmetleri, sonraki bölümde daha ayrıntılı ele alındığı üzere, BOH'lara yönelik tedavi, bakım planlama ve bilgi sistemlerinin koordinasyonunda ilk sırada yer almaktadır. İl sağlık müdürlükleri, KETEM'ler, aile sağlığı merkezleri ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları arasında kurulu koordinasyon süreçleri vardır. Ancak yukarıda bahsedilen diğer BOH hizmetleri için, hastaların kendi kendilerine, herhangi bir bakım hizmetine yönelme özgürlükleri, hastaneler arasında ve hastaneler ile aile hekimliği uygulamaları arasında kronik hastalık vakalarına yönelik bakım koordinasyonu önünde engel teşkil etmektedir. Kronik hastalık vakalarına yönelik bakım koordinasyonu, temel olarak, tek bir sağlık kurumu bünyesinde yapılmaktadır. Hastanelerin, sistematik olarak hastane yatışı veya poliklinikte uzman hekimce koyulan tanıdan sonra hastanın aile hekimine epikriz raporu veya yazı gönderme zorunluluğu bulunmamaktadır. Ancak bazı illerde bu tür bir uygulama başlatılmıştır. Hastaların kendileri bu tür bilgileri aile hekimlerine sağlayabilir. ASM bilgi sistemleri sayesinde, aile hekimleri, hastalarının ne zaman hastaneye başvurduklarını görebilmekte; ancak hastane tarafından konulan teşhis veya düzenlenen tedavi ve bakım planı bilgilerine ulaşamamaktadır. Sağlık Bakanlığı, aile hekimlerinin erişebileceği ve kayıtlı hastalarının hastane yatış ve diğer sağlık sistemleri (tarama gibi) kullanımlarını takip edebilecekleri bir tür özet elektronik hasta kaydı geliştirmeyi planlamaktadır. Ancak bu sistemin klinik bakım için ortak/paylaşımli elektronik hasta kaydı sunma kapasitesi yoktur.

Evde bakım hizmetine muhtaç hastalar için, halk sağlığı müdürlükleri bakım hizmetlerini koordine etmek için hat veya çağrı merkezleri işletmektedir. Bu hizmetler, hasta bakımının takibinde, hastane ve hastane destekli evde bakım hizmetleri ve TSM tarafından sunulan evde bakım hizmetleri arasında koordinasyonun sağlanmasında payı vardır. halk sağlığı müdürlükleri; ayrıca, esasen Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve değişen düzeylerde belediyeler tarafından sunulan sosyal hizmetlerle de koordinasyon sağlamaktadır.

VII. Yerelleşme ve Ölçek Ekonomileri ile Uzmanlaşma

Kanser tedavisi ile teşhis konulan hastaların tedaviye sevk edilebilme düzeyini belirleyen tedavi yönergesi dışında; bütün BOH'ların yönetimindeki birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavilerin oynayacakları rollerin sınırlarını çizen net bir politika ya da plan henüz bulunmamaktadır. Kardiyovasküler hastalık ve şeker hastalığı (diabetes mellitus) için de bu tür bir yönerge hazırlanmamıştır. Uygulamada ise kardiyovasküler hastalık ve ona bağlı risk faktörlerinin yönetimi ile şeker hastalığı ve metabolik sendromun tespit edilmesi, risk faktörü yönetimi ve rutin tedavisinde aile hekimleri ile ikinci ve üçüncü basamak tedavi merkezlerinin rolleri birbirleriyle önemli ölçüde çakışmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve mesleki kurumlar kardiyovasküler hizmetleri ve merkezleri için standartlar oluşturmak amacıyla uluslararası örnekleri araştırmakta ve kendi standartlarını da gelecek yıl içinde geliştirmeyi planlamaktadırlar.

2011 yılında, açık kalp ameliyatı ve perkutan koroner anjiyoplasti (PKA) operasyonları gerçekleştiren hastaneler için minimum personel ve hacim kriterlerini gösteren kanıta dayalı tedavi yönergelerini belirleyen bazı standartlar geliştirilmiş ve uygulamaya geçmiştir. Teklif edilen yönergeler açık kalp ameliyatı birimi başına kapsanabilecek minimum nüfus miktarı ve önerilen hacim değerlerini, belirtilen düzeylerdeki yoğun bakım ünitelerindeki minimum kapasite ve PKA yapan kalp cerrahlarının eğitimi için gerçekleştirilecek gözetimli operasyonların minimum hacmini belirlemektedir. Bu yönergeler Amerikan Kalp Cemiyeti yönergelerinden esinlenmiş, bazı yerel durumlardan kaynaklanan uyarlamalar yapılmıştır. Hastanelerin tam uygulamaya geçmesi için üç yıllık bir geçiş süresi tanınmıştır. Günümüzde 51 üniversite hastanesi, 40 devlet hastanesi ve 2 askeri hastanede kalp ameliyatı ve girişimsel kardiyojoloji uygulanmakta, yılda toplam 68,000 kalp ameliyatı yapılmaktadır. Genel kanı, kalp ameliyatı yapan hastane sayısının arttırılmasından çok mevcut hastanelerdeki kalitenin arttırılması yönündedir. Yine başka bir genel kanı da akut miyokart enfarktüsü vakalarında revaskülarizasyonun koroner arter baypas greft (KABG) cerrahisi yerine PKA ile sağlanmasının teşvik edilmesi yönündedir (2009'da %66 olan PKA oranı 2011'de %74'e yükselmiştir). Yönergelere tam uyum sağlanması kalp ameliyatı ve girişimsel kardiyojoloji olanakları sunan, sayıları 230'u bulan özel hastaneler için büyük bir zorluk teşkil edecektir.

Ülkenin hangi bölgelerinde, iki saatlik mesafe dâhilinde PKA, kalp cerrahisi ve yoğun bakım ünitesine (YBÜ) erişim sağlanamadığının tespit edilmesi amacıyla başlıca kalp müdahalelerini yapma kapasitesindeki güncel durumun bir haritası çıkarılmıştır. Bu harita, kamuya ait kalp ameliyatı ve kalp kateterizasyonu birimlerine takviye olarak yapılacak yatırımlarda önceliklerin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Bu bölgelerden gelen kardiologların eğitimlerinin yeni standartlara uyumunun sağlanmasına şimdiden başlanmıştır. Kalp ameliyatlarının çoğu dört ilde (İstanbul, İzmir, Adana ve Ankara) gerçekleştirilmekte olup birçok hasta tedavi olmak için çok uzun yollardan gelmektedir. Tedavi sonrası takibin,

hastaların kendi illerindeki kardiyologlara devredilmesi ne tam olarak oturmuş ne de kabul görmüş bir uygulamadır. Ayrıca hastaların tedaviyi gerçekleştiren doktora uzaktan danışmasına olanak sağlayan sistemler (teletıp konsültasyonu) de bulunmamaktadır.

112 Acil ambulans hizmeti il dâhilinde güçlü koordinasyon mekanizmaları geliştirmiş; çağrı işleme, acil durumlarda hastanın uygun tesise taşınması ve yoğun bakım ünitelerindeki yatak ve diğer kritik öneme sahip kapasitelerin uygunluğunun koordinasyonu hususlarında protokoller kabul etmiştir. Eğitim ve araç standartları belirlenirken ambulanslar farklı kategorilere ayrılmaktadır. Cevap süresi hedefleri belirlenmekte ve izlenmektedir. Ziyaret gerçekleştirilen bir ilde akut koroner sendromu olan hastalar, en yakın hastane olmamalarına rağmen doğrudan PKA uygulama kapasitesine sahip devlet hastanelerine ulaştırılmıştır. Ziyaret edilen diğer bir ilde ise bu hastanede PKA uygulanamamasına rağmen 112 ambulans hizmeti hastayı en yakın devlet hastanesine götürmüş, bu kapasiteye sahip olan yakınlardaki üniversite hastanesini es geçmiştir. Hastalar aynı zamanda taksi, özel araç veya özel ambulanslar ile hastaneye ulaşmaktadır. Ancak farklı bir vasıta ile taşınmış olan hastaların oranını nicelik olarak izleyebilecek sistematik veriler bulunmamaktadır. Akut miyokard enfarktüsü geçiren hastaların optimum tedavisinin öne çıkan bir engel; paramediklerin (ambulanstaki sağlık görevlilerinin) trombolitik yazma yetkisinin olmamasıdır. Ambulanslara EKG sonuçlarını uydu iletişimi yoluyla kardiyologa iletilecek ve kardiyolog reçetesini uzaktan alacak bir donanım yerleştirilmesi şeklindeki projenin pilot uygulaması devam etmekteyse de bu girişimi büyük ölçekli olarak uygulamanın maliyeti projeyi imkânsız kılabilir. Başka bir pilot uygulama ise ambulans ile acil servis arasında hastanın durumuna dair bilgi aktarımını başlatmış ve hastaneye varıldığında daha hızlı teslim ve müdahaleye olanak sağlamıştır. DSÖ (WHO) ekibince ziyaret edilen bir üniversite hastanesi kendine hastaneye giriş ile PKA arasında bir süre hedefi (30 dakika) belirlemiştir.

VIII. Teşvik Sistemleri

Mevcut maaş ve performansa dayalı ilave ödeme mekanizması, aile hekimliğinde reformun öncelikleriyle doğru orantılı bir şekilde ayarlanmıştır ve BOH'larda aile hekimliği rolünün artırılmasında önemli bir temel oluşturmaktadır. Aile hekimliğindeki ödeme mekanizmaları, içerisinde yüzde 20'ye kadar kesintiye sebep olabilen negatif bir performansa dayalı ödeme (PDÖ) faktörü bulunan bir maaş ödemesine dayanmaktadır (World Bank, 2013). Aile hekimleri, halk sağlığı müdürlükleri ile sözleşme yaparak hastalıklardan korunma, sağlık düzeyinin geliştirilmesi, hastalık yönetimi vb. gibi gereken tüm hizmetleri sağlamaktadırlar. Aile hekimlerine yapılan ödemeler aşağıdaki bileşenler üzerine kuruludur:

- Aile hekimlerinin aylık baz ödemeleri, sorumlu kılınan/kayıtlı nüfus sayısı ile ölçülürken; hamile kadınlar, mahkumlar, 4 yaş altı çocuklar ve 65 yaş üzeri yaşlılar için ekstra çarpanlar eklenmektedir.
- Aylık baz ödemelerinde, çalışılan çevrenin sosyo-ekonomik kalkınma endeksine bağlı olarak ayarlamalar yapılmaktadır. Bu ayarlama en az hizmet alan bölgelerin bazılarında çok büyük bir önem arz edebilmekte ve Türkiye'nin ülke genelindeki çalışan oranları arasında oluşan boşluğu kapatabilmesi konusunda oldukça faydalı olmuştur (bk. insan kaynakları).
- Aile sağlığı merkezinin ev ziyaretleri gerçekleştirmesi durumunda ekstra bir götürü ödeme yapılmakta ve ödemeler gezici hizmetleri almış olan her 100 kişi başına hesaplanmaktadır.

- Aile sağlığı merkezleri 30 farklı kritere bağlı olarak A ve D sınıfları arasında ayrılmaktadır. Bunlardan bazıları; altyapı özellikleri, çalışma saatlerinin uygunluğu vb.'dir. Aylık baz odemeye ek olarak aile sağlığı merkezinin sınıfına bağlı olarak ortaya çıkan işletme giderlerinin karşılanması için götürü demeler yapılmaktadır. Bu sayede hizmet koşullarının geliştirilmesi teşvik edilmekte ve kaynaklar sağlanmaktadır.
- Son olarak; birinci basamak tedavi kurumları, halk sağlığı müdürlüğü tarafından organize ve idare edilen laboratuvar testlerinin de muhasebesini tutarlar.
- deme mekanizmasındaki performans faktörü de hem aile hekimlerine hem de hemşirelere uygulanan maaş kesintileridir. Bu kesintiler, üç adet hizmet karşılama göstergesine bağlıdır:
 - ≈ Aşılama oranı (BCG, DPT3, Pol3, kızamık, HepB3, Hib3)
 - ≈ Takvime göre en az 4 doğum öncesi ziyarette bulunmuş hamile kadın sayısı
 - ≈ Kayıtlı bebeklerin takvime göre yaptığı müteakip ziyaret sayısı

deme mekanizmalarının BOH teşhisi ve yönetimindeki aile hekimi rolünün arttırılması destekleyecek yönlerden güçlendirilmesi mümkündür. Maaş demesi açısından en büyük fark hamile kadınlar için ödenirken en küçük olanı ise 65 yaş üzerindeki hastalar için ödenmektedir. Bu durum ağırlığın en çok anne ve ocuk sağlığına verildiği fazda doğru bir uygulama iken, aile hekimliğinin BOH'ların tanı ve tedavisinde rol oynamaya başlamasıyla birlikte gerçek kaynak yoğunluğunu yansıtmamaktadır. Kaynak yoğunluğunun daha iyi yansıtılması amacıyla bu fark çarpanlarının analiz edilmesi ve üzerlerinde ayarlamalar yapılması için çalışılmaktadır. İkinci olarak, performans faktörü BOH'lara ilişkin durumları da kapsayacak şekilde genişletilebilir. Genellikle PD mekanizmaları hipertansiyon ve diyabetin teşhisi, kanser taraması, hastalık yönetimiyle ilgili bazı hizmetler (rneğin; şeker hastaları arasında düzenli göz ve ayak muayenelerinin yapılması) gibi iyi tanımlanmış hizmetlerin sunulma oranlarını arttırmaya yardımcı bir unsurdur.

Sağlık Bakanlığı (THSK) PD şemasını  kanser türü (rahim ağzı, meme ve kolorektal) ile hipertansiyon, diyabet ve obezite teşhisindeki hedeflerle bütünleştirmek için yeniden gözden geçirmeyi, böylece 2014'te ulusal çapta yeni göstergeleri hayata geçirmeyi planlamaktadır. Göstergeler henüz seçilmemiş olmasına rağmen kanser taramasının yanı sıra diğer kronik hastalıkların taraması için hastaların mobilizasyonu ve belki de bazı hastalıkların yönetim ve kontrolüyle alakalı bazı hedefler doğrultusunda olması öngörülmektedir. şemanın şekillendirilmesine ilişkin bazı zorlu kararlar verilmesi gerekmektedir, özellikle bu ekstra göstergelerin mevcut %20'lik PD kesintilerine mi dâhil edileceği yoksa btce sıkıntılı yaratabilecek olsa da doktorun kazançlarına ek bir PD ikramiyesi şeklinde mi sisteme dâhil edileceği konusu bunlardan biridir.

Hastane alışanları da aynı zamanda hastanenin döner sermayesinden PD almakta, bu da sosyal sağlık sigortası ve sağlık kesintilerinden elde edilen gelir içerisinden sağlanmaktadır. Hastane uzmanlarının gelirlerinin yarısından fazlası PD şemasından karşılanırken bu oran hemşire, diğer sağlık çalışanları ve idari personelde %20'dir. Hastane alışanlarının ikramiye havuzunun boyutu devlet hastanelerinde, hastane bünyesindeki bir dizi performans göstergeleri ile belirlenmektedir. Üniversite hastaneleri ise kendi ikramiye havuzlarının boyutu belirlemede daha zgr davranabilmektedirler. Hastanedeki uzmana bu havuzdan ne kadar pay düşeceği ise onların etkinlikleriyle alakalıdır. Sağlık Bakanlığı mevzuatı, 4000 çeşit tıbbi faaliyetin her biri için bir puan değerini biçmiştir. İlerinde ayakta tedavi gören hastalarla kon-

sültasyon yapma, teşhis koyma ve cerrahi müdahalelerde bulunmanın da yer aldığı bu faaliyetlere hem devlet hem de üniversite hastanelerinde puan verilmesi zorunludur. Bu PDÖ şeması, hastanelerdeki uzmanların hastalarıyla olan bağlantılarını ve yaptığı müdahaleleri en üst seviyeye çıkarması için mali açıdan teşvik edici bir unsurdur.

PDÖ şeması, hastane doktorlarını hastaları kendilerine çekme ve onları tutmaya teşvik etmekte, hastane doktorlarını hastanın hastanedeki ilk teşhis ve tedavi sonrasındaki takibini aile hekimlerine yaptırmaktan da caydırmaktadır. Bu teşvikler görev sırasında görüşülen birçokları tarafından teyid edilmiş olup Sağlık Bakanlığı'nın aile hekimlerinin BOH ve tüm kronik hastalıklara sahip hastaların tanı ve tedavilerindeki rolünü güçlendirme stratejisini sekteye uğratmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastane PDÖ şemasında bazı oynamalar yaparak bunları içlerinde diyabet, inme ve iskemik kalp hastalığının bulunduğu bir dizi BOH'ların kanıta dayalı yönetimine ilişkin bazı göstergeler gibi klinik kalite göstergelerine de uyarlamak için çalışmalara başlamıştır. Şemayla ilgili detaylar ve hastane uzmanlarına sağlanan teşvikler üzerindeki etkileri henüz belli değildir.

IX. Kanıtların Uygulamalara Yansıtılması

Türkiye, aile hekimliği uygulamasının kanıta dayalı olmasına özen göstermiş ve mevcut yaklaşımların önemli BOH koşullarına kolayca entegre edilebilmesi için büyük emekler sarf etmiştir. Bugüne kadar olan çalışmalar, gebelik yönetimi yönergeleri ile Sağlıkta Dönüşüm Programı hedefleriyle aynı doğrultuda bazı çocuk sağlığı koşulları geliştirmeye odaklanmış, bu çıktıların alınabilmesinde mesafeler kaydetmiştir. Bu yönergelerin geliştirilmesinde Sağlık Bakanlığı liderliğinde önemli akademik ortaklar ve diğer paydaşların birlikteliğinde yapılandırılmış bir süreç izlenmiştir. Uluslararası örnekler incelenmiş ve bazı yönergeler uyarlanmış. BOH'lara gelince, kanserin izlenmesi için ulusal yönergeler bulunurken kardiyovasküler durumlar ve diyabet hakkında henüz yoktur. Görüşülen aile hekimliği uygulayıcıları bu tür yönergelerin bu tür durumlardaki karmaşıklığı gidermesi açısından ne kadar önemli olduğunu vurgulamışlardır. Aynı zamanda gebelik akış grafikleri ve aşı takvimlerine benzer, klinik karar verme sürecini kolaylaştıran görsel desteklerini ya da aile hekimliği bilgi sisteminin kullanıma açılmasını da memnuniyetle karşılayacaklardır. Gebelik yönetimi ve çocuk sağlığı yönergeleri ve yol haritalarının yayımlanması BOH'lar için yeni yönergelerin uyarlanmasında daha önce denenmiş ve başarısı kanıtlanmış bir vasıta görevi görecektir. Çevrimiçi bir platform yoluyla uygulanan uzaktan eğitim programı kesintisiz tıp eğitimi için etkili bir yöntemdir.

Yapılandırılmış ve standart hâline getirilmiş dış denetleme süreci, etkili bir biçimde çalışmakla birlikte BOH'ların teşhis ve yönetiminde aile hekimliğinin rolündeki büyümeyi izlemede önemli bir araç görevi görmektedir. Halk sağlığı müdürlüğü, yılda iki kez aile hekimliği merkezlerine denetimler düzenlemektedir. Bu denetimler gebelik takibi, aşılar ve diğer çocuk sağlığı durumları gibi önemli hizmetlerin karşılanması hakkındaki aile hekimliği veritabanı analizini, tesisin fiziksel koşullarının incelemesini, çalışmakta olan ağ bağlantısı incelemesini ve denetim toplantısı sırasında rastgele seçilen tabloların incelenmesini ortak bir paydada toplamaktadır. Denetimler şimdiye dek en çok gebelik yönetimi, aşı ve çocuk sağlığı koşullarına ağırlık vermiştir. Bu denetimlerde takınılan tavır cezalandırıcılıktan ziyade sorunun çözümüne yönelik olmakta, ancak belli göstergelerin (bk. VIII. Teşvik Sistemleri) istenen düzeye ulaşmamış olmasından kaynaklanan mali cezalar söz konusudur.

Aile hekimliğinde BOH'ların teşhis ve yönetimine yönelik yaklaşım geliştirildiği anda bu dış denetimlerin önemli BOH durumlarına daha çok ağırlık vermesi daha da muhtemel ve kolay olacaktır.

Aile hekimliğinde kalite geliştirilmesi görünüşe göre mali teşvikler, dış kalite geliştirilmesi gibi harici unsurlara tamamıyla bağımlı olup dâhili tesis düzeyiyle alakalı kalite geliştirme süreçleri nokсандır. Aile hekimleri, hemşirelerden oluşan ekipler tarafından muhtemelen TSM'lerin de katılımıyla gerçekleştirilen dâhili tesis düzeyinde bir kalite geliştirilmesi, yerel yenilikler ve uygulama kalıplarındaki değişikliklerin önemli olduğu yerlerde BOH'lar için faydalı bir araç olabilir. Bu yaklaşım performans sorunlarının ekipçe bir analizinin yapılmasına imkân sağlarken sorunlara ortak çözümler bulunmasına da ortam hazırlamaktadır. Dâhili kalite incelemesinde mali çıkarımlar olmayacaktır. Böyle bir sürecin yapılandırılması, muhtemel pilot uygulamalar yoluyla etkililiğinin gösterilmesi profesyonel bağlantılar açısından önemli olabilir.

X. İnsan Kaynakları

Türkiye, özellikle aile hekimleri ve hemşireler/ebeler açısından sağlık çalışanı sayılarındaki eksiklikler ile bölgeler arasında önceden daha büyük olan eşitsizlikleri gidermek amacıyla büyük adımlar atmıştır. Türkiye'nin sağlık çalışanı sayısı artık orta üstü gelir düzeyindeki ülkelerle aynı seviyeye gelmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile aile hekimi, uzman ve hemşire dâhil olmak üzere her türlü sağlık çalışanı sayıları arttırılmış, önceden az hizmet alan illerde bu sayılar daha da çok arttırılmıştır (Ministry of Health, 2012a). Aile hekimi sayısının arttırılması özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı'na tedaviye erişimin yaygınlaştırılması konusunda önemli bir katkı sağlamıştır. Her 100.000 kişiye düşen aile hekimi sayısı 2011 yılında 53'e yükselmiş, bu rakam İstanbul'da 42 iken Doğu Karadeniz Bölümü'nde 62 olmuştur. Aile hekimi pozisyonlarındaki boş yerler neredeyse tamamen dolmuştur.

Türkiye, başta aile hekimliğinde olmak üzere çalışan sayısı oranlarını arttırmak amacıyla kapsamlı bir yaklaşıma başvurmuştur. Organizasyon ve finans araçlarını nasıl dengeli bir biçimde kullandığını görmek için Kutu 1'e bakınız.

Kutu 1. Çalışan sayısını arttırma yöntemleri

- İşe alımda daha esnek davranılabilmesi amacıyla aile hekimi alımları kamu hizmeti kadrosu yerine sözleşme usulüyle yapılmaktadır.
- Şeffaf ve objektif işe alım ve çalışan atama süreci, bireysel kararlara bağlılığın azaltılması amacıyla uygulamaya konmuştur.
- Tıp eğitimi kalitesinden ödün verilmemesi **dikkate alınarak** tıp fakültesi mezunlarının sayısının arttırılmasına dikkat edilmiştir.
- Eski sağlık ocağı doktorları aile hekimliği üzerine tekrar eğitilmiş ve eğitimin sürekli devam ettiği bir uzaktan eğitim platformuna yavaş yavaş geçirilmiştir.
- Aile hekimlerinin maaşları önemli ölçüde arttırılmıştır.
- Tıp fakültesi mezunlarının ücretli zorunlu hizmetleri, önceki uygulamalardan yola çıkılarak, hizmetten yoksun bölgelerde daha yüksek ödemeler yapılarak daha katlanılabilir kılınmıştır.

Aile hekimlerinin nüfusa olan oranını daha da arttırma planları bulunsa da mevcut çalışan oranlarında dahi aile hekimlerinin görev tanımlarının biraz daha genişletilmesinin mümkün olduğu görülmektedir. Bazı paydaşlar tarafından sıkça belirtildiği üzere aile hekimlerinin nüfusa olan oranı AB ülkeleriyle karşılaştırıldığından hâlâ azdır. Bu nokta aile hekimlerinin BOH'lardaki görev tanımının genişletilmesi için dikkate alınması gereken önemli bir faktör olarak görülmüş olup Sağlık Bakanlığı'nın gelecek yıllarda aile hekimlerinin sayısında yapılması planlanan büyük artışla aynı doğrultudadır. Bir aile hekimine kayıtlı olan ortalama nüfus 3500'dür ve bu sayı uluslararası kıyaslamada yüksek kalmaktadır. Buna rağmen çalışan sayısının nüfusa oranını AB ülkeleri ve Türkiye arasında karşılaştırırken nüfusun Türkiye'de AB'ye kıyasla daha genç olduğunu unutmamak gerekir. Daha genç bir nüfus demek birinci basamak sağlık çalışanları için daha az iş yükü demektir ve dolayısıyla Türkiye çalışan sayısında artışı beklemeden, BOH'lara ilişkin görev tanımı genişletmesinde ilerleyebilecektir. Bu öneri, kalabalık bekleme odalarının görülmediği, sağlık çalışanlarının makul olmayan iş yükünden yakınmadığı, bazı gözlemlerde ise yalnızca reçete yazımıyla sınırlı kalan aile sağlığı merkezlerine yapılan saha ziyaretlerinde öne sürülmüştür. Bu gözlemler, aile hekimliğinin uygulamaya başlandığı ilk yıl olan 2007'de yapılan kapsamlı bir aile hekimliği incelemesi ile uyumlu olup; yapılan ziyaretlerin %16'sının 5 dakikadan, %52'sinin ise 10 dakikadan uzun sürmediği gözlemlenmiştir (WHO Regional Office for Europe, 2008). Bu sonuçlara ulaşılabilmesi için her ne kadar mevcut olan kanıt ve gözlemlere dayalı daha ayrıntılı ve sistematik bir soruşturma gerekliyse de aile hekimliğindeki çalışan profiline mevcut koşullar altında genişletilmesinin kapsamına dâhil edilmiştir.

Doktor işe alarak çalışan sayısında arttırma gidilmesi, özellikle aile hekimliğinde olmak üzere hekim/hemşirenin rollerine ilişkin vizyon ve planın yeniden gözden geçirilmesi ve yeni ziyaretler gerçekleştirilmesi mümkündür. Günümüzde halk sağlığı merkezindeki hemşireler gebelik ve çocuk bakımı konularında etkin bir rol alırken kronik tedavilere olan katılımları daha kısıtlıdır. BOH'lara birinci basamak tedavi yoluyla etkin bir şekilde cevap veren başlıca ülkelerin birçoğu hemşirelere bir dizi önemli görevler yüklemektedir. Örneğin; hemşireler kliniğe gelen 18 yaş üstü tüm hastaların kan basıncını rutin olarak ölçebilir, doktor muayenesinden önce kardiyometabolik risk değerlendirme grafiklerini doldurabilir, kan tahlili için kan alabilir, hastaların sigara, beslenme ve egzersiz konularında bilgilendirilmelerine yardımcı olabilir ve ev ziyaretlerine katılabilirler. Kapsamlı BOH platformu Türkiye'ye insan kaynakları gelişiminde yalnızca BOH'lardaki doktor/hemşire rollerinin gözden geçirilmesi yoluyla doğrudan bir ilerleme kaydetme fırsatı sunmaktadır.

XI. Kaliteli BOH İlaçlarına Erişim

Türkiye'deki sosyal sağlık sigortası sistemi, BOH'ların tedavisi ve onlardan korunmada kullanılan zorunlu ve takviye ilaçları da içine alan, yatarak tedavi süresince kullanılan ya da ayakta tedavi görenlerin reçetelerine yazılan ilaçların maliyetini tazmin etmektedir. Yatarak tedavide kullanılan ilaçlar, tüm kanser ilaçları ve aile hekimleri tarafından reçete edilen ilaçlar hastaya ücretsiz verilmektedir. Ayakta tedavi görenlere hastanedeki uzman tarafından yazılan ilaçlar ise makul bir kesinti karşılığında alınabilmektedir. İlaçlara harcanan paraların %78'e yakını kamu kaynaklarından sağlanmaktayken cepten yapılan harcamaların yaklaşık %41'i ilaçlara gitmektedir. İlaçların bulunabilirliği ve reçete yazılan hastanın bunları elde edebilmesi için özel sektör eczanelerine ilaç maliyetlerini tazmin eden bir sistem kurulmuştur. Eczane bulunmayan bölgelerde ise özel sektör eczaneler tarafından sözleşmeli olarak gezici eczane hizmeti sunulmaktadır.

DSÖ'nün görev kapsamında ayrıntılı bir analiz yürütülmesi bulunmamaktaydı. Ancak Sağlık Bakanlığının akılcı ilaç kullanımını geliştirmekle ilgili düşünceleri vardı. Önceki değerlendirmelerde (Tatar, 2007; OECD&World Bank, 2009) ilaçların doğru kullanımı ve patent dışı/ eşdeğer ilaçların reçete edilmesi hususlarıyla ilgili meseleler kaydedilmiştir. İmkânların kısıtlılığı ve yaygın BOH'ların yönetilmesinde güncel ve kanıta dayalı yönergeler kullanılmaması ile karar aşamasında destek sağlanmaması, akılcı ilaç kullanımının önünde duran engellerdir. Aynı zamanda aile hekimlerinin önündeki engellerden biri de BOH'ların yönetimindeki birinci basamak tedavi aşamasında kullanılması gereken statin, insülin ve opiyat ağrı kesici gibi bazı ilaçları yazamamalarıdır. Böyle ilaçların reçete edilebilmesi ancak hastanedeki bir uzmanın konsültasyonu ile olabilmektedir. Türkiye'nin Sosyal Güvenlik Kurumu, reçeteli ilaç kullanımını izlemek ve yönetmek için üstün bir bilgi sistemleri platformuna sahiptir. Günümüzde bunun esas kullanım alanı maliyetlerin ve taleplerin kontrolü olmakla birlikte, gelecekte BOH'lara karşı akılcı ve ucuz maliyetli reçeteler yazılması için sistemin kullanılması mümkündür.

XII. Sağlık Sistemleri Yönetimi

Bu sağlık sistemi özelliği inceleme sırasında derinlemesine değerlendirilmemiştir.

XIII. Bilişim Çözümleri

Bu raporun 2. Bölümünde de açıklandığı üzere BOH'lar da dâhil olmak üzere sağlık sonuç trendlerinin daha kesin bir şekilde izlenebilmesi için **Türkiye doğum ve ölüm kayıtlarının iyileştirilmesinde önemli bir ilerleme kaydetmiştir**. Geçtiğimiz yıllarda Türkiye doğum ve ölüm kayıtlarını iyileştirmek ve nüfus cüzdanı almayan yeni doğmuş çocukların sayısını azaltmak amacıyla önemli gelişmeler göstermiştir. Bu değişiklikler, 2008 yılından itibaren doğan bebeklerin tamamına yakınının kayıt altına alınmış olduğu ve T.C. kimlik numaraları verildiği anlamına gelmektedir. 2010-2012 yılları arasında gerçekleşen ölümlerin tahminen %85'inin kayıt altına alındığı ve bunların %90'ının ölüm nedenlerinin belli olduğu bilinmektedir. Bu belgelerde ölüm yeri ve yaşadığı adres kısımlarının doldurulması mecburiyken diğer sosyo-ekonomik değişkenlerle (eğitim, iş vb.) ilgili kısımlar opsiyoneldir.

Başka bir zorluk ise sağlıktaki eşitsizlikler üzerine daha nitelikli bilgiler edinmektir. Ulusal istatistiklerde herkesin "sayıldığından" emin olunması, sağlıktaki eşitsizliklere dur denilebilmesi için önemli bir ön şarttır, zira resmi istatistiklerde dışarıda bırakılması en muhtemel olanlar toplumdaki en marjinal gruplardır. Türkiye'de zaten illeri sosyo-ekonomik kalkınma düzeylerine göre sınıflandıran ve nüfus genelindeki araştırmalardan çıkarılan 61 parametreden oluşan çok boyutlu bir indeks bulunmaktadır. Bu indeks sağlık göstergelerinin sosyo-ekonomik düzeye bağlı ölçümü ve rapor edilmesinde bir başlama noktası görevi üstlenirken il altındaki düzeyler için de bilgi sağlamaya kadar varan işlerde de kullanılmaktadır. Aynı zamanda Türkiye İstatistik Kurumu tarafından en azından Ankara'daki mahalleler arasındaki sosyo-ekonomik düzey farklılıklarını gösteren bir sınıflandırma da söz konusudur ve sağlık göstergelerindeki sosyo-ekonomik eşitsizlikleri izlemede kullanılmaktadır.

Bireysel tedavi hizmetleri düzeyinde Türkiye'nin nitelikli bir bilgi sistemine ve veri platformuna sahip olduğu, bunların da tedavinin devamlılığının güçlendirilmesinin yanı sıra sağlık çalışanları için karar desteği sağlaması amacıyla daha da geliştirilebileceği söylenebilir.

XIV. Değişim Yönetimi

Bu sağlık sistemi özelliği inceleme sırasında derinlemesine değerlendirilmemiştir.

XV. Tedaviye Erişim ve Mali Yük

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık kapsamının genişletilmesi vizyonu sebebiyle tedaviye olan erişim büyük ölçüde artmış, bölgesel eşitsizlikler azalmış ve mali yük de düşmüştür. Artık erişim ve mali yük, temel BOH müdahaleleri ve hizmetlerinin artırılması açısından bir engel teşkil etmemekte ve böyle bir büyümeyi mümkün kılan faktörler olarak görülebilirler. Yakın zaman önce yayınlanan Lancet araştırması ve Sağlık Bakanlığı istatistik yıllığında erişim olanaklarının ve erişimde bölgesel eşitliğin geliştirilmiş olduğunu gösteren birçok örnekle karşılaşılmaktadır (Atun R, Aydın, Chakraborty, Sümer, Aran, Gürol et al., 2013; Ministry of Health, 2012a).

Eşitsizlik konusunda ise bugüne dek alınan tedbirler genellikle aile hekimliği ağının geliştirilmesi yoluyla sağlık hizmetlerine erişimde coğrafi eşitliğin sağlanmasına odaklanmıştır. Zenginler ve fakirler, erkekler ve kadınlar, farklı diller konuşan ya da farklı eğitim düzeylerine sahip gruplar arasında sağlık konusundaki eşitsizliklerin ölçülmesi ve azaltılması yolunda adımlar atabilmesi için Türkiye'nin artık erişimin diğer boyutlarına daha çok odaklanması mümkündür. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin ve bunlardan elde edilen sonuçların, sağlıkta eşitliğin sağlanmasında rol oynayan unsurlardan yalnızca biri olduğunu unutmamak gerekir. Türkiye'de BOH'lardaki eşitsizliklerin azaltılması için, sağlık hizmetlerinin kendisindeki eşitsizliklerin yanı sıra sağlığın sosyal faktörlerindeki eşitsizliklere karşı harekete geçilmesi gerekmektedir.



4. Yenilikler ve İyi Uygulamalar

Türkiye'nin son on yılda gerçekleştirdiği sağlık reformunda diğer ülkelerin kendilerine pay çıkarabilecekleri birçok ilham verici örnek bulunmaktadır. Bunların çoğu geçtiğimiz yıllarda belgelenmiştir. Örneğin bu raporda geniş kapsamlı olarak bahsedildiği üzere; tütün ürünleri kontrolünde dünyadaki en iyi uygulamalardan biri Türkiye seçilmiştir (WHO Regional Office for Europe, 2012b). Yeni yayınlanmış olan Lancet makalesi de Türkiye'nin kamu kaynaklarına bir taahhüt olarak evrensel sağlık sigortasına doğru büyük bir adım attığının altını çizmektedir (Atun R, Aydın, Chakraborty, Sümer, Aran, Gürol et al., 2013; Ministry of Health, 2012a). Türkiye aynı zamanda aile hekimliğini de güçlü sonuç yönelimleriyle halkın hizmetine sunmuştur (WHO Regional Office for Europe, 2008). Bu bölümde, diğer ülkeler açısından yenilik ve iyi uygulama olarak düşünülebilecek fazladan iki başlık incelenecektir.

4.1 Sağlık 2020'yi Benimsemek

Türkiye, DSÖ Avrupa Bölgesindeki 53 Üye Ülkenin tamamı tarafından desteklenen Avrupa sağlık politikası Sağlık 2020'yi ilk benimseyen Avrupa ülkelerinden biri olmakla birlikte sağlık, sağlıkta fırsat eşitliği ve sosyal belirleyicilere ayrı bir özen göstermiştir. (WHO Regional Office for Europe, 2013a) Türkiye'nin Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2013-2017 ağırlıklı Sağlık 2020 çerçevesinde oluşturulmuştur. Sağlık 2020'nin stratejik öncelikleri arasında katılımcı yönetimin güçlendirilmesi, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine harekete geçme kapasitesinin artırılması, yaşam boyu sağlıklı hayatın teşvik edilmesi, sağlık için destekleyici ortamların oluşturulması ve daha insan merkezli sağlık sistemleri geliştirilmesi yer almaktadır ve Türk Stratejik Planı tasarlanırken tüm bunlara birinci derece önem verilmiştir. Çoğu Avrupa ülkesi, Health 2020 yaklaşımını erkenden benimseyen bir ülke olan Türkiye'yi izleyecek ve bu öncü vizyonun Türk nüfusunun sağlık düzeyini ne kadar geliştireceğine ve sağlıkta fırsat eşitliğini nasıl etkileyeceğine tanıklık edecektir. Şimdi Türkiye'nin karşısına çıkacak en önemli zorluklardan biri de bu vizyonu doğru yorumlamada, uygulamaya konduğundan emin olmada ve toplum için somut getirileri olmasını sağlamada 4000'den fazla paydaşla birlikte çalışmak olacaktır. Bu raporda verilen tavsiyeler yalnızca Türkiye'nin BOH'lardan korunmasına ve onları kontrol etmesine yardımcı olmakla kalmayacak, aynı zamanda Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2013-2017'de açıkça yer verilen etkileyici Sağlık 2020 vizyonunu uygulama kapasitesini geliştirecektir.



4.2 Kanser Taraması için Hizmet Sağlayıcılar Arasında Koordinasyon

Sağlık sektöründeki kurumsal yapının karmaşıklığından dolayı koordinasyonun Türkiye için her zaman bir engel teşkil ettiği sıklıkla vurgulansa da kanser taramalarındaki koordinasyon ve işbirliği etkileyici bir başarı öyküsü sunmaktadır. BOH'ların tedavisi, bakım planlaması ve bilgi sistemlerinin koordinasyonunda kanser hizmetleri başı çekmektedir. Halk sağlığı müdürlükleri, aile sağlığı merkezleri ile birlikte çalışarak hastaları tarama yaptırmaya yönlendirmekte ve gerekirse onların KETEM'lere ulaştırılmasını sağlamaktadır. KETEM'ler tarama sonuçlarını aile hekimlerine göndermektedir. KETEM'ler kendilerine sitoloji hizmetleri ve tarama sonucu pozitif çıkan hastaların sevki için ev sahipliği yapan hastanelerle koordineli çalışmaktadır. Tedavi için uygun olan ikinci ya da üçüncü basamak tedavi hizmetine hastaların sevk edilebilmesi için bazı yönergeler mevcuttur. Hastaneler hastanın tedavisini planlamakta ve ayrıca evde tedavi ekiplerini düzenlemektedir. Hatta bazılarında palyatif bakım hizmetlerinin başladığı görülmektedir. Kanser kayıt bilgi sistemi, henüz veri gizliliği ve gizlilik ilkesi sorunları yaşadığından aile hekimleriyle bu bilgileri paylaşamasa da hastane ve KETEM'lerden bilgiler toplamaktadır. Diğer BOH'lara ilişkin koordinasyon sıkıntıları çözüme kavuştuktan sonra tecrübeleri unutmamak ve geniş ölçekli kanser taramasıyla ilgili önceden bilgilerden faydalanmak önemlidir.

5. Politika Önerileri

Artık Türkiye’de yeni nesil sağlık sıkıntısının BOH’lar olduğu herkesçe anlaşılmıştır. Türkiye’deki bu sıkıntının gelecek yıllarda kapsamlı ve sistematik bir şekilde aşılması için etkileyici emekler sarf edilmekte ve liderlik gösterilmektedir. Ortaya konan vizyon ve stratejiler tamamıyla DSÖ tavsiyeleri ve Sağlık 2020 ile aynı doğrultudadır ve asıl zorluk bunların etkin bir biçimde uygulanabilmesidir. Raporun bu bölümünde bu diyaloga katkı sağlayabilecek ve münferit BOH’lar ve BOH risk faktörleri üzerine olan birden fazla ulusal program için bütüncül bir platform olarak kullanılabilir olan entegre bir BOH Eylem Planı’nın temelini oluşturabilecek bir dizi politika önerilerine yer verilmektedir.

Bu rapordaki değerlendirmeye ve önemli paydaşlarla yapılan final çalıştayındaki tartışmalara dayalı olarak önerilen politikalar beş ana başlık altında toplanmaktadır:

1. Koordinasyon ve yönetim mekanizmalarını güçlendirme
2. BOH’lar için obezite ve beslenme ile ilişkili risk faktörlerine yönelik eylemlerin hızlandırılması
3. BOH’larda aile hekimliğinin rolünün artırılması
4. Sağlıkla ilişkili hakkaniyet ve sosyal belirleyicileri eylem ve raporlamada yaygınlaştırarak dâhil etme
5. BOH planlarını değiştirmek ve geliştirmek için analiz çalışmaları ve durum tespiti yapma

5.1. Koordinasyon ve yönetim mekanizmalarını güçlendirme

Raporun 4. Bölümünde de belirtildiği gibi koordinasyon, BOH’lar için toplumsal müdahalelerin ve bireysel hizmetlerin büyütülmesinde önemli bir zorluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun sebeplerinden biri yeni rol ve ilişkilerin henüz tam olarak geliştirilemediği sağlık sektörünün karmaşık yapısıdır. Bu nedenle kilit paydaşların görüşlerini yansıtan bu görevin kilit tavsiyelerinden biri koordinasyon ve yönetim mekanizmalarının güçlendirilmesidir. Aşağıdaki somut direktifler dikkate alınmalıdır

- **BOH’lar için net hedefler koyun.** Aynı AÇŞ’de sistemin tamamında izleme ve teşviklerle uygulandığı gibi BOH’larda da benzer sonuçlara odaklanın.
- **Stratejik hedefler, kaynak dağıtımı ve uygulama arasında açık bir bağlantı kurun.** Sağlık 2020’ye göre hazırlanan Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2013-2017’nin geliştirilmesi çok önemli bir başarıdır ve Türkiye’nin sağlık alanındaki gelişmeleri için oldukça güçlü bir temel oluşturacaktır. Bu strateji için oluşan muazzam potansiyeli hayata geçirirken sağlık kaynaklarının dağıtımı ve uygulanmasındaki stratejik hedeflerin birbirlerine açıkça bağlanabilmesi için sağlam süreçler yürütülmesine özen gösterilmelidir.
- **Sağlığın sosyal belirleyicileri ve tüm politikalarda sağlıkta’ta hesap verilebilirliği geliştirin.** THSK, T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2013-2017’deki **sağlığın sosyal belirleyicileri** ve **tüm politikalarda sağlık** hedeflerine ulaşmak için gereken hükümetler arası otoriteye ya da koordinasyon gücüne sahip değildir. **Sağlığın sosyal belirleyicileri** ve **tüm politikalarda sağlık** ile ilgili eylemlerin sorumluluğu için birden çok bakanlığı bir araya getirebilecek ve onlara hesap sorabilecek güce sahip, daha yüksek bir otoriteye ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri ve tüm politika-

larda sağlık sorumlulukları BOH'lardan korunma önlemleri üzerine kurulacak sektörler arası tek bir kurul üzerinde toplanabilir.

- **BOH'lardan korunma ve onların kontrolü için kurulmuş sektörler arası mekanizmaları güçlendirin.** BOH'lardan korunmada atılacak olan tamamı devlet kaynaklı adımların geliştirilmesi ve koordine edilmesi için sorumluluğun mümkün olan en yüksek otoriteye verilmesi, tercihen Sağlık Bakanlığı'nın üstünde bir makama devredilmesi gerekmektedir. Bu yüksek seviye sorumluluğun "üst düzey sektörler arası kurul gibi birden çok sektörü ilgilendiren faaliyetlerin uygulanmasını denetleyen bir koordinasyon mekanizması tarafından desteklenmesi gerekmektedir.
- **Sağlık Bakanlığı bünyesindeki koordinasyonu geliştirin.** Sağlık Bakanlığı'nın genel müdürlükleri ve ilişkili kurumlar arasındaki mevcut yapılanmada bir koordinasyon mekanizması tarafından doldurulması gereken bir boşluk bulunmaktadır. BOH'lardan korunma ve onların kontrolüyle ilgili sorumluluk sahaları THSK'nın birçok birimi ve birçok müdürlük arasında ayrılmış vaziyettedir. Bu birçok kurum arasında iyi bir koordinasyon kurulması, BOH'lara etkili bir cevap verilmesi için elzemdir. Kurulun koordinasyon işlevini de üstlenecek şekilde yeniden düzenlenmesi ya da tamamen yeni bir oluşum kurulması eldeki seçeneklerdir. Ayrıca THSK'daki birimler arasında bulunan ayrımların bazılarının ortadan kaldırılması gerekmektedir. Birden çok BOH programının tek bir eylem planında toplanması bu noktada yardımcı olacaktır, ancak ortaklaşa bir çalışma ortamı sağlanmak isteniyorsa THSK birimlerinin yapılanmalarının ve işlevlerinin de değiştirilmesi gerekecektir.

5.2. BOH'lar için obezite ve beslenme ile ilişkili risk faktörlerine yönelik eylemlerin hızlandırılması

Türkiye'deki ağır obezite yükü ve aşırı tuz tüketimi, Türkiye'nin sorunlara verdiği cevapların hızlandırılmasıyla büyük başarılar imza atılabileceği anlamına gelmektedir. Türkiye'nin alkol ve tütün ile olan tecrübesi şunu göstermektedir: Üst düzey siyasi taahhüt söz konusu olduğunda güçlü bir hükümet eylemi, BOH risk faktörlerine karşı da görülebilir. Trans yağlar ve tuz ile ilgili ulusal düzeydeki yasal düzenlemeler ile birlikte sağlıksız yiyecek ve içeceklerin çocuklara pazarlanmasını önleyici tedbirler konulması, en verimli uygulama ayaklarını oluşturacaktır. Sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesine yönelik mali politikalar oluşturulması da düşünülebilir.

5.3. BOH'larda aile hekimliğinin rolünün arttırılması

Türkiye'deki sağlık sektöründe, gelecekte birden fazla rahatsızlığı olan kronik yaşlı hastalar sebebiyle artması beklenen hastalık yüküne cevap verecek BOH hizmet modelinin ne olacağı konusunda hatırı sayılır bir fikir birliği oluşmuştur. Bu vizyonda aile hekimliğinin BOH'ların teşhis ve yönetimindeki rolü daha da genişletilmiş ve koordineli toplum temelli rehabilitasyon, uzun dönem bakım ve son dönem bakımı gibi hizmetlerin de geliştirilmesi öngörülmüştür. Aile sağlığı merkezleri kanser, kardiyovasküler hastalık ve diyabetin yönetimi ile ilgili aşağıdaki işlevleri yerine getirmek için uygun ortamlar olarak görülmektedir:

- Hastaların kanser taraması için taşınması ve daha basit ihtiyaçları olan hastaların son dönem bakımlarının yönetiminin evde sağlık hizmetleriyle koordinasyon içerisinde sağlanması;

- Hastalarda kardiyovasküler hastalığın risk faktörlerinin taraması ve değerlendirmesinin yapılması; sigarayı bırakmalarının, kilo vermelerinin, egzersiz yapmalarının tavsiye edilmesi; danışmana sevk edilmesi; birinci derecede korunma olarak hipertansiyon ve kan kolesterolünün kontrol altına alınması; hastanedeki tedavinin ardından kardiyovasküler hastalıktan ikinci derecede korunmanın izlenmesi ve rutin bakımlar yapılması;
- Tip 2 diyabet hastalarının taranması, izlenmesi ve rutin bakımlarının koordine edilmesi;
- Komplikasyon ya da akut alevlenme durumlarında hastaneye sevk edilmesi.

Kronik hastalıkların teşhisi ve yönetimi için güçlü bir platform yaratan halk sağlığı müdürlüklerine bağlı aile hekimliği organizasyonu ve toplum sağlığı hizmetlerinin sunduğu birçok avantaj vardır. Bunların içinde; toplum sağlığı merkezlerine olan bağlantı ve gezici hizmetler, laboratuvarların etkili organizasyonu, klinik ve klinik olmayan yönetimi destekleme potansiyeli olan bilgi sistemleri, performansın izlenmesini ve ödemelerin performansa bağlı ayarlanmasını sağlayan mekanizmalar sayılabilir. Ek olarak, aile hekimleri ve hemşirelerin BOH'ları teşhis etmede ve yönetmede daha proaktif bir rol üstlenmek istedikleri görüşmeler ile doğrulanmıştır.

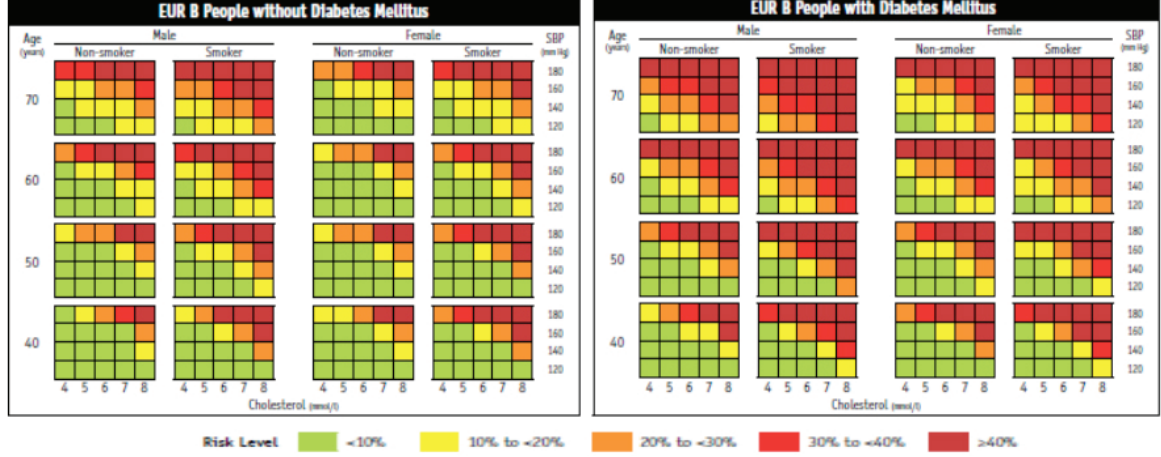
Ancak aile hekimlerinin genişletilen bu rollerinin adım adım uygulanması, birinci basamak sağlık hizmetinin işgücünün de yine planlı bir biçimde genişletilmesi gerekmektedir. Bunun olması için sağlanması gereken koşullar olarak aşağıdaki faktörler belirlenmiştir:

- Daha önce Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen hedef ve direktifler gereken hızlandırıcı olabilir
- Birinci basamak tarama, tedavi ve sevk sürecine ilişkin klinik uygulama yönergeleri ve karar vermeye yardımcı görseller bulunması hastalıkların karmaşıklığını gidermede yardımcı olabilir; ayrıca bunlar hastane uzmanlarının kronik hastalık teşhis ettikleri hastaları sürekli yönetim için tekrar birinci basamak tedavi merkezine gönderirken ihtiyaç duydukları güveni de arttıracaktır;
- Yeni yönergelere göre hazırlanan eğitim programlarına ihtiyaç vardır;
- Birinci basamak tedavi hizmetlerinde mevcut olan işgücüyle kapsamın büyütülmeye başlanması hedeflenmekte ise de aile hekimleri gibi hemşirelerin de rollerine dikkat ederek çalışan oranlarının artırılması gerekmektedir.

Önemli bir başlama noktası da kapsamlı kardiyometabolik risk değerlendirmesinin aile hekimliğine entegrasyonu olacaktır. "Temel Hizmetler Kapsamı" bölümünde incelendiği üzere, günümüzde birçok BOH vakası uzman seviyelerinde teşhis edilmekte ve yönetilmektedir. Tedavi edilmekte olan hastalığın iyileşmesini zorlaştıran eşzamanlı bir hastalığa sahip olan hastalarda farklı uzmanlar aralarında resmi ve sistemli bir iletişim olmadan kendi tedavilerini uygulayabilirler. Aile hekimliğine kardiyometabolik risk yönetiminin entegre edilmesi daha kapsamlı ve hasta merkezli bir yaklaşımın kapılarını aralayacaktır.

Kardiyometabolik risk yönetiminin aile hekimliğine entegrasyonunu desteklemeye hazır bulunan bazı araçlar vardır. DSÖ ve Uluslararası Hipertansiyon Derneği tarafından geliştirilen risk tahmin tabloları başlamak için iyi bir yer olup; bunları farklı risk gruplarındaki

bireylere uygulanan farklı tedavi yaklaşımlarının özelliklerine göre uyarladıktan sonra yönergelerinin temeli olarak kullanan çok sayıda ülke vardır. Risk tahmin tabloları aynı zamanda görsel yardımların geliştirilmesinde kullanılabilir ve klinik karar verme sürecini desteklemesi amacıyla aile hekimliği bilgi sistemine eklenebilmektedirler (Şekil 10).



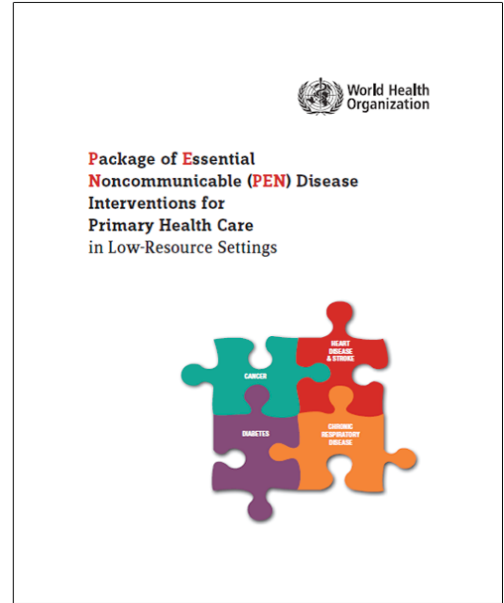
Kaynak: WHO, 2007

*Bu tablo cinsiyet, yaş, sistolik kan basıncı, total kolesterol, sigara içme durumu ve diyabet var olup olmamasına göre ölümcül veya ölümcül olmayan kardiyovasküler olayların 10-yıllık riskini göstermektedir. Bu riskler EUR B ülkeleri tarafından tahmin edilmiş olup, bu ülkeler düşük bebek ve çocuk ölüm oranına ama yüksek yetişkin ölüm oranına sahip ülkelerdir.

Şekil 10. DSÖ/UHD risk tahmin tabloları (Eur B)*

Bir DSÖ kılavuzu olan "Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri için Başlıca Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Müdahale Paketi (PEN)", aşağıdaki araçları da sağlayan faydalı bir kaynaktır

- Kapasite değerlendirmesi ve birinci basamağın kullanımı aracı
- BOH tedavisinin nüfusu kapsama oranı aracı
- Birinci basamak tedavi için başlıca BOH müdahaleleriyle ilgili kanıta dayalı protokoller
- Başlıca teknolojilerin ve ilaçların temel bir listesi
- Kardiyovasküler risk tahmin aracı
- Denetleme ve maliyet araçları
- İzleme ve değerlendirme araçları (WHO, 2010a)



Aile hekimlerinin ve hastane uzmanlarının teşviklerinin yeni hizmet modeliyle uyumlu hale getirilmesi BOH'ların birinci basamak tedavi yönetimlerinin genişletilmesini olanaklı kılan kritik bir faktördür. Sağlık Bakanlığı BOH göstergelerinin aile hekimliği uygulamasında performansa dayalı ödeme şemasına katılması ihtiyacının bulunduğunu hâlihazırda kabul etmiştir. Bu şemanın şekillendirilmesinde, yukarıda tartışıldığı gibi, BOH yönetimine doğru bütüncül bir yaklaşımın teşvik edilmesi amacıyla hipertansiyon gibi tekli

risk faktörü göstergelerindense kardiyovasküler hastalık ve tip 2 diyabet hastalığı riski bulunan hastalar için kapsamlı kardiyometabolik risk değerlendirme göstergeleri kullanılması istenen bir durumdur. Aile hekimlerinin PDÖ şemalarında gösterge değişiklikleri olması durumunda, yeni göstergelerin bazı istekli pilot aile sağlığı merkezlerinde genel uygulama öncesi bir “deneme uygulamasına” tabi tutulması, bunların neden olabileceği risk ve zorlukların en aza indirgenmesini sağlayacaktır. Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti’nde (NHS) Çerçeve Kalitesi ve Çıktıları göstergelerinin kendi birinci basamak tedavi hizmetlerindeki PDÖ şeması dâhilinde denenmesinde başvuru süreci buna iyi bir örnektir. Gelecekte geçilecek olan BOH hizmet modeli aynı zamanda hastaneler ve hastane uzmanları için yaptırımlar da getirmektedir. Ayakta tedavi kliniklerindeki kardiyovasküler hastalık risk faktörleriyle tip 2 diyabetlerin yönetilebilmesi için hastane uzmanlarının aldıkları mali teşviklerin bir şekilde azaltılması ya da tamamen kaldırılması gerekmektedir. Ayrıca hastane uzmanlarının BOH hastalarının rutin yönetimlerini aile hekimlerine devretmesini sağlayacak teşviklere ihtiyaç olmakla birlikte hastane ile aile sağlığı merkezi arasında hastanın tedavi planları hakkında bilgi akışları ve haberleşmeler kurulması gerekmektedir.

Aile hekimlerinin bir eleme rolü üstlenmesi ve bir sevk sisteminin uygulamaya konulması birçok paydaş tarafından BOH yönetiminde birinci basamak tedavinin rolünün genişletilmesi için kilit öneme sahip bir adım olduğu ifade edilmiştir. Sevk sisteminin adım adım geliştirilmesi daha başarılı ve kabul edilebilir olabilir. Yukarıda aile hekimlerinin öncelikli BOH’ları yönetebilmeleri için gerekli kapasite ve özgüven geliştirmesine odaklı adımların yanı sıra, adım adım tam uygulamaya doğru ilerleyen bir sevk sisteminin de gelecekte istenen hizmet modeline uygun olarak başlatılması düşünülebilir. İlk adımlardan biri olarak hastanedeki ayakta tedavi kliniklerinin birinci basamak tedavide izlenmesi ve yönetilmesi gereken BOH’ların içindeki bir hastalık tanısı koyması durumunda hastanın aile hekimine geri gönderilmesi zorunlu kılınabilir. Hastalıkların listesi gün geçtikçe arttırılabilir, böylece aile hekimleri için öncelikli BOH’ların yönetimiyle ilgili yönerge ve eğitimlerin uygulanmasıyla da orantılı gidilmiş olur. Bu hastalıklara sahip poliklinik hastalarına yapılacak takip konsültasyonları için yapılan ödeme ya da teşvik düzeyini düşürmek için hizmet sağlayıcı teşvikleri ve hastane uzmanı PDÖ teşviklerini düzenleyen bir mevzuat da çıkarılabilir.

5.4. Sağlıkla ilişkili hakkaniyet ve sosyal belirleyicileri eylem ve raporlamada yaygınlaştırarak dâhil etme

Sağlık hizmetlerine coğrafi erişimin geliştirilmesiyle büyük başarılar sağlanmıştır. Ulusal veri tabanları da geliştirilmiştir. Türkiye artık hükümetin “Herkes için sağlık” adlı kapsayıcı hedefinin izinde, sağlıktaki eşitsizliklerin daha nitelikli bir analizini yapacak duruma gelmiştir.

BOH risk faktörleri ve çıktılarındaki sosyal eşitsizliklere ilişkin ayrıntılı ve ulusal düzeyde bir araştırma yapılarak politika cevaplarının yönlendirilmesi ve hangi sosyal eşitsizliklerin en büyük ehemmiyete sahip olduğu, endişe yarattığı ve rutin izlemeye tabi tutulması gerektiğinin belirlenmesi sağlanabilir.

Sosyo-ekonomik statü, eğitim düzeyi, cinsiyet ve yaşanan yere göre ayrışan rutin verilerin iyileştirilmesi, sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması sürecinin yönetilmesi noktasında oldukça önemlidir. **Türkiye’nin iller arasında çıktıları karşılaştırabilecek derecede verileri bulun-**

makta olup; illerin içinde oluşan farklılıkların ölçülmesi aşamasına artık geçebilecek durumdadır. Rutin sağlık verilerinin hakkaniyet boyutlarına göre dağıtılabileceği derecenin güçlendirilmesine ek olarak Türkiye'nin illeri sosyo-ekonomik kalkınmışlık düzeylerine göre sınıflandırmada kullandığı çok boyutlu indeks yardımıyla sosyo-ekonomik kalkınmaya bağlı -daha da ilerlendiğinde il altı düzeyde- sağlık göstergelerini ölçme ve raporlamada iyi bir başlangıç yapılabilir. Aynı zamanda TÜİK tarafından en azından Ankara için mahalle düzeyinde sosyo-ekonomik statü sınıflandırması yapılmakta ve sağlık göstergelerindeki sosyo-ekonomik eşitsizliklerin izlenmesinde kullanılabilecek bir veri elde edilmektedir.

BOH risk faktörleri ve sonuçlarındaki eşitsizlikleri ölçmede veri kapasitesine sahip olmanın yanısıra, eşitsizlikleri azaltmak raporlamada yer almalı ve şeffaf bir hesap verebilirlikle desteklenmelidir. Bu rutin performans raporlama eşitlik boyutları da dahil olmak üzere TSM, ilçe, il ve ulusal düzeyi içerir. Etkili eylemde bulunulacak ise performanstaki eşitliği geliştirmede hesap verebilirlik açıkça belirtilmelidir. Bu rotanın devamında eşitsizlikleri azaltmak performans ödemeleri veya teşviklerine, ileriki dönemde de teşviksel eylemlere bağlantılandırılabilir.

5.5. BOH planlarını değiştirmek ve geliştirmek için analiz çalışmaları ve durum tespiti yapma

Başlıca hastalık alanlarının her birindeki kanıtlara dayanan gerçekçi, spesifik, zamana bağlı eylem planları oluşturmak için başarılı BOH stratejilerine sağlam analizler katılmış ve bir temel inşa edilmiştir. **Toplum gereksinimleri değerlendirmesi** formları, demografik ve sosyo-ekonomik risk faktörlerini de içeren BOH risk faktörlerinin ve toplumdaki yükün dağılımına dair ülke ve il düzeylerinde kapsamlı bir resim elde etmeye ve belli hedef gruplarıyla uygun müdahaleleri tespit etmeye başlamak için iyi bir noktadır.

Güçlü bir BOH kontrol stratejisini ideal olarak nüfusun kapsanması ve çıktı hedeflerine ulaşılması için gerekli olan kaynaklara dair tahminleri içeriğinde barındırmalıdır. Bunlar mali kaynaklar, insan kaynakları, altyapı ve gerekli teknolojidir. Kardiyovasküler hastalık, kanser ve diyabet gibi öncelikli hastalıklardaki kaynakların dağıtımı ve nüfusun kapsanma oranını gösteren nicelik göstergeli bir harita çıkarılması ve nüfus tedbirleri, birinci ve ikinci derece korunma, hastalık ve komplikasyonlarının tedavisi, rehabilitasyon ve palyatif bakım gibi tedavi hizmetlerinin belirlenmesi işe başlamaya uygun bir noktadır.

Toplum gereksinimleri değerlendirme ve kanıta dayalı müdahaleler ile nüfus kapsama oranının büyütülmesi için gereken ekstra maliyet ve işgücünü öngören analitik çalışmalar, gerektiği yerlerde kaynak dağıtımında yapılacak değişikliklerin önünü açabilecektir. Aynı zamanda mümkün olan finans ve insan kaynaklarıyla en büyük etkiyi yaratacak olan stratejinin belirlenmesine de neden olacaktır.

Nitelikli Türk sağlık sistemi dikkate alındığında, birçok bakanlık ve kurum (hem ulusal düzeyde hem de il düzeyinde) BOH'lar için güçlü bir analiz ve uygulama stratejisi yapılmasına katkı sağlayabilecek bilgilere sahiptir. Bir araya getirme gücüne sahip bir kurum ilgili paydaşlardan alınan kullanılabilir bilginin politikalara doğru kanalize edilmesini sağlayabilmekte ve planların düzenlenip uygulamanın iyileştirilmesi için bir verimli döngü oluşturmaktadır.

Kaynakça

Akdag R (2011). Turkey Health Transformation Program: Evaluation Report (2003-2010). Ankara: Ministry of Health.

Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C et al(2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Journal of Hypertension*, 23(10), 1817-23.

Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I et al. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet* . 382:65-99. doi:10.1016/S0140-6736(13)61051-X

Basara DB (2013). National Burden of Disease Study 2013 - Preliminary Results [presentation]. In WHO-MOH meeting on Health System Challenges and Opportunities for Better NCD Outcomes: Turkey Country Assessment, Ankara, 18 June 2013. Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health, General Directorate of Health Research.

Bereket A, Atay Z (2012). Current status of childhood obesity and its associated morbidities in Turkey. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 4:1-7. doi: 10.4274/jcrpe.506.

Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health behavior in school-aged children (HBSC study): international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf, accessed 20 March 2014).

Hacettepe University (2013). Hypertension Prevalence: PatenT2 Study Results [presentation]. In WHO-MOH meeting on Health System Challenges and Opportunities for Better NCD Outcomes: Turkey Country Assessment, June 18, 2013.

Hassoy H, Ergin I, Kunst AE (2013). Socioeconomic inequalities in current daily smoking in five Turkish regions. *Int. J. Public Health*.

Ministry of Health (2009). Prevention and Control Programme for Cardiovascular Diseases in Turkey, Strategic Plan and Action Plan for the Risk Factors. Ankara: Republic of Turkey, Ministry of Health, Directorate General Primary Health Care Services.

Ministry of Health (2010a). National Cancer Control Program 2011-2015. Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health Department of Cancer Control.

Ministry of Health (2010b). Turkey Nutrition and Health Survey. Ankara: Ministry of Health.

Ministry of Health (2011). Policies for Tackling Non-Communicable Diseases and Risk Factors in Turkey. Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health Directorate of General Primary Health Care.

Ministry of Health (2012a). Health Statistics Yearbook 2011. Ankara : Republic of Turkey Ministry of Health, General Directorate of Health Research.

Ministry of Health (2012b). Strategic Plan 2013-2017. Ankara: Ministry of Health.

Ministry of Health (2013). Chronic Diseases and Risk Factors Survey in Turkey. Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health.

OECD (2011). Growing income inequality in OECD countries: What drives it and how can policy tackle it? Paris: OECD Publishing.

OECD/World Bank (2009). OECD reviews of health systems - Turkey. Paris: OECD Publishing. (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-turkey-2008_9789264051096-en).

Phillimore P, Zaman S, Ahmad B, Shoaibi A, Khatib R, Khatib R, Husseini A, Fouad F, Elias M, Maziak W, Tlili F, Tinsa F, Ben Romdhane H, Kılıç B, Kalaça S, Ünal B, Critchley J. (2013). Health system challenges of cardiovascular disease and diabetes in four Eastern Mediterranean countries. *Glob Public Health*. 2013;8(8):875-89. doi: 10.1080/17441692.2013.830756. Epub 2013 Sep 5.

Roberts MJ, Stevenson MA (2014 forthcoming). Better Noncommunicable Disease Outcomes: Fifteen Health System Challenges and Opportunities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Sozmen K, Baydur H, Simsek H, Unal B (2012). Decomposing socioeconomic inequalities in self-assessed health in Turkey. *Int J Equity Health*, 11:73. doi:10.1186/1475-9276-11-73.

Tatar M (2007). PPRI pharma profile Turkey. Vienna: Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information.

Turkish Society of Hypertension and Kidney Diseases (2012). Türkiye’de Tuz Tüketimi Çalışması SALTurk2 [Salt Consumption Study in Turkey. SALTurk2][presentation]. Antalya: Turkish Society of Hypertension and Kidney Diseases (http://turkhipertansiyon.org/tuz_280512.php, accessed 11 April 2014).

Turkish Society of Hypertension and Kidney Diseases (2008). SALTurk Çalışması. Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması [SALTurk study. Turkish Society of Salt Consumption and Blood Pressure Study, 22 May 2008][presentation]. Antalya: Turkish Society of Hypertension and Kidney Diseases (http://turkhipertansiyon.org/tuz_280512.php, accessed 11 April 2014).

United Kingdom National Statistics (2012). Topic guide to: General Practice Services. In: United Kingdom National Statistics Publication Hub. London: Crown Copyright (<http://www.statistics.gov.uk/hub/health-social-care/specialist-health-services/general-practice-services>, accessed 21 March 2014).

WHO (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization (updated 2004, 2005; <http://www.who.int/fctc/en>, accessed April 2014).

WHO (2007). WHO/ISH Risk Prediction Charts. Geneva: World Health Organization. (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Chart_predictions/en, accessed April 2014)

WHO (2010a). Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/pen2010/en/, accessed 25 March 2014).

WHO (2010b). Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500210_eng.pdf?ua=1, accessed 21 March 2014).

WHO (2012). WHO World Health Statistics 2012. Geneva: World Health Organization (http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/, accessed 21 March 2014).

WHO (2013a). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1, accessed 21 March 2014).

WHO (2013b). Levels of consumption: total adult per capita consumption. Data by country. In: Global Health Observatory Data Repository (European Region). Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/gho/data/node.main-euro.A1032?lang=en&showonly=GISAH>, accessed 21 March 2014).

WHO (2013c). WHO report on the global tobacco epidemic 2013. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/, accessed 21 March 2014).

WHO Regional Office for Europe (2008). Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53863/E92219.pdf, accessed 21 March 2014).

WHO Regional Office for Europe (2012a). Successful health system reforms: the case of Turkey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://disab.saglik.gov.tr/yonetim/Uploads/files/kitaplar/Successful%20Health%20System%20Reforms-The%20Case%20of%20Turkey.pdf>, accessed 21 March 2014).

WHO Regional Office for Europe (2012b). Tobacco control in Turkey: story of commitment and leadership. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/163854/e96532.pdf, accessed 21 March 2014).

WHO Regional Office for Europe (2013a). Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, accessed 24 March 2014).

WHO Regional Office for Europe (2013b). Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/186462/Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region-final.pdf, accessed 21 March 2014).

WHO Regional Office for Europe (2013c). Status report on alcohol and health in 35 European countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf, accessed 21 March 2014).

WHO Regional Office for Europe (2014a). Global Health Expenditure Database [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (<http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, accessed 21 March 2014).

WHO Regional Office for Europe (2014b). Progress in reducing salt consumption in Turkey. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2013/04/progress-in-reducing-salt-consumption-in-turkey>, accessed 11 April 2014).

WHO Regional Office for Europe (2014 forthcoming). Better Noncommunicable Disease Outcomes: Challenges and Opportunities for Health Systems. Country Assessment Guide. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Bank (2013). Turkey: Performance-Based Contracting Scheme in Family Medicine - Design and Achievements. Washington (DC): World Bank.

Yildirim G, Ince ML, Muftuler M (2012). Physical activity and perceptions of neighbourhood walkability among Turkish women in low and high socio-economic environments: an exploratory study. *Percept Mot Skills*. 115:661-75.

Ek1. Katılımcı Listesi

Birim	Adı ve Soyadı	Ünvan ve Bölüm
Üst Düzey Yönetim	Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU	Sağlık Bakanı
	Prof. Dr. Nihat TOSUN	Sağlık Bakanlığı Önceki Müsteşarı
	Hüseyin ÇELİK	Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı
	Prof. Dr. Seçil ÖZKAN	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı
	Doç. Dr. Turan BUZGAN	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Önceki Başkanı
	Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Başkan Yardımcısı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Çalışma Grubu)	Uzm. Dr. Banu EKİNCİ	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Uzm. Dr. Sevgi GÜLER	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Uzm. Dr. Ayşegül ÖZTEMEL	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Uz. Gülay SARIOĞLU	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Şerife KAPLAN	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Nevin ÇOBANOĞLU	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	Doç. Dr. Nazan YARDIM	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Dr. Diyetisyen Şeniz ILGAZ	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Uzm. Dr. Evin ARAS KILINÇ	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Uzm. Dr. Gönül ÇULHA	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Uzm. Dr. Peyman ALTAN	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Dr. Murat Eray IŞIK	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Dr. Derya Çayır	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Emel ÖZDEMİR ŞÖLEN	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Dr. Kanuni KEKLİK	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Nurullah TÜRK	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Şahin TINKILIÇ	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Aslı SUNGUR	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Dr. Sabahattin YILDIRIM	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
	Murat Bayram	SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	Emre YATMAN	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	Tuğba MANÇU	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	Havva GÖRMEZ	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	Münir IŞIK	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	Ümit CEVHER	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	Tuğba ÖKSÜZ	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	Ecren AYDIN	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	Müberra YEŞİLYURT	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	Gülsemin TUYGAR	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	Aydın YILMAZ	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	Burhan BULUT	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	Doç. Dr. Yücel BALBAY	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
	Doç. Dr. Ümit KERVAN	SB, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	Meral YILMAZ	SB, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
	İşbara ALPSEZEN	SB, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
	Mesil AKSOY	SB, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
	Pelin AKBAY	SB, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
	Bora Alp SEZEN	SB, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
Sağlık Bakanlığı	Dr. İsmail SERDAROĞLU	SB, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
	Mustafa KOSTAK	SB, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
	Hilal TÜRK	SB, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
	M. Ertuğrul EĞİN	SB, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
	Osman KARAKAŞLI	SB, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
	Dr. Abdullah ÖZTÜRK	SB, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
	Dr. Ünal HÜLÜR	SB, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
	Dr. Mehmet TÜLEYLİOĞLU	SB, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
	Dr. Berrak BAŞARA	SB, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
	Dr. Songül DOĞAN	SB, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
	Volkan ÇETİNKAYA	SB, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
	Esra KILIÇOĞLU	SB, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
	Ayfer KOÇ	SB, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü
	Beste GÜLGÜN	SB, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü
Asude GÜLER	SB, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü	
Dr. Canan YILMAZ	SB, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü	
Dr. Seçil TALİNLİ	SB, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü	
İller	Dr. Jale ÖZTÜRK	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
	Prof. Dr. Mustafa ÖZTÜRK	Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü
	Dr. Demet İMAMOĞLU	Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü
	Uzm. Dr. Bediha TÜRKYILMAZ	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
	Doç. Dr. Mustafa TÖZÜN	İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü
	Dr. Nail UMay	Malatya İl Sağlık Müdürlüğü
	Dr. Kemal ŞENER	Malatya Halk Sağlığı Müdürlüğü
Diğer Bakanlıklar	Murat GÜLŞEN	Milli Eğitim Bakanlığı
	Hanife AYAN	Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı
	Nurten AKSU	Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı
	Emine ERCAN ÇUBUKÇU	Çevre ve Şehircilik Bakanlığı
	Seyit YALÇIN	Kalkınma Bakanlığı
	Burak MALDÖKEN	Kalkınma Bakanlığı
	Sema YILMAZ	Kalkınma Bakanlığı
	Dr. Tuncay ALKAN	Sosyal Güvenlik Kurumu
	Uz. Fzt. Hatice TEMEL	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
	Dr. Hülya ONYEDİ	Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

Üniversiteler	Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
	Prof. Dr. Nurdan KÖKTÜRK	Türk Toraks Derneği-Gazi Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
	Prof. Dr. Gül ERGÖR	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
	Prof. Dr. Bülent YALÇIN	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
	Yrd. Doç. Dr. Meltem SOYLU	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sivil Toplum Kuruluşları	Salih AKYÜZ	Hasta ve Çalışan Hakları ve Güvenliği Derneği
	İsmail ÖNDAP	Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği
	İlhan YETİŞKİN	Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği

