

Kronik/bulaşıcı olmayan hastalıklarda politikalar ve hastalık yönetimi

Prof. Dr. Osman E. Hayran



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra aynı üniversitede halk sağlığı ihtisası yaptı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti ve aynı yıl halk sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesini kurmak üzere dekan olarak görevlendirildi. Bu görevi 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepede Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Kronik hastalıklar ifadesi bir grup hastalık için günlük kullanımda alışlagelmiş bir kavram olmakla birlikte bazı bulaşıcı hastalıkların da kronikleşmesi nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tercih edilen kavram "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar" (BOH) kavramıdır. Sağlık sorunları ve hastalıklar doğal seyirleri dikkate alınarak akut ve kronik şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Başka bir sınıflamaya göre ise bulaşıcı olan ve olmayan hastalıklar şekildedirler. Bu sınıflama farklılıkları hastalıklarının nedenlerini açıklamak ve kontrol yöntemlerini belirlemek açısından önem taşımaktadır. Uluslararası Epidemiyoloji Derneğinin (IEA) tanımına göre kronik "bir sağlık sorununun haftalar, aylar ya da yıllar boyu varlığını sürdürmesi" anlamına gelmektedir. ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezinin (NCHS) tanımına göre bu süre üç ayın üzerine çıkmış ise kronik adını almaktadır (1). ABD Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) tanımına göre "bir yıldan daha uzun süren, sürekli tıbbi gözetim gerektiren ve/veya günlük aktiviteleri kısıtlayan sağlık sorunları" kronik hastalık olarak nitelendirilmektedir (2). Bu kuruluşların uluslararası alanda yetkin ve saygın kuruluşlar olmaları nedeniyle, yapılan tanımlar bilimsel anlamda kabul gören tanımlardır. Bu tanımların ışığında kronik hastalıkların özellikleri daha ayrıntılı olarak şu şekilde sıralanmaktadır (3):

- Uzun süreli fiziksel, psikolojik veya bilişsel bir patolojinin bulunması
- Sürenin aylar kadar uzun olması
- Aşağıdaki günlük hayatı etkileyen üç durumdan en az birisinin bulunması

- Günlük aktivitelere, sosyal olaylara katılımda fonksiyonel bir sınırlılık,
- İlaç tedavisine, cihaz desteğine, teknolojiye veya kişi yardımına bağımlılık,
- Psikososyal bakım veya desteğe, gözetim veya özel korunmaya ihtiyaç.

Bu özellikleri taşımaları nedeniyle kronik hastalık kategorisinde yer alan başlıca sağlık sorunlarının, kalp hastalıkları, tip-2 diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH), kanserler, stroke, obezite, hipertansiyon, epilepsi, artrit, Alzheimer, psoriasis, lupus, diş çürükleri ve çoklu sağlık sorunları şeklinde sıralanabileceği görülmektedir. Ancak, gerek görülme sıklıkları gerekse ölüme neden olmaları açısından bazıları ön plana çıkmaktadır.

Kronik hastalıklar arasında DSÖ tarafından beş büyükler olarak adlandırılan iskemik kalp hastalıkları, tip-2 diyabet, KOAH, kanser ve stroke halk sağlığı açısından bulaşıcı olmayan hastalıklar kategorisinin en önemlileridir (4). Yazının bundan sonraki bölümünde değinilecek konular tamamen bu hastalıklarla ilgili olduğundan bu sorunlardan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) olarak söz edilecektir.

Sorunun Boyutları ve Toplum Sağlığı Açısından Önemi

Bulaşıcı olmayan hastalıklar gerek öldürücülükleri gerekse topluma getirdikleri yükler açısından öncelikli halk sağlığı sorunlarının başında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre bu grupta yer alan hastalıklardan kalp hastalıkları (17,9 milyon ölüm/yıl), kanserler (9 milyon ölüm/yıl), akciğer hastalıkları (3,9 milyon/yıl) diyabet (1,6 milyon ölüm/yıl) tüm dünyada her yıl gerçekleşen ölümlerin %70'inden sorumludur (5).

Tıpta ve sağlık hizmetleri sunumundaki gelişmeler sayesinde 20. yüzyılda bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli başarılar elde edilmiş olması nedeniyle pek çok erken ölüm önlenmiş ve doğumda yaşam beklentisi tüm dünyada önemli şekilde yükselmiştir. Sadece 1990-2017 yılları arasında küresel olarak doğumda yaşam beklentisi 7,4 yıl artarak 65,6'dan 73'e yükselmiştir (6). Bugün dünyanın pek çok ülkesi demografik ve epidemiyolojik dönüşüm sürecinin üçüncü ve dördüncü aşamasına geçmiş durumdadır. Bu dönemlerin özelliği, yaşam beklentisinin artışına paralel olarak demografik açıdan toplumların yaşlanmaya başlaması ve morbidite ile mortalite açısından bulaşıcı olmayan/kronik hastalıkların ön plana çıkmasıdır. 21. yüzyılda daha uzun yaşama imkanına kavuşmuş olan insanların önündeki en önemli sağlık sorunlarının

kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıklar olduğu görülmektedir.

İnsanlar için ölümsüzlük henüz söz konusu olmadığına göre uzun yaşamın bedeli olarak bu hastalıklara yakalanmanın kaçınılmaz olması anlaşılabilir bir sonuçtur. Ancak bu sorunlara bağlı ölümlerin önemli bir kısmının genç denilebilecek yaşlarda gerçekleşiyor olması, yaşam kalitesini olumsuz etkilemeleri ve sağlık harcamalarında aşırı artışlara neden olmaları sağlık politikaları açısından öne çıkan özellikleridir. Öte yandan önceleri gelişmiş zengin ülkelerin sorunu gibi algılanan kronik hastalıkların aslında küresel bir sorun olduğu, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülke toplulukları için de ciddi halk sağlığı sorunları arasında yer aldığı dikkati çekmektedir. DSÖ'ye göre her yıl 70 yaşına varmadan gerçekleşen yaklaşık 16 milyon bulaşıcı olmayan hastalık ölümünün %82'si alt ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde gerçekleşmektedir (7).

BOH sadece ölümlülük yönünden değil oluşturdukları hastalık yükü ve yaşam kalitesini bozmaları nedeniyle de toplumlar için önemli sorunlardır. Örneğin 2018 yılında yayımlanan küresel hastalık yükü çalışmasına göre 1990-2017 yılları arasında bulaşıcı hastalıklara bağlı hastalık yükü (DALY) miktarında %41,3 azalma olmuş iken BOH yükünde %40,1 artış olmuştur. 2017 yılında küresel düzeyde en çok hastalık yükü oluşturan beş hastalıktan üçü BOH'dur (iskemik kalp hastalığı, KOAH ve stroke). Aynı çalışmaya göre doğumda yaşam beklentisinin uzamasına karşın pek çok ülkede ve bölgede sağlıklı yaşam beklentisinin (HALE) değişkenlik gösterdiği dikkati çekmektedir (6).

BOH ile ilgili bir başka önemli nokta da bu sorunların genellikle çoklu sağlık sorunları (mutimorbidite) şeklinde görülmeleleridir. Yani aynı kişide birden çok kronik/bulaşıcı olmayan hastalık bir arada bulunabilmektedir. Örneğin çoklu sağlık sorunları İngiliz nüfusunun %25'inin, 65 yaş üzeri nüfusun ise üçte ikisinin sorunudur (8). İskoçya'da yapılan bir çalışma sonuçlarına göre 65-74 yaş grubunda çoklu sağlık sorunu görülme sıklığı %59 bulunmuştur. Bu oran yaşla birlikte artmakta, 75 yaş üzeri nüfusta %76'ya ulaşmaktadır (9). Avusturalya devletinin resmi istatistiklerine göre ise 45 yaş üzeri nüfusun %40'ında çoklu sağlık sorunu bulunmakta, aynı oran 65-74 yaşlar arasında %50'ye, 85 üzeri yaşlarda ise %70'e çıkmaktadır (10).

Başka bir deyişle geriatrik yaş grubundaki kişilerin yarısından fazlası çoklu sağlık sorunları ile yaşamak durumundadır. Bu durum, demografik dönüşümün son aşamasına gelmiş toplumlarda bireylerin yaşam kalitesini bozmanın yanı sıra sağlık harcamalarını ciddi biçimde arttıran bir özelliktir. Çoklu sağlık sorunu olan yaşlılarda sağlık hizmeti kullanım oranları çok yüksek olup diğerlerine göre hekime başvuru sayıları 4 kat, sağlık harcamaları ise 5,5 kat fazladır (11). Yaşlılardaki bulaşıcı olmayan hastalıklar özellikle de çoklu sağlık sorunları yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemektedir (12).

Yapılan kesitsel ve prospektif kohort araştırmalarında yaşlılardaki çoklu sağlık sorunlarının yaygınlığı ve iş göremezlik açısından taşıdığı önemin artmakta olduğu gösterilmiştir (13, 14). Çoklu sağlık sorunu olan hastaların diğerlerine kıyasla daha fazla fonksiyon kaybına uğradığı, yaşam kalitelerinin daha bozuk olduğu, daha çok sağlık hizmeti kullandığı ve daha erken öldükleri görülmektedir. Özet olarak BOH ve çoklu sağlık sorunlarının topluma getirdiği yük çok fazla olup toplumların yaşlanmasına paralel olarak artmaya devam edecektir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrol ve Yönetimine İlişkin Politikalar

Bu hastalıklarla mücadelede akut hastalıklarda izlenen yollardan farklı yol ve yöntemler gerektirmektedir. Hastalıklarla mücadele için öncelikle nedenlerin bilinmesi ve kaynağa yönelik önlemler alınması gerekmekte iken bu hastalıklara ilişkin nedensellik modellerimiz ne yazık ki yetersizdir. Bu nedenle hastalık oluşumunu açıklamak amacıyla risk faktörü yaklaşımını kullanmak gerekmektedir. Bu hastalıkların oluşumunda pek çok risk indikatörü olmakla birlikte başlıca dört önemli risk faktörünün rolü olduğu görülmektedir: tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, alkol kullanımı ve sağlıksız beslenme (2, 7). Hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne yönelik tüm çabalar bu risk faktörlerinin kontrolü ve sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi amaçlı çalışmalardan oluşmaktadır.

Bu sorunlarla küresel çapta mücadele amacıyla 2011 yılında DSÖ tarafından Moskova Bildirgesi yayınlanmış ve bu bildirge aynı yıl Birleşmiş Milletler (BM) tarafından devlet başkanları bildirgesine (Siyaset Bildirgesi) dönüşmüştür. Bu

doğrultuda 2013 yılında DSÖ tarafından "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve kontrolü Küresel Eylem Planı" yayımlanarak izlenecek yol haritası ve yapılacak işler belirlenmiştir. Bu plana göre 2025 yılına kadar Bulaşıcı Olmayan Hastalık erken ölümlerinin %25 oranında azaltılması hedeflenmiştir (15).

2014 yılında yayınlanan DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Raporunda (15) sıralanan ve 2025 yılına kadar ulaşılması beklenen dokuz önemli küresel hedef şu şekildedir:

- Kalp hastalıkları, KOAH, kanser ve diyabetle ilgili ölümlerde %25 relatif azalma
- Tehlikeli düzeyde alkol kullanımında ülke çapında en az %10 relatif azalma
- Yetersiz fiziksel aktivite miktarında %10 relatif azalma
- Toplumun ortalama tuz/sodyum alımında %30 relatif azalma
- Tütün kullanımında %30 relatif azalma
- Yüksek kan basıncı prevalansında %25 relatif azalma
- Diyabet ve obezite hızlarındaki artışı tamamen durdurma
- Kalp krizlerini ve strokeleri önlemek için risk altındaki toplumun en az %50'sine ilaç veya danışmanlık hizmeti sağlama
- Kamu ve özel kuruluşlar yoluyla BOH tedavisi için gerekli olan temel ilaçları ve basit teknolojik imkanları %80 oranında sağlama

Bu eylem planı ülkemiz tarafından da kabul edilerek uygulamaya konulmuştur. Yapılan başarılı çalışmalar nedeniyle de Sağlık Bakanlığımız 2018 yılında DSÖ tarafından ödülle layık bulunmuştur. Her ne kadar bu konuda pek çok ülkeden daha başarılı sayılsak da gene DSÖ izlem raporlarına göre bu hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ulusal entegre eylem planımız bulunmadığı, risk faktörleri konusundaki toplum taramalarının da yetersiz olduğu dikkati çekmektedir (16).

Tüm dünyada ve ülkemizde mevcut sağlık hizmet sistemleri ağırlıklı olarak akut hastalıklar dikkate alınarak düzenlenmiş sistemlerdir. Demografik dönüşümün son aşamasına gelmiş olan ülkelerde bu sorunlara yönelik yeni örgütlenme modelleri ve sistem arayışları olsa da bugün için yeterli değildir. Bu yetersizliğin temelinde BOH ve sağlık sektörünün kendine özgü dinamiklerinden kaynaklanan çeşitli özellikler yer almaktadır.

Bu hastalıkların seyirinde ve yönetiminde

bireylerin davranışları ve öz sorumlulukları son derece önemli rol oynamaktadır. Başka bir deyişle, hastaların hastalıklarını algılama şekillerinden başlayarak kendilerine verilen tedavilere uyumu (ilaçları düzenli alma, kontrollere gitme gibi), önerilen yaşam biçimine uyumu (diyet, fiziksel aktivite, sigarayı-alkolü bırakma gibi) gibi özellikler bu hastalıkların seyrini, süresini ve yükünü etkileyen önemli değişkenlerdir (3). Hastaların hastalığı algılama biçimi önem taşımaktadır, çünkü, hastalığın belirginleşmesi ve asemptomatik dönemde tanı konulması buna bağlıdır. Bu hastalıklar konusundaki farkındalığın düşük olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerinin ihmal edildiği toplum kesimlerinde bu hastalıklara ne yazık ki hastalık ilerledikten hatta komplikasyonlar ortaya çıktıktan sonra tanı konulabilmektedir. Öte yandan bu hastalıkların bazen ömür boyu sürebilen kronik nitelikleri nedeniyle, önerilen tedavilere ve yaşam biçimi değişikliklerine uyum sorunları hastalıkların seyri açısından belirleyici olmaktadır.

BOH kontrol ve yönetimi açısından önemli olan bir başka değişken sağlık sektöründeki mesleklerin çeşitliliğinin ve uzmanlaşmanın giderek artıyor olmasıdır. Uzmanlaşma ve mesleklerde çeşitlenme daha iyi sağlık hizmeti için gerekli olmakla birlikte hastaya bütüncül yaklaşımın kaybedilmesi gibi bir sakınca taşımaktadır. Bu durum özellikle çoklu sağlık sorunları olan geriatik yaş grubunda hastalık yönetimi açısından önemlidir. Birden çok sağlık sorunu, hastalığı olan ileri yaştaki hastaların farklı alanlardan almaları gereken uzmanlık hizmetinin yararlanabilmeleri için bu hizmetlerin çok iyi koordine edilmesi gerekmektedir. Bu koordinasyon hem hastaneye yatırılarak tedavi edilen hastalar için, hem de evinde, günlük yaşam koşulları içerisinde izlenen, yönlendirilen hastalar için önemlidir. Nitekim hastane içerisindeki koordinasyon sorunlarını aşmak için son yıllarda bazı ülkelerde ortaya çıkan Hospitalist, yani hastane uzmanlığı mesleği, bu ihtiyacın bir sonucudur.

BOH'lara ilişkin hizmet sunumu tıbbi hizmetlerle sınırlı olmayıp psikolojik ve sosyal hizmetleri de içeren bir ekip hizmeti olmak durumundadır. O nedenle farklı alanlardan farklı mesleklerce sunulacak hizmetlerin çok iyi koordine edilmesi gerekmektedir. Bu hastalıkların doğal seyrinin uzun olması ve genellikle radikal bir tedavilerinin bulunmaması nedeniyle bakım ve danışmanlık hizmetleri ön plana

çıkılmaktadır. Bu hizmetler için uygun mekanlar ise hastaneler değil hastaların yaşadığı mekanlar, ortamlardır. Hastaların yaşadığı ortamlarda sunulacak bütüncül ve entegre sağlık hizmetinin etkili olabilmesi, hastanın koşullarını yakından tanıması beklenen ve sorumlu olması gereken ilk basamak sağlık personelinin yetkinliği ile yakından ilişkilidir.

Kronik hastalık yönetiminde kamunun rolünün iyi tanımlanmış olması da önemlidir. İşin karmaşıklığı dikkate alındığında bu hizmetlerin pazar koşullarına bırakılmasının hem hastalar hem de ülkenin kaynakları açısından son derece sakıncalı olması söz konusudur. Nitekim her türlü sağlık hizmetinin piyasa ekonomisi anlayışına bırakıldığı ABD'de bile bu hastalıklara maruz kalan geriatik yaş grubu için kamusal sağlık güvencesi (Medicare) ve hizmet düzenlemeleri bulunmaktadır.

BOH yönetiminin toplum temelli olması ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre şekilde sunulmasının zorunluluğu konusunda konuyla ilgili tüm kesimler arasında görüş birliği bulunmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimi açısından anahtar kişilerin, kapı-tutucu rolünü üstlenecek olan birinci basamak sağlık örgütleri personeli olması gerektiği kabul gören bir yaklaşımdır. Bu personel iyi işleyen sevk zincirine sahip sistemlerde birinci basamak hekimi olabileceği gibi, sevk zincirinin olmadığı veya işlemediği sistemlerde hastane içerisinde görev yapacak hospitalist benzeri uzmanlar olabilir. BOH hizmetleri tamamen hastane ve uzman odaklı sunulduğu ve iyi yönetilmediği takdirde gereksiz ve aşırı hizmet kullanımı, hasta ve çalışan memnuniyetsizliği gibi sorunların ortaya çıkması kaçınılmazdır. Her şey bir yana hastane acillerine başvuruda aşırı artışların olması söz konusudur ki ülkemizde son yıllarda ortaya çıkan önemli sorunlardan birisi de budur. Evde bakım hizmetlerinden başlayarak iyi işleyen, koordine edilmiş ve etkili bir sevk zincirine dayanan entegre bir hizmet sisteminin bulaşıcı olmayan/kronik hastalık yönetimi için en uygun çözüm olduğu anlaşılmaktadır.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Yönetimi için Geliştirilen Önemli Yöntemler

Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, denetimi ve yönetimi amacıyla geliştirilen yöntemlerle ilgili olarak pek çok farklı kavramın kullanıldığı görülmektedir. Hastalık

yönetimi, entegre bakım, koordineli bakım, vaka yönetimi, sürekli bakım, evde bakım, hasta odaklı bakım, kronik hastalık bakımı bunlar arasında ilk akla gelenlerdir. Farklı kavramlar bulunmakla birlikte bunların arasındaki sınırlar çoğu kez belirsizdir ve birbirinin yerine kullanılacak kavramlardır. Bunlar arasından özellikle "hastalık yönetimi" ve "entegre bakım" kavramları daha sık kullanılmakta ve farklı yaklaşımları ifade etmektedir (17, 18).

"Hastalık yönetimi," diyabeti olan hastalar gibi özel, tekil bir sorunu olan hastalara yaklaşımı ifade etmekte iken "entegre bakım" çoklu sağlık sorunları olan kırılabilirliği artmış yaşlı hastaların karmaşık ihtiyaçlarına yönelik yaklaşımı tanımlamaktadır.

Hastalık Yönetimi

İlk kez 1980'li yıllarda ABD'de ortaya çıkan bu kavram başlangıçta hastaların tedavilerine uyumunu sağlama ve davranış değiştirme amaçlı eğitim programları yürütme amacıyla kullanılmış, daha sonra içeriği genişleyerek hastaların yaşam kalitelerini artırma, tedavi maliyetlerini azaltma gibi bileşenler de dikkate alınmaya başlanmıştır (19). Hastalık yönetimi iki binli yıllarda Avrupa ülkeleri ile Avusturalya'da da benimsenerek yaygınlaşmıştır. Halen bu kavramın anlamı "hastaların tedavi sonuçlarını düzeltme ve maliyetleri azaltma amaçlı programlar" ile "öz bakımın önem taşıdığı sağlık sorunu olan toplum kesimlerine yönelik koordineli müdahaleler ve iletişim mekanizmalarından oluşan bir sağlık hizmet sistemi" şeklindedir (20). Hastalık yönetimi, DSÖ tarafından kalp hastalıkları, tip-2 diyabet, KOAH, kanser ve stroke için önerilen bir yaklaşımdır. ABD'de yaygın olan hastalık yönetimi programları genellikle telefon yoluyla ve bu konuda eğitilmiş bir hemşire tarafından verilen eğitim ve yönlendirmelerle yürütülmektedir. Programlarda hastanın öz bakımı için aktif rol üstlenmesi önemlidir. Çoklu sağlık sorunları olan hastalar için bu programlar yeterli olmamakta, birkaç programın bir arada yürütülmesi gerekmektedir.

Entegre Bakım

Entegre bakım, çoklu sağlık sorunlarına sahip olan ve kırılabilirliği artmış yaşlıların karmaşık sorunlarına yönelik bir hizmet anlayışıdır. Entegre bakımın en önemli özelliği hastaların ihtiyacı olan tıbbi ve sosyal hizmetlerin bir arada sunulmasıdır.

Ancak, yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde hastalık yönetimi kavramının da sosyal hizmet bileşenini içerebildiği ve bu iki yaklaşımı birbirinde tam olarak ayırt ederek hangisinin daha başarılı olduğunu söylemenin mümkün olmadığı görülmektedir. Hastalık yönetiminin tek bir sağlık sorununa odaklanmış olması en önemli farklılıktır. Entegre bakım hizmetleri, evde bakım hizmetlerinden başlayarak hizmet basamakları arasında koordinasyon sağlanması şeklinde dikey bir entegrasyon şeklinde örgütlenebileceği gibi, sosyal çalışmacıları da kapsayacak biçimde çeşitli hizmet sunucular ve uzmanlıklar arasında koordinasyon sağlanması şeklinde yatay bir entegrasyon şeklinde de düzenlenebilmektedir.

Farklı yaklaşımların artı ve eksilerini değerlendirirken iki açıdan bakmak gerekmektedir: Klinik ve ekonomik göstergeler açısından. Yapılan çalışmalarda bazı hastalıklarda işin ekonomik yönünün, bazılarında ise klinik sonuçların ön planda tutulduğu gözlenmektedir.

Konuyla ilgili literatürden anlaşıldığı kadarıyla maliyetleri kontrol etmek yerine hastalık yönetim süreçlerini iyileştirmek daha kolaydır. Bu noktada politika yapımcıların öncelikli amacının kaliteli hizmet sunumu mu yoksa maliyet kontrolü mü olduğu önemlidir. Ancak, bu ikisinin birbirini dışlamadığı da akıldan tutulmalıdır (21).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yönetimi için sağlık sisteminde hastanelerin ve birinci basamağın rol dağılımı ile koordinasyon mekanizmalarının iyi tanımlanması zorunludur. Birinci basamağın rolünün iyi planlanmadığı durumlarda tüm BOH vakaları hastanelere yığılmakta ve zaten fazla olan hastane iş yükünü özellikle de acillerin yükünü aşırı şekilde artırmaktadır. Artan hastane başvuruları, hastane yatışlarında artışlar ile sonuçlanmakta, bu da komplikasyonlarda ve sağlık harcamalarında artış anlamına gelmektedir. Hastane odaklı bir hizmet sunumu, birinci basamağı işlevsiz bırakarak hastaların tamamen hastane hizmetlerine bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır. Hastanelerdeki iş yükünün artması yönetim sorunları ve verimsizlik gibi sonuçlara da yol açabilmektedir.

Birinci basamağın ve sevk zincirinin benimsenmediği sistemlerde hastanelerdeki yığılmanın önüne geçmek için bazı hizmetlerin hastane dışından alınması bir çözüm olarak kullanılabilir. Birleş-

tirme/ayırıştırma (concentration/dissociation) olarak bilinen bu tür uygulamalar aslında başka sektörler için geliştirilmiş yöntemler olup sağlık sektöründe de örneklerine rastlanan uygulamalardır. Hastaların ihtiyacı olan konaklama, tıbbi teknoloji, kontrol muayeneleri-izleme, rehabilitasyon, mediko-sosyal hizmetler, acil hizmetler konusunda mobil hizmet ekipleri, evde bakım-ev hastane hizmetleri, tele-tıp hizmetleri, otel hastane veya hastane otelleri, gibi çeşitli derecelerde birleştirme/ayırıştırma uygulamaları düzenlemek mümkündür. Bu tür düzenlemeler için kamu hastaneleri ile birinci basamak kuruluşları, özel sağlık kuruluşları arasında iş birliğini ve iletişimi sağlayacak, aracı rolünü üstlenecek networkler, platformlar kurulabilmektedir. Bu sayede sunulan hizmetlerin sürekliliği, tutarlılığı ve verimliliği sağlanmış olmaktadır.

Sonuç olarak, ölüm nedeni ve hastalık yükü oluşturma açısından tüm dünyada ilk sıralarda yer alan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar konusunda mevcut sağlık hizmetleri sunum ve finansman modelleri yeterli olmayıp yeni örgütlenme modellerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrol ve yönetimi için sosyal hizmetleri, evde bakım hizmetlerini de kapsayan güçlü bir birinci basamak sağlık örgütlenmesine, basamaklar arasında iyi işleyen sevk ve koordinasyon mekanizmalarına, iyi bir enformasyon alt yapısı ile iyi planlanmış bir enformasyon paylaşımına, evrensel kapsayıcılığı olan bir sağlık güvence sistemine ve mutlaka kamusal denetim sorumluluğuna gerek olduğu anlaşılmaktadır. Mevcut sistemler içerisinde birinci basamak önemli bir role sahip olmakla birlikte bu basamakta yer alması gereken pratisyen hekimlerin, aile hekimlerinin bu işi istisnalar dışında zorunlu olmadıkça yapmak istemedikleri ve ilk fırsatta uzmanlaşmaya çalıştıkları bilinmektedir. Bu nedenle birinci basamakta hizmet sunacak insan gücünün ve rolünün yeniden tanımlanması, şekillendirilmesi gerekmektedir. BOH yönetim sistemlerinde hizmetlerin kaliteli, kolay erişilir ve iyi koordine edilmiş olmalarının yanı sıra tarafların çıkar çatışmalarının engellenmesi en önemli konudur. Hastaların ihtiyaç duydukları hizmetleri sürekli, tutarlı ve uygun bedel karşılığında alması; hizmet sunucuların en kaliteli hizmeti hatasız ve doğru biçimde sunarken bedelini makul miktarlarda alıyor olması; sigorta kuruluşlarının riskleri en doğru şekilde hesaplayıp, en uygun hizmet sunucuları seçerek aracılık etmesi konularında bir

denge oluşturulması gerekmektedir. Tüm bunların başarılması ve gerçekçi hastalık yönetim politikalarının yürütülebilmesi için her düzeyde gelişmiş yönetim becerilerine ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

- 1) IEA. *A Dictionary of Epidemiology*. Altıncı baskı, International Epidemiological Association, Miquel Porta (ed.); Sander Greenland, Miguel Hernán, Isabel dos Santos Silva, John M. Last ve Andrea Burón.
- 2) <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> (Erişim Tarihi: 23.04.2019)
- 3) Huard P. *The Management of Chronic Diseases Organizational Innovation and Efficiency* Wiley, 2018: s.3.
- 4) WHO (World Health Organization). *Alwan A. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Geneva: World Health Organization; 2011.
- 5) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Erişim Tarihi: 25.04.2019)
- 6) GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. *Global, Regional, and National Disability-adjusted Life Years (DALYs) for 359 Diseases and Injuries and Healthy Life Expectancy (HALE) for 195 Countries and Territories, 1990-2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. *The Lancet* 2018;392:1859-922.
- 7) <https://www.who.int/hcnds/introduction/en/> (Erişim Tarihi: 23.04.2019)
- 8) Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. *Epidemiology of Multimorbidity and Implications for Health Care, Research, and Medical Education: A Cross-sectional Study*. *Lancet* 2012; 380: 37-43.
- 9) McLean G, Gunn J, Wyke S, Guthrie B, Watt GC, vd. *The Influence of Socioeconomic Deprivation on Multimorbidity at Different Ages: A Cross-sectional Study*. *Br J Gen Pract* 2014; 64: 440-447.
- 10) Australian Institute of Health and Welfare. *Chronic Diseases*. 2015. <http://www.aihw.gov.au/chronic-diseases/>. (Erişim Tarihi: 15.05.2019).
- 11) Bahler C, Huber CA, Brungger B, Reich O. *Multimorbidity, Health Care Utilization and Costs in an Elderly Community-dwelling Population: A Claims Data Based Observational Study*. *BMC Health Serv Res* 2015;15: 23.
- 12) Aydede SK, Rasali D, Osei W, Hunt T. *Multimorbidity and Health-Related Quality of Life among Older Adults*. *J Gerontol Geriatr Res* 2017; 6: 388.
- 13) Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A, Rockwood K, Parker S, Hindle JV. *New Horizons in Multimorbidity in Older Adults*. *Age and Ageing* 2017; 46: 882-888.
- 14) St John PD, Suzanne L, Tyas SL, Menec V, Tate R, Griffith L. *Multimorbidity Predicts Functional Decline in Community-dwelling Older Adults: Prospective Cohort Study*. *Canadian Family Physician* 2019; 65: e56-e63.
- 15) WHO (World Health Organization). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*. WHO, 2014 Geneva.
- 16) WHO (World Health Organization). *Noncommunicable Diseases Progress Monitor, 2017*. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 17) Nolte E, McKee M. *Integration and Chronic Care: A Review*. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*. Maidenhead, Open University Press 2008: 64-91.
- 18) Nolte E, Knai C, Saltman RB (eds). *Assessing Chronic Disease Management in European Health Systems: Concepts and Approaches*. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2014:9-12.
- 19) Bodenheimer T. *Disease Management-promises and Pitfalls*. *New England Journal of Medicine* 1999; 340(15): 1202-1205.
- 20) http://www.carecontinuum.org/dm_definition.asp (Erişim Tarihi: 06.04.2019)
- 21) Ovretveit J. *Does Improving Quality Save Money? A Review of Evidence of Which Improvements to Quality Reduce Costs to Health Service Providers*. Londra, Health Foundation, 2009.