



Sağlığı Kazanmak

Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların
Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi





Sağlığı Kazanmak

Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların
Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
ISBN: 978-975-590-317-0
Sağlık Bakanlığı Yayın No: 782

YAYIN KOMİTESİ

Dr. Seraceddin Çom
Uzm. Dr. Bekir Keskinçilic
Uzm. Dr. Nazan Yardım
Uzm. Dr. A. Refik İmamecioğlu
Tıb. Tek. Nevin Çobanoğlu

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
Temel Sağlık Hizmetleri Gn. Md. Yard.
Daire Başkanı
Çeviri Editörü
Türkçe Düzeltme

Ferište Zaralı
Ebru Yurdutemiz
Betül Gündüz
Büşra Karaduman

Çevirmen*
Çevirmen*
Çevirmen*
Çevirmen*

* T.C. Sağlık Bakanlığı, Proje Yönetim Destek Birimi, Tercüme Hizmetleri Koordinatörlüğü

© Sağlık Bakanlığı, Türkiye, 2010

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi bu kitabın Türkçe baskısı için çeviri haklarını Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na vermiş bulunmaktadır ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı kitabın Türkçe baskısından tek başına sorumludur.

Bu çeviri kitabın bütün hakları Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na, orijinal içeriğinde yer alan bilgi ve görsel materyal ile ilgili her türlü sorumluluk yazarlara aittir. Çevirinin doğruluğundan bu yayının çevirmenleri sorumludur. Kitabın tamamı ya da bir bölümü yazılı izin alınmaksızın elektronik ya da mekanik yöntemlerle kopya edilemez, çoğaltılamaz ve yayınlanamaz. Kaynak olarak belirtilmesi koşulu ile alıntı yapılabilir.

Orijinal kitap, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından
Gaining Health: The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases adı ile 2006 yılında İngilizce dilinde yayınlanmıştır.

© Dünya Sağlık Örgütü, 2006

1. Baskı Adedi: 1000

Basım Tarihi: Nisan 2010

Orijinal kitap tasarımı: Sven Lund • Orijinal kapak tasarımı: Lars Møller

Sayfa Düzenleme ve Baskı: Anıl Matbaacılık Ltd. Şti. • Tel:(0312) 229 37 41

Ankara, Türkiye'de basılmıştır.

Bu dokümana **www.saglik.gov.tr** web adresinden ulaşılabilir.

© Ministry of Health, Turkey, 2010

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006 under the title
Gaining Health: The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases.

© World Health Organization, 2006

İçindekiler

Türkçe Baskı Önsözü	1
Özet.....	3
Giriş	5
Sorunlar.....	6
Sağlık ve hakkaniyetle ilgili sorunlar	6
Toplumlar ve sağlık sistemleri ile ilgili sorunlar.....	9
Sağlık kazanımına yönelik potansiyel	12
Yol gösterici ilkeler.....	17
Stratejik yaklaşım	18
Eylem çerçevesi.....	23
Savunma	23
Bilgi	25
Düzenleme ve finansman.....	27
Kapasiteler	29
Toplum desteği	30
Sağlık hizmeti sunumu	32
Harekete geçmek	34
Avrupa’da mevcut durum	34
İleri gitmek	36
Önümüzdeki yol - sonraki adımları atmak.....	40
Kaynaklar	42
Ek 1	
DSÖ Avrupa Bölgesinde bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü konulu EUR/RC56/R2 sayılı Bölge Komitesi kararı	46
Ek 2	
İlgili DSÖ stratejileri, eylem planları ve bakanlık konferansı bildirileri	50

Türkçe Baskı Önsözü

Ülkemiz sağlık gündemi, gerek demografik yapıımızdaki değışiklikler, gerekse değışmekte olan sosyo-ekonomik yapıımıza paralel olarak, bulaşıcı ve aşı ile önlenabilir hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklar ve komplikasyonlarına doğru değışmektedir. Her zaman öncelik verdiğimiz temel sağlık çıktılarından anne ve bebek ölümlerinde Milenyum Kalkınma Hedeflerini yakalama yolunda kaydetmiş bulunduğumuz başarılı çalışmaları yanısıra Bakanlığımız bulaşıcı olmayan hastalıklar ve komplikasyonlarından kaynaklanan mortalite ve hastalık yükünü kontrol altına alma amaçlı çalışmalara da hız vermiş bulunmaktadır.

Bakanlığımız bünyesinde bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolüne yönelik çalışmaları yürütmek üzere optimal bir yapılanma sağlanmış olup Genel Müdürlüğümüz bünyesinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi, Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler, Ruh Sağlığı ve Çevre Sağlığı Daire Başkanlıkları bulunmaktadır. Önde gelen bir bulaşıcı olmayan hastalık olan kansere karşı ise Kanserle Savaş Daire Başkanlığı müstakil olarak hizmet vermektedir. Ülkemizin bulaşıcı olmayan hastalıkların ve risk faktörlerinin kontrolüne yönelik stratejilerini ve eylem planlarını geliştirme çalışmaları bu yapılanma üzerinden yürütölmektedir.

Değışen yaşam tarzları paralelinde sıklıkları artmakta olan risk faktörleri sebebiyle bulaşıcı olmayan hastalığı olan nüfusumuzun önümüzdeki yıllarda artması beklenmektedir. Beraberinde bu hastalıkların ve komplikasyonlarının tanısı, tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonuna dair maliyetlerin de artacağı düşünölmektedir. Toplumumuzda sağlıklı yaşam tarzlarına yönelik davranış değışiklikleri oluşmasını sağlayarak ve bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik, her boyutu ile maliyet-etkili, verimli ve kanıta dayalı bir hizmet yaklaşımını yürütmeye koyarak erken tanı, etkili tedavi ve izlem sağlayıp ilgili sıklıkların ve maliyetlerin önlenmesi gerekmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı bünyesinde yürütölen projelerde belirlenmiş olan bulaşıcı olmayan hastalıklara dair hedeflere ulaşılmasında Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı-Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı ile İkincil ve Üçüncöl Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı, Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planı ve Türkiye Diyabet Kontrol Programı paralelinde geliştirilen faaliyetler belirleyici olacaktır.

Bakanlığımız, ilgili mücadele yaklaşımlarının Dünya Sağlık Örgütü strateji ve eylem planlarına paralel ve günümüzün mücadele tekniklerine uyumlu olmasına özel önem vermektedir. Bu bağlamda, ilgili strateji ve eylem planlarının kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör dahil tüm paydaşların katkıları ile oluşturulması yaklaşımı benimsenmiş olup, planların yürütülmesi ve izleme-değerlendirmesinin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin hayata geçirilmesi için çalışılmaktadır.

Bu kitabın yayın izni hususunda sağladıkları kolaylıktan ötürü Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Direktörüne, çeviri için sağladıkları destekten dolayı Proje Yönetim Destek Birimi Direktörüne şükranlarımı sunarken, herkes için hakkaniyete uygun, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sağlanması ilkesi paralelinde geliştirilen sağlık politikamıza değerli katkı sağlayacağına inandığım bu çalışmada emeği geçenlere teşekkür eder, tüm taraflara başarılı çalışmalar dilerim.

Dr. Seraceddin Çom

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

Avrupalı insanlar için sağlığın kazanılması mümkündür. Avrupa’da erken ölüm, hastalık ve sakatlık yükünü bu durumlara yol açan başlıca neden ve koşullara yönelik kapsamlı faaliyetler yoluyla önemli ölçüde azaltmak mümkündür. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve daha geliştirilmiş biçimde kontrol edilmesine yönelik yatırım yapılması insanların ve toplumların yaşam kalitesini ve refahını artıracaktır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan morbidite ve zamanından erken ölümler ile ilişkili güçlü sosyal değişim göz önüne alınarak, etkin müdahalelerden sağlanacak faydaların daha hakkaniyete uygun paylaşılması ülkelere sağlık ve ekonomi kazanımları getirerek en büyük etkiyi yapacaktır.

Avrupa’daki en büyük hastalık yükü bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanır. Bu grup kalp-damar hastalıkları, kanser, ruh sağlığı problemleri, diyabet, kronik solunum yolları hastalığı ve kas-iskelet sistemi sorunlarını kapsamaktadır. Bu geniş grup ortak risk faktörleri, altta yatan belirleyiciler ve müdahale fırsatları ile bağlantılı haldedir.

Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Stratejisi, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede kapsamlı ve bütünsel bir yaklaşımı teşvik eder. Bu yaklaşım eşzamanlı olarak:

- Toplum düzeyinde sağlığın teşviki ve hastalık önleme programlarını teşvik eder;
- Yüksek risk altındaki grupları ve bireyleri aktif olarak hedef alır;
- Etkili tedavi ve bakım hizmetlerinin kapsadığı nüfusu maksimize ederken

bir yandan da sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmak için politika ve eylemleri sistematik olarak entegre eder.

Bu stratejinin hedefi erken ölümleri önlemek ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan hastalık yükünü önemli ölçüde azaltarak yaşam kalitesini yükseltmek ve Avrupa Üye Devletleri içinde ve arasında sağlıklı yaşam beklentisini daha hakkaniyetli hale getirmektir. **Bu stratejinin amacı** risk faktörleri ile onların altta yatan belirleyicileri üzerine sektörler arası entegre faaliyeti, daha iyi önleme ve kontrol sağlamak üzere sağlık sistemlerini güçlendirme çabaları ile birleştirmektir.

Eylemlere rehberlik edecek altı adet kilit mesaj vardır.

- Yaşam boyu devam eden önleyici yaklaşım etkilidir ve sağlığa ve kalkınmaya yapılan bir yatırım olarak değerlendirilmelidir.
- Toplum, sağlığı destekleyici çevreler yaratmalıdır ki böylece sağlıklı seçenekler daha kolay seçenekler haline gelecektir.
- Sağlık hizmetleri ve tıbbi hizmetler amaca uygun olmalı, mevcut hastalık yüküne cevap vermeli ve sağlığın teşviki fırsatlarını artırmalıdır.
- İnsanlar kendi sağlıklarını teşvik etmek, sağlık hizmetleri ile etkin bir etkileşim içinde olmak ve hastalığın yönetiminde aktif katılımcı olmak için yetkinleştirilmelidir.
- Sağlığın teşvikine, hastalıkların önlenmesine ve sağlık hizmetlerine evrensel erişim sağlıkta hakkaniyeti başarmada esas öneme sahiptir.
- Hükümetlerin her düzeyde sağlıklı kamu politikaları oluşturma ve ilgili tüm sektörleri kapsayan faaliyetleri teminat altına alma sorumluluğu vardır.

Bu strateji bulaşıcı olmayan hastalıklara verilecek yanıtı formüle etme, bunları yürürlükteki mevcut stratejilere ve eylemlere dayandırma hususunda **ülkelere yardımcı olmak üzere bir eylem çerçevesi** ortaya koyar. Ayrıca bu strateji, bir ülkenin ilk olarak kendi mevcut yaklaşımlarını değerlendirmek, kapsamlı ve bütünsel bir biçimde bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadele etmeye yönelik halk sağlığı politikalarını geliştirmek ve daha da güçlendirmek için düzeltmek konusunda atabileceği adımlardan geçerek sektörler arası faaliyetlerin ve sağlık bakanlığının liderliğinin önemini tekrarlar. Tüm Avrupa ülkelerinin farklı olmasına ve ülkelerin karşı karşıya geldiği bulaşıcı olmayan hastalıklar kaynaklı zorluklarda, kaynaklarında ve kapasite düzeylerinde geniş bir çeşitlilik bulunmasına rağmen, bu ülkelerin hepsi için etkin bir biçimde tepki vermek mümkündür. Bu strateji Avrupa'nın tümü ile alakalıdır.

Bu kapsamlı ve eylem odaklı Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2004¹ yılındaki elli-dördüncü Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Komitesi oturumunda Üye Devletler tarafından yapılan talebe cevaben geliştirilmiştir. Bu strateji ülkeler, uzmanlar, sivil toplum örgütleri ve diğer paydaşlarla birlikte yürütülen yoğun bir danışmanlık sürecinden geçilerek geliştirilmiştir. EUR/RC54/R4 sayılı kararlar talep edildiği gibi, güncellenmiş Herkes için Sağlık çerçevesinin bir tamamlayıcısıdır ve Üye Devletlerin Dünya Sağlık Örgütü bakanlar konferansları, ilgili stratejiler ve kararları ile ilgili mevcut taahhütlerini ve aynı zamanda 'ülke çapında bulaşıcı olmayan hastalıklara müdahale (CINDI) programı' aracılığıyla kazanılan deneyimi dikkate alır.

Bu doküman sekiz bölüm olarak düzenlenmiştir ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesindeki ülkelerin karşı karşıya geldiği zorluklar ve halihazırda var olan sağlık kazanımı potansiyelini temel almış faaliyetlerin mantığını sunarak başlar. Açık bir vizyon, hedef, amaçlar ve altı önemli rehberlik mesajı ile eyleme yönelik stratejik bir yaklaşım ortaya koyar. Üye Devletlere, bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı yanıtlarını güçlendirme konusunda yardımcı olması için, yürürlükteki stratejiler ve eylemlere ilaveten bir stratejik çerçeve önerilmektedir. Daha fazla detay, resim ve faaliyet örnekleri 2007'nin başında yayınlanması planlanan bulaşıcı olmayan hastalıklar konulu Dünya Sağlık Örgütü Avrupa raporunda sağlanacaktır.

1 DSÖ Avrupa Bölge Komitesi'nin elli-altıncı oturumunda, 11 Eylül 2006 tarihli EUR/RC56/R2 sayılı kararla onaylanmıştır (Ek 1).

Sorunlar

Sağlık ve hakkaniyetle ilgili sorunlar

Ortak risk faktörleri ve altta yatan belirleyiciler ile bağlantılı birkaç sağlık koşulu Avrupa'daki hastalık yükünün büyük bir kısmından sorumludur (bkz. Tablo 1). Bu önde gelen hastalıklar, bunların risk faktörleri ve belirleyicileri Avrupa'nın aşağı yukarı her kesimi ve ülkesi için aynı olup hastalık yükü bakımından bulaşıcı hastalıkları geçmektedir. Bazı ülkelerse hem bulaşıcı olmayan hem de bulaşıcı hastalıkların yol açtığı "iki kat yük" ile karşı karşıyadır. Kalp-damar hastalıkları Avrupa'da bir numaralı ölüm sebebidir. Kalp hastalığı ya da inme, 52 Üye Devlet için de başlıca ölüm nedeni olup Bölge'de yaşanan tüm ölümlerin yarıdan fazlasına sebep olmaktadır². Cinsiyete göre veri toplandığında, kadınlar ve erkekler arasındaki farklı bulaşıcı olmayan hastalık kalıpları açıkça görülmektedir.

Tablo 1. DSÖ Avrupa Bölgesinde nedene göre bulaşıcı olmayan hastalıklar kaynaklı hastalık yükü ve ölümler (2005 tahminleri)

Neden grubu (önde gelen BOH'lar)	Hastalık yükü (DALY ^a) (000)	Tüm nedenlerin yüzdesi	Ölümler (000)	Tüm nedenlerin yüzdesi
Kalp-damar hastalıkları	34421	%23	5067	%52
Nöropsiyatrik hastalıklar	29370	%20	264	%3
Kanserler (malign neoplazmlar)	17025	%11	1855	%19
Sindirim yolu hastalıkları	7117	%5	391	%4
Solunum yolu hastalıkları	6835	%5	420	%4
Duyu organı bozuklukları	6339	%4	0	%0
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	5745	%4	26	%0
Diyabet	2319	%2	153	%2
Oral hastalıklar	1018	%1	0	%2
Tüm BOH'lar	115339	%77	8210	%86
Tüm nedenler	150322		9564	

BOH : Bulaşıcı olmayan hastalıklar

^aDALY : Engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları.

Kaynak : Kronik hastalıkların önlenmesi: hayati bir yatırım (1).

2 Karadağ 29 Ağustos 2006 tarihinde elli dördüncü Üye Devlet olmuştur. Bu yayındaki ilgili tüm veriler ve gruplamalar bu olaydan önceki tarihli olup Sırbistan ve Karadağ'ı tek bir Üye Devlet olarak temsil etmektedir.

DALY ile ölçüldüğü gibi, Avrupa'daki hastalık yükünün yaklaşık %60'ına başlıca yedi risk faktörü neden olmaktadır: yüksek tansiyon (%12,8); tütün (%12,3); alkol (%10,1); yüksek kan kolesterol düzeyi (%8,7); fazla kilo (%7,8); meyve ve sebze alımının düşük olması (%4,4); fiziksel hareketsizlik (%3,5). Aynı zamanda diyabetin büyük bir risk faktörü olduğu ve kalp-damar hastalıklarını (KDH) tetiklediği kabul edilmelidir. Bunlar Avrupa'nın tüm epidemiyolojik alt bölgelerinde (Eur-A, -B, -C³) ve sıra düzeni değişebilmesine rağmen birçok Avrupa ülkesinde görülen aynı önemli risk faktörleridir (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün 52 Avrupa Üye Devletinden 37'sinde ölümler için başlıca risk faktörü yüksek tansiyon, 31 Üye Devlette ise hastalık yükünün başlıca risk faktörü tütündür. Alkol ise Avrupa'daki genç insanlar arasında hem engellilik, hem de ölüm için başlıca risk faktörüdür.

Bu başlıca risk faktörleri Avrupa'da önde gelen hastalıkların birçoğu için ortaktır. Bu başlıca yedi risk faktörünün her biri bu hastalıkların en az iki tanesi ile ilişkilidir. Öte yandan her bir önde gelen hastalık ise iki ya da daha fazla risk faktörü ile ilişkilidir. Ayrıca, birçok bireyde, özellikle de sosyal olarak dezavantajlı olanlarda risk faktörleri sıklıkla bir arada ve birbiriyle çoğaltıcı bir etkileşim içindedir.

Hastalıklar aynı zamanda bireylerde de biraraya gelmekte ve böylece birkaç komorbidite bir arada var olabilmektedir. 60 yaşın üstündeki erkeklerin en az %35'inin 2 ya da daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu bulunmuştur ve birarada görülen morbidite sayısı yaşla birlikte, kadınlar arasında daha yüksek düzeylerde olmak üzere, progresif bir artış göstermektedir. Fizik ve ruh sağlığı arasında güçlü ilişkiler bulunmaktadır ve her ikisi de kötü barınma koşulları, kötü beslenme ya da kötü eğitim gibi ortak belirleyiciler ya da alkol gibi ortak risk faktörleri ile bağlantılıdır. Örneğin, depresyon fiziksel hastalığı olan insanlar arasında sağlıklı olanlara göre daha yaygındır ve kanserli hastalarda %33, hipertansiyon hastalarında %29 ve diyabetli hastalarda %27'ye kadar yükselen prevalans oranlarında majör depresyon görülmektedir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar çok faktörlü bir etyolojiye sahiptir ve bireyler ile çevreleri arasındaki, sağlığı teşvik eden ve risklere karşı savunmasızlıklarına karşı koyan fırsatlarını da içeren, karışık etkileşimlerden doğarlar. Bireysel özellikler (cinsiyet, etnik köken, genetik yatkınlık) ve sağlığı koruyucu faktörler (duygusal esneklik gibi) ile sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyiciler (gelir, eğitim, yaşama ve çalışma koşulları gibi) bireylerin sağlığı tehlikeye düşüren koşullara maruz kalması ve bunlar karşısındaki savunmasızlıkları hususlarında farklılıklarını

3 Eur-A: hem çocuklarda, hem yetişkinlerde ölüm oranı çok düşük olan 27 ülke
Eur-B: hem çocuklarda, hem yetişkinlerde ölüm oranı düşük olan 16 ülke
Eur-C: çocuk ölüm oranı düşük, yetişkin ölüm oranı yüksek olan 9 ülke

belirler. Altta yatan bu belirleyiciler ya da “sebeplerin sebepleri” sağlık fırsatlarını, sağlık arayışı ve yaşam biçimi davranışlarını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda hastalığın başlangıcını, dışavurumunu ve çıktısını da etkiler.

Bir kimsenin genetik yapısı diyabet, kalp-damar hastalıkları, kanserler, şizofreni ve Alzheimer hastalığı gibi belli hastalıkları geliştirme olasılığında önemli olabilmektedir. Kalıtım kalıpları kesin olmamasına rağmen, gen ve çevre etkileşimleri önemli rol oynayabilmektedir. Ayrıca, hastalık kalıpları etnik gruba göre değişmektedir. Örneğin, tip 2 diyabet Güney Asya kökenli insanlarda altı kata, Afrika ve Afrika-Karayipler kökenli insanlar arasında ise 3 kata kadar daha yaygın görülmektedir.

Cinsiyet obezite, kalp-damar hastalıkları ve ruh sağlığı problemleri gibi risk faktörü ve hastalıkların gelişimi ve seyrini etkiler. Yaşam seyri boyunca kadınlar ve erkeklere toplumda farklı roller atfedilir ve yine farklı değerlendirilen değişik roller alırlar. Bu durum risk alma davranışını, risklere maruz kalma ve sağlık arayışı davranışını etkiler ve aynı zamanda kadınlar ve erkeklerin sağlıklarını korumak için gereken kaynaklar ve karar alımına erişim ve bunlar üzerindeki kontrol derecelerini belirler. Bunlar sağlık riski sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık çıktısı kalıplarında hakkaniyetsizliğe yol açmaktadır.

Yetişkin sağlığının temelleri yaşamın ilk yıllarında, hatta doğumdan önce atılır ve yaşama iyi bir başlangıç daha sonraki gelişimler için temel teşkil eder. Genç anneler, yoksul anneler ve eğitim başarısı düşük olan anneler düşük doğum ağırlığı olan bebekler dünyaya getirme ve bebeklerini daha az emzirme eğilimi gösterirler. Bunun karşılığında da bebeğin sonraki yaşamında düşük doğum ağırlığı, artmış koroner kalp hastalığı, inme, yüksek tansiyon ve tip 2 diyabet hatası olma riski artar. Dengeli beslenme, egzersiz yapma ve sigara kullanmama gibi iyi sağlıkla ilişkili davranışlar yaşamın erken dönemlerinde öğrenilir ve anne baba ve akran grubu örnekleri ile ilgilidir. Çocukluk dönemindeki yavaş büyüme ve yetersiz duygusal destek yaşam boyu kötü fiziksel ve ruhsal sağlık riskine yol açar. Örneğin, çocuğun istismar, şiddet ve çocukluk çağıının diğer olumsuz olaylarına maruz kalması yaşamın ileriki yıllarında sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik, ağır obezite ve alkolizm riskinin yüksek olması ile ilişkilidir.

Hastalıklar ve sebeplerinin toplum içerisindeki dağılımı düzensizlik arzeder; yoksullar ve etkilenmeye açık olan hassas kesimler arasındaki yoğunlukları daha yüksektir. Düşük sosyo-ekonomik gruplardaki insanlar yüksek sosyo-ekonomik gruplardakilere göre en az iki kat daha fazla ciddi hastalık ve erken ölüm riski taşımaktadır (3). Yüksek ve düşük eğitim düzeyine, mesleki sınıfına ve gelir düzeyine sahip insanlar arasındaki sağlık eşitsizlikleri ölçüm yapılan

tüm Avrupa ülkelerinde tespit edilmiştir. Düşük sosyo-ekonomik gruplarda risk faktörleri yoğunluğunun giderek artması gelecekteki sağlık çıktılarında giderek büyüyen bir açığa yol açmaktadır.

Sağlıkta iyi yönde gelişmeler meydana geldiğinde, bunların faydaları toplum içinde birkaç istisna dışında dengesiz biçimde dağılmaktadır. Toplumdaki tüm gruplar belli bir seviyede sağlık müdahalelerine maruz kaldıklarında, daha yüksek sosyo-ekonomik gruplarda bulunanların bu müdahalelere daha iyi tepki verme ve daha fazla faydalanma eğilimi olmaktadır. Başta kalp-damar hastalığı sebepli olanlar gelmek üzere, ölüm oranları daha yüksek sosyo-ekonomik gruplarda düşük sosyo-ekonomik gruplara göre orantılı olarak daha hızlı düşmekte ve bu, iki grup arasındaki yaşam beklentisi farklılıklarını daha da genişletmektedir (4). Litvanya'da 1989 ve 2001 yılları arasında erkekler ve kadınlar için tüm önde gelen ölüm sebeplerine bağlı mortalitede artmakta olan eşitsizlikler (eğitim düzeyine göre) kaydedilmiş ve üniversite eğitimi olanlar arasında önemli ölçüde bir düşüş, ilkökul eğitimi olanlar ya da hiç eğitim almamış olanlar arasında ise dik bir artış izlenmiştir.

Bu hastalıklar ve sebepleri Avrupa ülkeleri arasında ve içinde sağlıklı yaşam beklentisinde farklılıklara yol açmaktadır. Yakın on yıllarda kalp-damar hastalığı mortalite hızları Batı Avrupa'da düşmekte iken, erken kalp-damar hastalığı ölümlerinde Batı Avrupa ile Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri arasında, en yüksek oranlar Doğu'da olmak üzere, 10 kata kadar farklılık bulunmaktadır. Yaygın önlenebilir hastalıklar Avrupa çapında sağlıklı yaşam beklentisinde 20 yıllık bir farka ve ülkeler içerisinde farklılıklara katkı sağlamaktadır.

Toplumlar ve sağlık sistemleri ile ilgili sorunlar

Bulaşıcı olmayan hastalıklar erken ölüm, uzun vadeli hastalık ya da sakatlıklarla sağlık ve sosyal refah sistemleri üzerinde önemli bir etkiye sebep olmaktadır. Danimarka gibi bazı ülkelerde, nüfusun tahminen %40'ı uzun vadeli hastalıklarla yaşamaktadır. Bu oran yaşlanmakta olan Avrupa'da artma eğilimindedir. Tedavi masraflarının %70-80'i kronik hastalıklara tahsis edilmektedir ve uzun vadeli hastalığı olanlar sağlık hizmetlerini daha yoğun kullanmaktadır. Birarada görülen hastalık sayısı arttıkça tedavi maliyetleri ve kaçınılabilir hastane yatışları riski dramatik boyutlarda artmaktadır. İngiltere'de, hastane yatışlarının önde gelen 11 sebebinden 8'inin uzun vadeli hastalıklar olduğu, yatan hastaların %5'inin, çoğu uzun vadeli hastalığa sahip olmakla birlikte, tüm akut yatak gün sayısının %42'sine karşılık geldiği tahmin edilmektedir (5).

Genç ölüm ya da uzun vadeli bir hastalık ya da sakatlıkla yaşamanın aileler ve toplumlar için ekonomik sonuçları vardır. İşverenler ve toplum işe devamsızlık, üretkenliğin azalması ve çalışan sirkülasyonuna dair bir yük taşımaktadır. Aileler ve toplum ise tedavi maliyetleri (doğrudan ve dolaylı), azalmış gelir, erken emeklilik ve sosyal hizmet ve refah desteğine daha fazla bağımlılık yükünü taşırlar. İsveç'te kas-iskelet hastalıklarının tahmin edilen toplam maliyeti, hastalık izni (%31,5) ve erken emeklilik (%59) ile alakalı olarak, büyük ölçüde dolaylıdır. Rusya Federasyonu'nda 2005 yılında kalp hastalığı, inme ve diyabet sebepli milli gelir kaybı 11 milyar uluslararası dolar olarak tahmin edilmiştir.

Tedavi erişilebilir, mümkün veya ödenebilir olmayabilir ve maliyetlerin yükü aileleri daha da yoksulluğa itebilir. Avrupa'nın bazı bölgelerinde bir salbutamol inhaleleri (astım tedavisi için) en düşük ücretli bir devlet çalışanının 15 günlük ücretine denk gelebilmektedir. Yoksullar arasında birarada görülen hastalıklar ve etkili bir tedavi için gereken ilaçların potansiyel sayısı düşünüldüğünde, uzun vadeli bir tedaviye bağımlı kalmanın zorluk yaratacağı şaşırtıcı olmayacaktır (6). Ayrıca, diyabet ve ruh sağlığı problemleri gibi belli hastalıklara eşlik eden damgalama ve ayrımcılık bazıları için istihdam fırsatlarını kapatabilir ve yoksulluk ile hastalık arasındaki karşılıklı ilişkiyi daha da şiddetlendirir.

İnsanların daha uzun yaşadığı ve düşmekte olan doğum hızına bağlı işgücündeki potansiyel azalma düşünülürse, Avrupa'daki demografik değişimin önümüzdeki on yıllarda daha fazla ekonomik, bütçesel ve sosyal zorluğa sebep olacağı söylenebilir. Bölge'nin batı kısmında, 64 yaş üstü insan sayısı 1950'lerden bu yana iki kattan fazla artarken 80 yaş üstündekilerin sayısı ise dört kat artmıştır. Bu durum birçok bakımdan halk sağlığı için bir zafer olarak görülebilirken aynı zamanda sağlık ve sosyal sektörler için özel bir sorun ortaya koymaktadır. Bu konudaki tahminlere göre, Avrupa Birliği'nde 2005 ile 2050 yılları arasında yaşlı ve ekonomik olarak aktif olmayan insanların (>65 yaş) çalışma yaşındaki insanlara oranı iki kattan daha fazla olabilecektir. İnsanların yaşamlarında olabildiğince geç dönemlere kadar sağlıklı ve bağımsız kalması her zamankinden daha önemlidir. Böylece, orta yaşlı çalışan nüfusta görülen erken ölümler önlenmiş ve morbidite yaşamın sonuna doğru baskılanmış olacaktır.

Küreselleşme ve kentleşme toplumu bazı özel zorluklarla karşılaştırmaktadır. Küreselleşme düşük ve orta gelirli ülkelerdeki nüfuslar için enerjisi, doymuş yağ, tuz ve şekeri yüksek sağlıksız diyetler tüketme eğilimi ile ilişkilidir. Birçok ülkede, günlük gıda alımları sadece birkaç perakendeciye bağlıdır ve yerel pazarlar yok olmaktadır. Bu eğilim Batı Avrupa'da

başlamıştır ve bugün Doğu Avrupa'nın bazı kısımlarında da görülmektedir. Ticaret anlaşmaları, ortak pazarlar ile tütün ve alkolün milletler üstü pazarlanması hükümetlerin bunların tedarik ve ulaşılabilirliği üzerinde etkili kontrol sağlama çabalarını zayıflatmaktadır. Kentli nüfuslar, hızla artmakta olan motorize ulaşım ve gelişigüzel kentleşme ile ev, iş ve okul ortamlarında azalmakta olan günlük fiziksel aktivite fırsatları ile giderek daha sedanter hale gelmektedir. Modern "obezojenik" çevrelerimiz, sağlıksız diyet ve fiziksel inaktivite ile birlikte, diyabet gibi diğer bulaşıcı olmayan hastalıklara destek olduğu gibi, özellikle de çocuklar arasında, obezite düzeyleri üzerine ciddi etkilere sahiptir.

Sağlığın teşviki ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi sağlık sistemi bütçesi içinde göreceli olarak daha küçük bir paya sahiptir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı'na (OECD) göre, OECD ülkelerinde harcamaların çoğu hasta bakımına odaklanmışken ortalama toplam sağlık harcamasının sadece %3'ü tüm nüfusu kapsayan önleme ve halk sağlığı programlarına gitmektedir. Buna ilaveten, bağışçı ajanslar ve uluslararası yardım çabaları en başta bulaşıcı hastalıklara yönlendirilmekte, bu durum da Avrupa gibi bir bölgede dikkati ölüm ve hastalık yüküne en çok katkı sağlayan nedenlerden başka yöne çevirmektedir. Kalp-damar hastalıkları Avrupa'da AIDS, tüberküloz ve sıtmanın birarada oluşturduğundan 46 kat daha fazla ölüme ve 11 kat daha fazla hastalık yüküne sebep olmaktadır.

Sağlık hizmetleri sıklıkla önlemeden ziyade tedaviye, kronik bakım modellerinden çok akut bakım modellerine yönlendirilmekte, bu durum da önleme, erken tespit ve tedavi fırsatlarının kaçırılmasına yol açmaktadır. Diyabetli kimselerin %50'si belirlenmemiş olabilmekte, diyabetli kişilerin %80'e çıkabilen oranlarda kalp-damar hastalıklarından öleceği bilinmesine rağmen, tanı almış olanların da %50'sinin metabolik, lipid ve kan basıncı kontrolü memnun edici düzeyde bulunmamaktadır. Bazı yaygın hastalıklara yönelik sağlık hizmet kalitesi hala üzücü düzeyde yetersizdir ve halk sağlığı kapasitesi bu zorluk karşısında yetersiz kalabilmektedir. Etkili müdahalelerin uygulanmasında büyük bir boşluk vardır. Örneğin, Avrupa'da her yıl 30.000 kadın serviks kanserinden ölmektedir ve ölüm hızları Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde Batı Avrupa'ya göre iki ile dört kat daha fazladır. Oysa bu ölümler erken tespit ve tedavi ile büyük oranda önenebilir.

Sağlık kazanımına yönelik potansiyel

Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için halihazırda etkili müdahaleler mevcuttur. Halihazırda risk faktörlerini önlenmek ve değiştirmek; hastalığın başlaması ve ilerlemesini önlemek; engelliliği önlemek; erken ya da ağrılı ölümleri önlemek mümkündür. Sağlık çıktıları erken teşhis, uygun tedavi ve etkili rehabilitasyonla iyileştirilebilir. Buradaki sorunun çözümü mevcut olan bilginin daha iyi ve daha hakkaniyetli bir biçimde herkesin faydalanması için uygulamaya dönüştürülmesinde yatmaktadır. Bazı ülkelerde önemli başarılar elde edilirken ülkeler içinde ve arasındaki açıklıklar Avrupa'da hala sağlık kazanılması için çok büyük bir potansiyel bulunduğunu göstermektedir.

Kazanım için en büyük potansiyel önleyici yaklaşımda yatmaktadır. Koroner kalp hastalığı örneğini alacak olursak (KKH), Finlandiya'da 1972-1992 yılları arasında koroner kalp hastalığı ölümlerinde görülen toplam %80'lik azalma başlıca risk faktörlerinde görülen düşme ile açıklanmaktadır. Benzer şekilde, İrlanda'da 1985-2000 yılları arasında 25-84 yaş grubundaki kişilerde koroner kalp hastalığı ölümlerinde görülen yaklaşık yarı yarıya azalma (%48,1) toplumsal risk faktörlerinde görülen iyi yönde eğilimlere atfedilmektedir. Her iki ülkede de, en önemli faydalar kötü kolesterol konsantrasyonlarında, tütün kullanım prevalansında ve kan basıncı düzeylerindeki azalmalardan kaynaklanmış gözükmektedir.

Hepsinin üstünde, toplum tabanlı önleme uzun vadede en sürdürülebilir olan stratejidir ve birkaç bulaşıcı olmayan hastalık ile ortak risk faktörlerine aynı zamanda yönelen bir araçtır. Toplumda risk faktörleri prevalansını toptan azaltmaya yönelik etkili müdahale örnekleri arasında tütün ürünlerinin vergilendirilmesi veya işlenmiş gıdalarda yağ, tuz ve şeker oranlarının düşürülmesi bulunmaktadır. Toplum düzeyinde çoklu risk faktörü müdahaleleri risk faktörü profillerinde değişiklikler meydana getirebilmektedir. Bu da bireysel düzeyde çok belirgin olmamakla birlikte, toplum ölçeğinde bulaşıcı olmayan hastalık ölümleri üzerinde önemli bir etkiye yol açabilmektedir. Örneğin; İngiltere için, kardiyovasküler risk faktörlerindeki küçük değişikliklerle koroner kalp hastalığı ölümlerinin yarı yarıya indirilebileceği tahmin edilmektedir: toplumda %1'lik bir kolesterol düşüşü koroner kalp hastalığı mortalitesinde %2-4 oranında azalmaya neden olabilir; tütün kullanım prevalansında %1'lik bir düşüş yılda 2000 tane daha az koroner kalp hastalığı ölümüne neden olabilir; İngiltere nüfusunun diyastolik kan basıncında %1'lik bir azalma her yıl yaklaşık 1500 koroner kalp hastalığı ölümünü önleyebilir.

Dikkatler sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasına odaklanmalıdır. İngiltere’de diyabet komplikasyonları kaynaklı morbidite en yoksul insanlar arasında en zengin olanlara göre üç buçuk kat daha yüksektir. Yapılan araştırmalar aynı zamanda yarı vasıflı ve vasıfsız bedensel mesleklerde çalışan 20 ile 64 yaş arası erkeklerin, profesyonel ve idari pozisyonlarda çalışanlara göre üç kat daha fazla kalp-damar hastalığı kaynaklı erken ölüm riskine sahip olduklarını göstermiştir. Sosyal değişkenler ve sağlık eşitsizliklerinin etkisine dair kanıtlar çok kuvvetlidir. Ekonomik büyüme, gelir eşitsizlikleri ve yoksulluk, eğitim, iş çevresi, işsizlik ve sağlık hizmetlerine erişim gibi geniş sağlık belirleyicileri ile mücadele politikalarının uygulanmasına dayandırılan müdahaleler önemli sağlık kazanımları için başlıca seçenekleri temsil etmektedir. Bu toplum çapında geniş tedbirler hem sağlık, hem de sağlık dışı sektörlerin birlikte çalıştığı yaygın toplumsal gayreti gerektirir. Sağlık sektörü, belli koşulların tanımlanmasında oynadıkları rolün ve bunların iyileştirilmesinde taşıdıkları sorumluluğun daha fazla farkına varmalarını sağlamak için toplumun farklı sektörlerine erişme ihtiyacı içindedir. Doğaları gereğince, sağlıkta sosyal eşitsizliklerin azaltılması çabaları sağlık eşitsizliklerini hedefleyen müstakil faaliyetlerden ziyade, sosyal ve ekonomik politikalarla entegre olarak değerlendirilmelidir.

Önleyici yaklaşım hem toplum hem de birey düzeyinde eşzamanlı olarak yürütülmelidir. Yüksek risk altındaki kimselere müdahale edilmedikçe, kısa vadeden orta vadeye bulaşıcı olmayan hastalıklar kaynaklı morbidite ve mortalite üzerinde sadece sınırlı bir etki olacaktır. Diyabet hastası olma riski yüksek olan bozulmuş glukoz toleranslı bireylerde, yoğun bir yaşam tarzı değiştirme programı diyabet riskini %58, farmakolojik müdahale ise %31 oranında azaltabilir. Örneğin, kombine ilaç tedavisi (aspirin, beta bloker, diüretik ve statin gibi) yüksek risklerden birine sahip olanlar arasında görülen kalp krizinde %75’e kadar azalmaya yol açabilir. Henüz bu etkili tedbirlerin birçoğu uygulanmamakta olmasına rağmen, EUROASPIRE II çalışması, örnek olarak, Avrupa’da tekrarlayan koroner kalp hastalığı riskini azaltmak için hala yaşam tarzı değişiklikleri, diğer risk faktörlerinin sıkı kontrolü ve kanıtlanmış ilaç tedavilerinin daha etkili kullanımı ile önemli fırsatlar bulunduğunu ve Avrupa’daki koroner hastalarının yaklaşık yarısının hala daha yoğun bir kan basıncı yönetimine ihtiyacı olduğunu bulmuştur.

Eğer etkili bir şekilde uygulanırsa ve ihtiyacı olanlar için etkili, ödenebilir ve kabul edilebilir bir tedavi mümkünse **tıbbi tarama programları sakatlığı ve ölümü önleyip yaşam kalitesini iyileştirebilir.** Yüksek hastalık riski altındaki bireyleri tespit etmeye yönelik kanıtlanmış tarama testlerinin sayısı sınırlıdır ve varolanların etkili bir şekilde uygulanması için sağlık sistemleri kapasitesi yeterli olmalıdır. Bir seferde birkaç risk faktörünü birden dikkate alan bütüncül veya toptan bir risk yaklaşımı kullanarak artmış kalp-damar hastalığı riski için bireyleri tarama ve

sonra tedavi etme yöntemi, bireysel risk faktörleri üzerine ya da bireysel risk faktörlerinin keyfi 'cut-off' düzeylerine odaklanmış yaklaşımlardan daha maliyet etkilidir (7). Uygun tedavi sağlamak için yeterli kaynağa sahip ülkelerde meme ve serviks kanserlerinin erken tespiti için bireylerin taranması da özellikle de bu organize ve toplum çapında tarama programlarıyla yapıyorsa etkili olmaktadır (8,9). Diyabetik retinopati diyabetin kolayca tanımlanabilen ve tedavi edilebilen bir komplikasyonudur. Fakat yüksek risk altındaki bireylerin düzenli taranması ve tedavisi körlüğü önleyebilecek iken Avrupa'da önemli bir görme kaybı sebebidir.

21. yüzyıl Avrupasında hem toplum tabanlı hem de yüksek riske yönelik yaklaşımlar amaca uygundur. Bununla birlikte, bu yaklaşımların daha ileri kazanım ve uygulanabilirlik potansiyeli ülkeden ülkeye ve zaman içinde değişebilmektedir. Tütünün vergilendirilmesi ve doymuş yağ yerine doymamış yağ kullanılması gibi göreceli olarak basit ve ucuz stratejilerin yaygın olarak uygulanmakta olduğu Avrupa ülkeleri için, paralelinde yüksek risk altındaki hastaları hedefleyen bireysel stratejilerin de başlatılması gereğine rağmen, toplumsal stratejiler en büyük etkiyi sağlamaktadır. Öte yandan, risk faktörleriyle mücadelede başarılı çıktıları olan toplumsal düzeyli stratejilerin onlarca yıldır var olduğu Avrupa ülkelerinde, artmakta olan *ilave* sağlık kazanımı potansiyeli, yüksek risk altındaki hastaları hedefleyen bireysel stratejilerde yatıyor olabilir. Ancak toplumsal düzeyli yaklaşımlar da devam ettirilmelidir.

Kişisel hastalık geliştirme riski birey, onun kişisel yatkınlığı ve daha geniş çevre arasındaki etkileşime bağlı olabilmektedir. Daha modifiye edilebilir risk faktörlerinin ve daha geniş kapsamlı belirleyicilerin azaltılması ve kontrolü bulaşıcı olmayan hastalıkları önleme ve kontrol faaliyetlerinin mihenk taşı olmakla birlikte, önümüzdeki 5-10 yılda tek gen bozuklukları ve yaygın hastalıklara genetik yatkınlık için artan sayıda test geliştirilmiş olacaktır. Böylece, asemptomatik bireyleri genetik bozukluklar için test etmek ve daha yüksek genetik risk altında olanları tanımlamak mümkün olacaktır. Bu, semptom ortaya çıkmadan daha erken ve hedefe yönelik müdahale yapılmasına imkân verecektir. Ayrıca, tanıyı doğrulamak ve yeni tedaviler önermek için hastalık belirtisi taşıyan bireyleri de test etmek mümkün olacaktır. Bu bilimsel ilerlemelerden elde edilecek sağlık kazanımı potansiyelinin boyutu halen bilinmemektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin organizasyonu, personel alımı ve hizmet sunumu üzerinde önemli sonuçları olacak ve ayrıca etik ve erişimde hakkaniyete dair konuları gündeme getirecek gibi gözükmemektedir.

Önleyici müdahaleler, sağlığı koruyucu faktörleri güçlendirme çabaları ile birleştirilmelidir ki bu da insanların esnekliğini artıracak ve risk faktörleri ile hastalığa karşı dirençlerini geliştirebilecektir (10). Ebeveynler ve küçük çocukları konuya erken angaje edip yeterli desteği sağlayarak hayata iyi bir başlangıcı teşvik etmek, yaşam boyu sonuçları olan fiziksel ve duygusal gelişime yapılmış önemli bir yatırımdır. Bir sosyal ağa ait olmanın ve birilerine bağlı hissetmenin sağlık üzerinde güçlü bir koruyucu etkisi olabilir. İyi bir sosyal destek, özellikle de zorlu yaşam geçişleriyle başa çıkmakta, insanlara ihtiyaçları olan duygusal ve pratik kaynakların verilmesine yardımcı olabilir. Etkili müdahaleler arasında okullar, işyeri ve toplumdaki sosyal çevrenin iyileştirilmesi, yaşlılar için sosyal desteğin güçlendirilmesi ve insanları problem çözme becerisi ve sosyal beceriler ile donatan, ayrıca stres yönetimi öğreten programların sağlanması bulunmaktadır.

Kanıtı dayalı ve maliyet etkili müdahalelere odaklanmak ve müdahale kalitesini iyileştirmek kaynak kullanımı ve sağlık kazanımı için potansiyel sağlanmasında verimli bir yöntem olabilir. Hastalık yönetiminde morbiditeyi, engelliliği ve mortaliteyi azaltmak için etkili müdahaleler vardır. Ancak bunlar başarının en üst ölçekte sağlanması için sıklıkla erken tespit ve organize tedavi sistemlerine dayanmaktadırlar (11). Örneğin, felç ünitesinde verilen tedavi ile sağlanan felç tedavisinin, ölenlerin veya temel günlük yaşam aktiviteleri (GYA) için başkalarına bağımlı hale gelen hastaların oranını %25 düşürdüğü gösterilmiştir. Hizmet kalitesi düşük kaynaklı ortamlarda bile iyileştirilebilir olsa da buradaki mesele, sağlık sistemlerinin etkili müdahaleleri geniş bir ölçeğe uyarlayabilme yetkinliğinde yatmaktadır.

Kronik hastalık yönetiminin iyileştirilmesinde **programların, en büyük faydayı sağlamak için, hem kronik hastalık tedavisindeki yaygın yaklaşımları hem de hastalığa özel yaklaşımları dikkate alması gerekmektedir.** Kronik koşulların tedavisinin iyileştirilmesine odaklanmış modeller mevcuttur ve İngiltere, Danimarka gibi birkaç ülkede uygulanmaktadır. Spesifik bazı hastalıkların tedavisi için ilave bazı çerçeveler ve rehberler de bulunmaktadır. Yüksek oranda birlikte görülen hastalıklar bulunduğu göz önüne alındığında, hastaların bütün ihtiyaçlarına yönelik tedaviler bireysel hastalıklara yönelik tedavilerden daha umut vaad eden bir strateji gibi gözükmektedir. Tek bir hastalığın yönetimi için hazırlanmış rehberler komorbiditenin boyut ve etkilerini tanımlıyor olabilir. Bunun içinde, entegre hizmetin sağlanmasında temel sağlık hizmeti doktorlarının önemli bir rolü vardır. Hastalığın yönetiminde hastanın aktif katılımı sağlık çıktılarını iyileştirebilir. Örneğin, tip 2 diyabetlilerde kendi kendine yönetim stratejileri eğitimi, açlık kan glukozu düzeylerini, hemoglobin A1C'yi ve diyabet ile ilgili bilginin iyileştirilmesinde ve sistolik kan basıncı düzeylerinin, vücut ağırlığının ve diyabet ilaçlarına gereksinimin azalmasında etkilidir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadeleye yapılan yatırımın birçok düşük ve orta gelirli ülkede sağlığa dair ve ekonomik kazanım üzerinde önemli bir etkisi olacaktır. Örneğin, Doğu Avrupa ve eski Sovyetler Birliği ülkeleri için yetişkin mortalitesinin, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve dış sebepler üzerine odaklanarak, Avrupa Birliği'nde bulunan mortalite düzeyine indirilmesi, doğumda beklenen yaşam süresi üzerinde, ortalama 8 yıllık bir kazanımla, önemli bir etkiye yol açacaktır (12). Rusya Federasyonu için, eğer 2025 yılına kadar EU-15⁴ oranları başarılsa, 2002 yılının gayri safi milli hâsılasının (GSMH) %29'u kadar yüksek potansiyel ekonomik kazanımlar tahmin edilmiştir. Benzer şekilde, tüm nüfusun sağlığını iyileştirmek ve sağlık eşitsizliklerini azaltmak için önleyici yaklaşımlar ve daha geniş bir çerçevede sağlık belirleyicileri üzerine odaklanmak, giderek yükselmekte olan tedavi masraflarını kontrol altına alma mücadelesi veren yüksek gelirli ülkelerde temel bir gereklilik olarak görülmektedir (14).

Özet olarak, sağlık kazanımı için en büyük genel potansiyel kapsamlı bir stratejide yatmaktadır. Bu strateji, eş zamanlı olarak toplum düzeyinde sağlığın promosyonu ve hastalık önleme programlarını teşvik eden ve aktif olarak yüksek risk altındaki grupları ve bireyleri hedefleyen, bir yandan da toplumun etkili tedavi ve bakımla kapsanmışlığını maksimize eden bir stratejidir. Sağlığın daha geniş belirleyicileri ile uğraşmak ve ülkeler içinde ve arasındaki eşitsizlikleri azaltmak büyük ilerlemelere katkı sağlama potansiyeline sahiptir.

4 Avrupa Birliği, 2004 yılına kadar 15 Üye Devleti kapsamakta idi.

Bu Avrupa stratejisinin çerçevesi, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Herkes için Sağlık politikası çerçevesi ile entegre olarak geliştirilmiştir (15). Herkes için Sağlık politikası çerçevesinin sağlığın temel bir hak olduğu vizyonunu; hakkaniyet, dayanışma, katılım şeklindeki esas teşkil eden değerlerini ve politika belirleyicilere yönelik kendi sağlık sistemlerinin etik olarak yönetimi bağlamında bu değerleri eylem ile ilişkilendirmeleri çağrısını paylaşmaktadır. Strateji, bu çerçeve içerisinde bir ülkede tüm düzeylerde politika geliştirilirken kılavuzluk etmesi gereken beş önemli ilkeyi yeniden beyan eder:

- Sağlık politikasının nihai hedefi herkes için tam sağlık potansiyelini başarmaktır.
- Ülkeler arasındaki ve içindeki sağlık açığının kapatılması (örn. dayanışma) halk sağlığı için temel bir gerekliliktir.
- Halk katılımı sağlığın geliştirilmesi için hayati öneme haizdir.
- Sağlığın geliştirilmesi yalnızca sağlık belirleyicilerine yönelik çok sektörlü stratejiler ve sektörler arası yatırımlar aracılığıyla başarılabilir.
- Toplumun kesimi kendi faaliyetlerinin sağlık üzerindeki etkilerinden sorumludur.

Herkes için Sağlık vizyonuna ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasasındaki sağlık tanımına uygun olarak sağlık, pozitif bir iyi olma durumu olup “sadece hastalık bulunmayışı hali değildir” ve sağlık politikası sadece hasta tedavisinden çok daha fazlasıdır. Sağlık, bir hak olarak, yalnızca zamanında ve uygun tedaviye değil, aynı zamanda sağlığın altta yatan belirleyicilerine kadar uzanır. Bir hükümetin, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde faaliyet gösterme ve bunu politikaya çevirme sorumluluğu vardır. Bu politika sağlık fırsatları oluşturma koşullarına imkan verilmesini ve nihai olarak iyi sağlık çıktılarını yaş, cinsiyet, etnik köken vs.’den bağımsız olarak herkes için sağlayan bir politika olmalıdır. Bundan dolayı, Herkes için Sağlık yaklaşımına uygun olarak, bu strateji sağlığın geliştirilmesi için gereken dört tip program çabasının hepsine yöneliktir: sağlık belirleyicilerinin ele alınması, sağlık yaşam tarzlarının teşviki; önleme ve erken teşhis programları ve hasta merkezli sağlık hizmeti.

Stratejik yaklaşım

Stratejinin odak noktaları bulaşıcı olmayan hastalıkların hem önlenmesi hem de kontrol edilmesidir. Sağlık çıktılarını ve halihazırda hastalıktan muzdarip olanların yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik faaliyetler ile hastalık, engellilik ve erken ölümlerin önlenabilir sebepleri konulu faaliyetleri dengelemeyi amaçlar. Bu strateji risk faktörlerini önleme ve modifiye etme; hastalığın başlamasını ya da ilerlemesini önleme; engelliliği önleme; ağrılı veya erken ölümleri önlemeye çalışmaktadır.

Stratejinin kapsamı ortak risk faktörleri, altta yatan belirleyiciler ve önlemeye yönelik fırsatlar ile birbirleriyle bağlantılı bulunan bulaşıcı olmayan hastalıkların tümünü içermektedir. Önde gelen hastalıkların çok faktörlü etyolojisi, bireylerde, özellikle de toplum içerisinde en savunmasız olanlarda risk faktörlerinin sıklıkla birarada bulunduğu düşünülecek olursa bu daha etkili ve verimli bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.

Kapsamlı bir yaklaşım, tüm nüfusa, en yüksek risk altında bulunan bireylere ve erken ya da yerleşik hastalığı olanlara yönelik müdahaleler ile sağlığın teşviki-hastalıkların önlenmesi ve hastalık yönetiminin devamlılığı boyunca çaba göstermeyi gerektirir. **Stratejik yaklaşım birkaç önemli bileşeni temel almaktadır (bk. Kutu 1).**

1. Stratejik Yaklaşım

Bulaşıcı olmayan hastalıklar ile eş zamanlı mücadele etmeye yönelik kapsamlı bir yaklaşım:

- toplum düzeyinde sağlığın promosyonu ve hastalık önleme programlarını teşvik eder,
- yüksek risk altındaki grupları ve bireyleri aktif olarak hedef alır,
- toplumun etkili tedavi ve hizmetle kapsanmışlığını maksimize ederken bir yandan da sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmaya yönelik politika ve eylemleri sistematik olarak entegre eder.

Etkili olmak için, böyle bir yaklaşımın risk faktörleri ile bunların altta yatan belirleyicileri üzerinde sektörler arası entegre faaliyet yürütmesi ve bunların daha iyi önleme ve kontrole yönelik sağlık sistemlerini güçlendirme çabaları ile kombine edilmesi gereklidir. **Stratejinin vizyon, hedef ve amaçları Kutu 2’de belirtilmiştir.**

2. Vizyon, hedef ve amaçlar

Vizyon

Önlenebilir bulaşıcı olmayan hastalıklardan, erken ölümlerden ve önlenebilir engellilikten kurtulmuş, sağlığı teşvik eden bir Avrupa.

Hedef

Erken ölümleri engellemek ve entegre faaliyetler yürüterek, yaşam kalitesini iyileştirerek ve sağlıklı yaşam beklentisini Üye Devletler içinde ve arasında daha hakkaniyete uygun kılarak bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan hastalık yükünü önemli ölçüde azaltmak.

Amaçlar

Risk faktörleri ve bunların altta yatan belirleyicileri üzerine sektörler arası entegre faaliyet yürütmek.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların daha iyi önlenmesi ve kontrolü için sağlık sistemlerini güçlendirmek.

Eylemlere Avrupa bulaşıcı olmayan hastalıklar stratejisinin **kilit mesajları** rehberlik etmektedir (bk. Kutu 3).

3. Kilit mesajlar

1. Yaşam boyu önleme etkili bir yöntemdir ve sağlığa ve kalkınmaya yapılmış bir yatırım olarak değerlendirilmelidir.
2. Toplum, sağlığı destekleyici çevreler yaratmalıdır ki sağlıklı seçenekler aynı zamanda daha kolay seçenekler haline gelsin.
3. Sağlık hizmetleri ve tıbbi hizmetler amaç için uygun olmalı, mevcut hastalık yüküne tepki vermeli ve sağlığın teşviki fırsatlarını artırmalıdır.
4. İnsanlar kendi sağlıklarını teşvik etmek, sağlık hizmetleri ile etkin bir etkileşim sağlamak ve hastalık yönetiminde aktif katılımcı olmak üzere yetkinleştirilmelidir.
5. Sağlıkta hakkaniyeti başarmanın merkezinde; sağlığın teşvikine, hastalıkların önlenmesine ve sağlık hizmet sunumuna yönelik evrensel erişim sağlanması yer almaktadır.
6. Hükümetlerin her seviyede sağlıklı kamu politikaları oluşturma ve ilgili tüm sektörler arasında faaliyet yürütülmesini sağlama sorumluluğu bulunmaktadır.

Üye Devletlere bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünün gözden geçirilmesi ve güçlendirilmesinde yardımcı olmak üzere, eylemlerin organize edilmesi ve mevcut taahhütlere dayandırılması için birleşik bir çerçeve önerilmektedir.

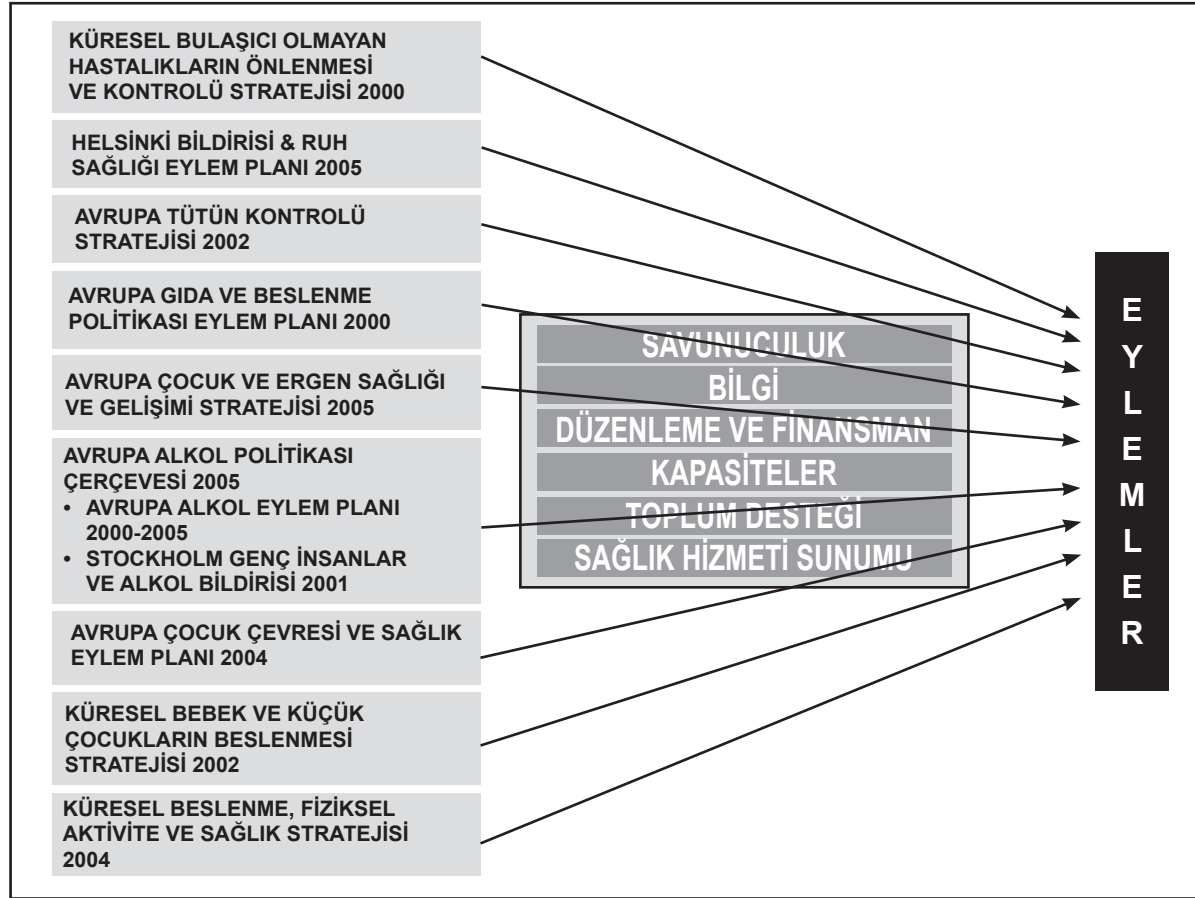
Bulaşıcı olmayan hastalıklar eylem çerçevesi (bk. Şekil 1), sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi ile sağlık hizmetini birleştirecek şekilde, halihazırda mevcut ve yüksek derecede alakalı iki çerçeveden çıkarılmıştır: Bangkok Küreselleşen Dünyada Sağlığın Teşviki Sözleşmesi -“Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World” (16) ve Dünya Sağlık Örgütü Sağlık Sistemleri Çerçevesi-“WHO Health Systems Framework” (17). Bu çerçeve aynı zamanda *Kronik hastalıkların önlenmesi: hayati bir yatırım* –“Preventing chronic diseases: a vital investment” (1) adlı küresel rapordan ve CINDI vizyonundan (18) yararlanmış ve bunların ortaya koyduğu uygulama çerçevelerine uygun hazırlanmıştır.

Şekil 1. Bulaşıcı olmayan hastalıklar konulu eylemlere yönelik birleşik çerçeve



Avrupa bulaşıcı olmayan hastalıklar stratejisi Üye Devletlere bulaşıcı olmayan hastalıklarla yaşam boyunca kapsamlı mücadele ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü stratejilerini ve eylem planlarını tutarlı ve karşılıklı güçlendirici bir çerçeve içinde bir araya getirme fırsatı sağlamaktadır (Şekil 2 ve Ek 2). Bu stratejileri ve eylem planlarını tekrar etmeye veya onların yerini almaya çalışmamakta, daha çok bunların deneyimlerinden yararlanmayı, sunumlarını güçlendirmeyi ve ortak bir hedefin başarılması için onlarla birlikte çalışmayı amaçlamaktadır. Hem yatay hem de dikey yaklaşımların bir kombinasyonu ve aynı zamanda potansiyel sinerjiler oluşmasını başarmak için bunların iyi koordine ve entegre edilmiş olması gerekmektedir.

Şekil 2. Kapsamlı, eyleme yönelik yaklaşım



Aşağıdaki “Eylem çerçevesi” başlıklı kısımda (sayfa 23-33), Şekil 1 ve 2’de vurgulanan altı alan daha detaylı açıklanmış ve bunların nasıl bir araya getirilebileceğini göstermek için faaliyet örnekleri verilmiştir. Bu çerçeve aynı zamanda kilit mesajlara tepki verme, diğer stratejilerin ve eylem planlarının halihazırda kapsamadıklarını tespit etme ve sağlığın belirleyicilerinin öneminin ve sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması ihtiyacının altını çizme fırsatı sağlamaktadır.

Avrupa bulaşıcı olmayan hastalıklar stratejisi, tüm hükümetler ve diğer ilgili karar alma organlarını, hangi politika seçeneklerinin stratejinin niyetini en iyi şekilde gerçekleştireceği konusunda araştırma ve karar verme yükümlülüğü getirmektedir. Tüm Avrupa ülkeleri birbirinden farklı ve bu ülkelerin, kaynaklarında ve kapasite düzeylerinde olduğu gibi, karşılaştıkları bulaşıcı olmayan hastalık sorunlarında da geniş bir çeşitlilik bulunmakla birlikte, hepsi için etkin biçimde tepki vermek mümkündür. Bu strateji, ilk olarak, Üye Devletlerin yürürlükteki yaklaşımlarını değerlendirmelerinde rehberlik etmeli, ikinci olarak ta bulaşıcı olmayan hastalıklarla kapsamlı bir şekilde mücadele etmek üzere kendi ulusal halk sağlığı politikalarını geliştirmeleri ya da daha da güçlendirmeleri için yürürlükteki yaklaşımlarını ıslah etme çalışmalarına yardımcı olmalıdır. Eylemlerin çoğu için araçlar, aktörler ve ortamlar gerekmektedir ve bunlar sonraki iki bölümde farklı biçimlerde ele alınmaktadır. “Harekete geçmek” başlıklı bölüm (sayfa 34-39), bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü politikasının geliştirilmesi, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesinde hükümetin, özellikle de sağlık bakanlığının rolüne daha detaylı olarak değinecektir. Yürütülebilecek her faaliyet için belirleyici olan, politik taahhütlerdir.

Bu bölüm “Stratejik yaklaşım” (sayfa 16-20) başlıklı bölümde tanıtılan çerçevenin altı alanının her birini anlatmakta ve her bir alanın neyi kapsadığını tanımlayarak dahil edilebilecek eylem örnekleri vermektedir. Yürürlükteki Dünya Sağlık Örgütü stratejileri ve eylem planlarından ve bunların yanı sıra *Sağlık için fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi - Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi eylem çerçevesi (Promoting physical activity for health - a framework for action in the WHO European Region)* gibi Dünya Sağlık Örgütü Obeziteyle Mücadele Avrupa Bakanlar Konferansı (WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, 15-17 Kasım 2006, İstanbul) için hazırlanan dokümanlar, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı 2007-2012 (*WHO European Food and Nutrition Action Plan 2007-2012*) ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi Ülke Stratejisi: Sağlık Sistemlerinin Güçlendirilmesi’nin (*WHO Regional Office for Europe’s Country Strategy: Strengthening Health Systems*) sonraki fazı için öneri metni (19) gibi diğer ilgili materyallerden faydalanır. Bu bölüm temelde sağlık bakanlıkları ve halk sağlığı politikası yapımcılarına yöneliktir. Ancak sivil toplum örgütleri, özel sektör ve toplum grupları gibi diğer paydaşlar da kendi çalışmalarıyla ilgili örnekleri tanıyacaklardır.

Savunma

Sağlığın savunulması politik bağlılık, politik destek, sosyal kabul ve belli bir sağlık hedefi ya da programı için sistem desteği kazanmak üzere tasarlanmış bireysel ve sosyal faaliyetlerin bir kombinasyonudur. Amacı sağlığa ve sağlıklı yaşam tarzlarının başarılmasına yardımcı olan yaşam koşulları oluşturmaktır. Sağlığın teşviki için başta gelen stratejilerden biri olarak savunuculuk yaygın medyanın kullanılması, doğrudan politik lobicilik ve belli konular etrafında oluşturulan çıkar birlikleri örneği gibi yollarla toplumun mobilize edilmesi dâhil birçok şekilde olabilmektedir. Halk sağlığı politikası yapımcılarının, özellikle de sağlık bakanlıklarının, en dikkate değer şekilde sağlık ve belirleyicileri üzerine etkili politikaları ile avukat gibi davranma ve hükümet içerisinde ve diğer ilgili sektörler ile sağlık için bariz önderlik gösterme mesuliyeti bulunmaktadır.

Spesifik eylem örnekleri aşağıda verilmektedir:

Tüm politikalar için sağlığın savunulması- hükümet içinde ve diğer sektörlerde

- Belirleyiciler ve sağlık arasındaki ilişkiyi, bu belirleyicilerin çoğunun yerinin sağlık sektörü dışında olduğunu ve bunlarla mücadelede tüm sektörlerin rol alması ihtiyacını vurgula.
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinin bir bütün olarak diğer sektörler ve kalkınma için üretkenlik, istihdam, sosyal kohezyon ve ekonomik kalkınma gibi faydaları olan bir yatırım olduğunu tartış.
- Hükümet içinde sektörler arası komiteler kurma, paylaşılan hedeflerin ve kaynakların tespiti ve ortak bir değerler sistemi benimseme gibi ortak çalışmaları kolaylaştıran mekanizmalar geliştir.
- Sağlığa yönelik riskleri azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için sağlıklı diyet ve daha iyi beslenmeye, barınmaya, eğitime, fiziksel aktiviteyi kolaylaştıracak çevresel koşullara, iş çevresine, ekonomik güvenliğe vb. erişimi iyileştirmek gibi makro düzeyde stratejileri cesaretlendir.
- Sağlık etki değerlendirmesini bir politika, program ya da projenin bir toplumun sağlığı üzerindeki potansiyel etkilerini ve bu etkilerin nüfus içerisindeki dağılımını değerlendirme amaçlı bir araç olarak kullan.
- Aile dostu, özellikle de çalışan kadınların emzirmesini destekleyen, çalışma politikalarını savun.

Sağlık sektörü içinde öncülüğü üstlenerek sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik faaliyetleri savun.

- Yatırımlar arasında halkın sağlığını teşvik eden seçeneklere, sosyal ve ekonomik kalkınmaya potansiyel katkılarına bağlı olarak öncelik verilmesini teminat altına al.
- Yaş, cinsiyet, etnik kökene hassasiyet ve farklı savunmasız grupların ihtiyaçlarına göre politika ve hizmetlerin yeniden gözden geçirilmesi (örneğin, farklı sosyo-ekonomik gruplara yönelik olarak sağlık hizmetlerine erişimi değerlendiren hakkaniyet denetimi yapmak).
- Sağlık hizmetlerinde olumlu koruyucu faktörlerin artırılması (örneğin, hizmet sunum ekipleri için işle ilgili karar alma süreçlerinde sosyal destek ve katılımın artırılması).
- Kronik hastalığı olanların işe dönüşlerini kolaylaştırarak hasta-sağlık halinin yoksullar üzerindeki etkilerini azalt.
- Evsizler ve göçmenler gibi “ulaşılması zor” gruplar için özel hizmetler geliştir.

Politika yapıcılar sağlık politikalarını, halk sağlığını ve hizmet sunumunu giderek artan şekilde güvenilir bilgi ve kanıta dayandırma yönünde cesaretlendirilmektedir. Çünkü etkisiz müdahalelerin uygulanması kaynakları boşa harcamakta ve bireyler ile toplumlar için ters etkili olabilmektedir (20). Sağlık bakanlıkları, kendi yol gösterme ve idare fonksiyonlarını yerine getirmek için, izleme sürecine ve çıktılarına yönelik araçlar sağlamanın yanısıra, karar verme süreçlerini destekleyen, sağlık ihtiyaçlarını değerlendirme ve öncelik belirleme süreçleri için bilgi sağlayan, çalışır durumda ve kaliteli rutin bilgi sistemlerine ihtiyaç duymaktadırlar. Geniş bir göstergeler seti toplamak ve veriyi gelir düzeyi, yaş, cinsiyet, etnik köken gibi önemli nüfus kategorilerine ayırmak politika belirleyicilerine sağlık faydalarının farklı halk grupları arasındaki dağılımını değerlendirme ve hakkaniyeti başarma yolunda sağlanan ilerlemeyi analiz etme imkânı verir.

Nüfus çapında sağlık politikası kararları için, geniş bir kaynak yelpazesinden mümkün olan en yüksek kalitedeki kanıtlar seçilmelidir. Kati ve ikna edici kanıt eksikliği, özellikle de sağlığa yönelik riskin yüksek olduğu noktalarda eylemsizlik için bir sebep olmamalıdır. Halk sağlığı alanında karar verme işlemi, faal bulunduğu karmaşıklık ve belirsizlik koşullarının farkında olarak, saydam ve demokratik bir tavırla olmalıdır. İhtiyat ilkesi bu koşullar içinde risk yönetiminde yararlı bir araç olarak hizmet verebilir.

Sağlık okur-yazarlığını; örneğin, insanların sağlık bilgisine erişimini, bunları anlama ve sağlığı zenginleştirme yollarında etkili şekilde kullanma kapasitelerini; iyileştirmek bilgilendirilmiş karar verme ve yetkinleştirme için hayati önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerini yönlendirme, kendi kendine bakıma angaje olma ve karar verme sürecine katılma birçok insan için, özellikle de savunmasız, hasta, ağrılı ya da sağlıkları hakkında endişeli hissettikleri zamanlarda zorlayıcı durumlardır.

Spesifik eylem örnekleri aşağıda verilmektedir:

Mevcut bilgiyi daha iyi kullan

- Kanıta dayalı ve maliyet etkili müdahalelerin daha iyi uygulanabileceği ve etkinliklerinin düşük olduğu kanıtlanmış müdahalelerin azaltılabileceği yerlerin altını çiz.
- Araştırmanın uygulamaya daha hızlı ve etkili bir biçimde geçirilmesi için gerekli mekanizmaları yürürlüğe koy.
- Hastalıkları önleyici yaklaşımın temellerini, sağlık profesyonellerinin, vurgunun sıklıkla akut/teraviye dair hizmet modeli üzerinde bulunduğu mezuniyet öncesi ve sürekli eğitim programlarına dahil et.

Yeni bilgi ve enformasyon üret

- Politika ve hizmetlerin izleme ve değerlendirmesini rutin haline getir.
- Politika oluşturma, politika tavsiyesi verme ya da politika değerlendirmeleri ve araştırma yürütmeden sorumlu kurumlar kur ya da bunları güçlendir.
- Halk sağlığı müdahaleleri üzerine yapılan araştırmalarda boşlukları tespit et ve kaynakları buna göre değiştirerek ele al.
- Toplum sağlığı, sağlık riskleri ve sağlık belirleyicileri hakkındaki geniş (ve düzenlenmemiş) veriyi izlemek için halk sağlığı surveyans sistemleri kur.
- Sosyal belirleyiciler ve sağlık çıktıları arasındaki bağlantıya dair bilgiyi güçlendir.
- Yeni araştırmalara fon sağlarken, hem kadınların, hem de erkeklerin dâhil edilmesini (kanıta veya klinik temellere dayalı olarak herhangi bir cinsiyetin hariç tutulması haklı görülebilir değilse) sağla ki tüm nüfus alt grupları örneklemede temsil edilmiş ve aralarında gözlenen farklılıklar sonuçlarda raporlanmış olsun.

Politika yapımında bilgi kullanımını kolaylaştır

- Örneğin; ulusal halk sağlığı araştırma kurumlarını güçlendirme veya kurma gibi yollarla bilim adamları, politika danışmanları/geliştiricileri ve politikacılar arasındaki iletişimi kolaylaştır.
- Sağlık ihtiyaç değerlendirmesi ve politika yapımı için sağlık bilgisi kullanımı ve değerinin takdirine dönük beceriler geliştir.

Bilgiyi bir yetkilendirme ve angajman aracı olarak kullan

- Sağlık risklerini ve bilgiyi halka daha iyi iletmek için medya ile çalış.
- Halkı, önceliklerin belirlenmesi ve halk sağlığı karar verme süreçlerine kat.
- İnsanların sağlıklarını etkileyen önemli sağlık bilgisine erişimini temin et ve bilgi arama davranışını cesaretlendir ve kolaylaştır.

- Halkı genetik teknolojiler, bu tür gelişmelerin sunduğu seçenekler ve bunların etik yansımaları konulu gelişmeler hakkında bilgilendir.
- Hasta karar-destek yardımları ve kendi kendine yönetim kursları gibi sağlık okur-yazarlığını artırıcı mekanizmalar kullan ve sağlık okur-yazarlığına birer engel olan okuma yazma ve dil bilmemeyi ele al.
- Öğretmenler, polis memurları, şehir planlamacılar, sosyal hizmet çalışanları ve gazeteciler gibi sağlığı ve belirleyicileri üzerinde etkisi olan sağlık dışı profesyoneller arasında sağlık okur-yazarlığı ve kapasite oluşturun.

Düzenleme ve finansman

Düzenleme ve yasama, halk sağlığı politikası ve uygulamasının temel unsurlarıdır. Düzenleme yapma faaliyeti, sağlık bakanlıklarının geniş ölçüde bilinen bir mesuliyetidir ve sadece sağlık bakanlığı veya kamu sektörünün değil, sağlık sistemindeki tüm aktörlerin davranışlarını yöneten kuralların belli bir çerçeveye oturtulmasını ve bunlara uygunluğun teminini kapsar. Düzenleyici çerçeveler, üst düzeyde maliyet-etkili halk sağlığı müdahaleleri olabilsen de taahhüt ve kaynak eksikliği hükümetin düzenleyici sorumluluklarını yürütme ve mecbur tutmasına mani olabilir.

Sağlık finansmanı politika ve planların eyleme dönüştürülmesi için önemli bir araç olabilir. Sağlık finansmanı üç alt fonksiyon tanımlayan örtücü bir terimdir: (i) gelirleri artırmak, (ii) fonları bir havuzda toplamak ve sosyal dayanışmanın teşviki amacıyla nüfus içerisindeki risklere yönlertmek, (iii) halk sağlığı çıktılarına en üst düzeye çıkaracak şekilde, sağlayıcılar ve sağlık müdahaleleri arasında dağıtılan kaynaklarla hizmet satın alınması. Daha iyi hizmet ve sunum kalitesi için teşvikler oluşturmak, cepten sağlık harcaması yükünü hafifletmek ve ihtiyaç duyulan hizmete erişimin önündeki mali bariyerleri azaltmak gibi çeşitli finansman mekanizmaları bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü alanında değişiklik oluşturmaya yönelik kaldıraçlar olarak kullanılabilir.

Uluslararası, ulusal ve/veya yerel düzeyde spesifik eylem örnekleri aşağıda verilmektedir.

Düzenleyici çerçeveler (yasa, yönetmelikler, kurallar, akitler) geliştir ve yürürlüğe koy

- Tütün, alkol ve belirli gıdaların, özellikle gençler, eğitimsel ve sportif faaliyetler ile ilgili olan reklam, sponsorluk ve promosyonlarını kısıtla.
- Kamu taşımacılığı, iş yerleri, barlar, restoranlar, eğitim ve sağlık kurumları dahil tüm kamusal alanları sigarasız alan yaparak insanları çevresel tütün dumanından koru.

- Özellikle genç insanlara yönelik olmak üzere tütün ve alkol tedarikine karşı ruhsatlandırma ve satış kanunlarını kullan.
- Alkollü araba kullanımına karşı mevzuat gibi mevcut halk sağlığı mevzuatının uygulanmasını sağla.
- İnsan hakları mevzuatını, örnek olarak; sağlığı bir insan hakkı olarak tanıtmak; ekonomik operatörler tarafından çocukların hedef alınmasını kısıtlamak; yaş, cinsiyet veya etnik köken temelli ayrımcılıkla mücadele etmek; ruh sağlığı sorunu olanlara yönelik alçaltıcı davranışlara son vermek gibi halk sağlığı amaçları için kullan.
- İçerik, paket ve pazarlamaya yönelik düzenlemeler ve izleme ile yiyecek, tütün, alkol ve ilaç gibi belli ürünlerin kalitesini ve tüketici bilgisini kontrol altında tut.
- Tüketicilerin daha sağlıklı gıda seçimleri yapmalarına yardımcı olmak için açık ve anlaşılır beslenme bilgisi içeren etiketler geliştir.
- Üretilen gıdalardaki ilave edilmiş tuz, yağ ve şeker düzeylerinin; enerjisi yoğun ve besleyici değeri düşük belli yiyecek ve içeriklerin çocuklara pazarlanmasının azaltılması için gönüllü veya zorunlu anlaşmalar yoluyla endüstri ile birlikte çalış.
- Örneğin taşımacılık ve kentsel gelişim önerilerinin sağlık etki değerlendirmelerini kullanarak, inşa edilmiş çevrelerin, yürüyüş ve bisiklet kullanımını teşvik etme, aşırı kalabalığı azaltma ve sosyal etkileşim fırsatlarını artırma amacıyla düzenlenmesi.
- Özellikle hamilelik, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde hava kirliliği, zararlı toz ve kimyasallar ile fiziksel ve biyolojik ajanlara maruziyetin kontrolü vasıtasıyla iş yeri ve çevre güvenliğini teşvik et.

Daha sağlıklı seçimlerin teşviki için mali tedbirler kullan

- Meyve, sebze ve diğer sağlıklı gıdaların ödenebilir fiyatlarla erişilebilir oluşunu artırmak için uluslararası, ulusal ve yerel düzeylerde tarım ve ekonomi sektörleri ile birlikte çalış.
- Fiziksel aktiviteyi teşvik eden ödenebilir hizmetlere erişimi artırmak için yerel otoriteler ve diğer sunucularla birlikte çalış.
- Okul ve işyerleri gibi alanlarda yiyeceklerle ilgili davranışları etkilemek için sübvansiyonlar kullan.
- Tütün gibi sağlıksız emtiaların üretimine yönelik sübvansiyonları kaldır ve sübvansiyonları kademeli olarak et ve süt ürünlerinden meyve ve sebzelere aktar.
- Alkol ve tütün ürünleri fiyatının yüksek olmasına yol açacak bir vergilendirme politikası geliştir.
- Yürüyerek, bisiklet sürerek ve toplu taşıma araçları kullanarak ulaşım geçişe yönelik mali teşviklerle sürdürülebilir ve daha temiz bir taşımacılığı teşvik eden bir vergilendirme politikası geliştir.

- Gıda vergileri ile diğer mali tedbirleri gıda tüketimi ve davranışını etkilemek için bir araç olarak kullanma yolları araştır.

Değişimi etkilemek için sağlık finansman mekanizmalarını kullan

- Bazı ülkelerdeki bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklara ait “çifte yükü” dikkate alarak, kaynakların göreceli ihtiyaç, hastalık yükü, müdahalenin maliyet etkinliği ve sağlık kazanım potansiyeline göre yeniden dağıtılması için bir araç olarak kaynak tahsisini incele.
- Tütün, alkol vb. zararlı tüketimlerin vergilendirilmesinden elde edilen kaynakların sağlığın teşviki faaliyetlerine fon sağlamak için kullanılmasını, kaynakları hastalık yükünün en yüksek olduğu alanlara tahsis etmeyi, sadece tütün/alkol kontrolünden ziyade anlamlı bir şekilde birkaç risk faktörü ve davranışa yönelik müdahalelere fon sağlamayı düşün.
- Sağlık finansman modellerini, hizmetin önündeki mali bariyerleri azaltmak ve temel bir etkili koruma ve tedavi tedbirleri paketine evrensel erişimi sağlama yolu olarak kullan.
- Zenginleştirilmiş hastalık önleme hizmetleri ve iyileştirilmiş kronik hastalık tedavi kalitesi mali teşvik kullanım yollarını araştır.

Kapasiteler

Bir sağlık sistemi içerisinde üç temel kaynak vardır: insan kaynakları (sağlık hizmeti çalışanları, halk sağlığı uzmanları vb.), altyapı (binalar, tesisler vb.) ve sarf malzemeleri (ilaçlar, teknolojiler vb.). Yüksek kaliteli sağlık müdahaleleri ve çeşitli sağlık hizmet çıktıları üretmek için bu kaynaklara yatırım yapılması gerekmektedir.

İnsan kaynakları için önemli konular, doğru sayıda ve kategorideki sağlık çalışanının eğitilmesi ve doğru yerlerde görevlendirilmesi ile insan kaynaklarının yeterlilik, kalite ve üretkenliğini muhafaza etmesinin teminat altına alınmasıdır. Akut ve kronik sağlık sorunları arasında değişmekte olan denge, daha fazla hasta merkezli ve entegre bir hizmet modelini desteklemek üzere, beceri ve yeterliliklerinin genişletilmesi gereken sağlık hizmeti iş gücü üzerinde yeni ve farklı talepler doğurmaktadır (21). Avrupa'nın karşı karşıya olduğu özel bir sorun, özellikle de göç ederek başka herhangi bir yerde daha çekici alternatifler bulmanın mümkün olduğu düşünüldüğünde halk sağlığı sistemi içerisinde bulunurluk, beceriler ve motivasyonun devam ettirilmesi zorluğudur. Sağlık mesleği içerisinde, klinisyenlerin halk sağlığı çalışanlarına kıyasla daha yüksek bir “sosyal prestije” sahip oldukları algısı olabilir. Önleme ve sağlığın teşviki ile uğraşanların “görülebilir” olmayan çalışmalarının sağlık personel politikaları içinde ve eğitim, kariyer fırsatlarına yönelik değerlendirmelerde yeterince dikkate alınmadığı sık rastlanan bir durumdur.

Spesifik eylem örnekleri aşağıdaki gibidir.

Sağlık için insan kaynaklarına yatırım yap

- Mevcut ve gelecek sağlık çalışanlarını bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik bilgilerini iyileştirmek ve becerilerini genişletmek üzere, cinsiyet ve etnik kökene duyarlı bir şekilde hizmet sunumu için eğit ve öğret.
- Politika oluşturma, araştırma ve halk sağlığı becerileri konulu eğitimlere vurgu yaparak ve halk sağlığı çalışanlarının bulunurluğu, motivasyonu ve dağılımını iyileştirme yolları bularak halk sağlığı kapasitesi ve altyapısını güçlendir.
- Hastaları hastalık yönetimi ve önlenmesinde kendileri ve başkaları için bir kaynak olarak donat. Örneğin; “uzman hasta” modelini benimse.
- Mevcut insan kaynaklarını daha iyi kullan. Örneğin; hemşire, diş hekimi ve eczacıların çalışmalarında sağlığın teşviki ve önleme fırsatlarını artır.

Tesisler, laboratuvarlar, donanım, teknolojiler, ilaçlar geliştir

- Önleme için ihtiyaç duyulan tansiyon aletleri, tartılar, peak flow metreler ve glukoz ölçüm cihazları gibi temel donanımın doğru, ödenebilir ve kolayca bulunulabilir olmasını sağla.
- Sağlık teknoloji değerlendirmesini pahalı sağlık teknolojilerinden daha ödenebilir ve uygun sağlık teknolojilerine doğru geçiş için kullan.
- Yatırımların en iyi şekilde geri dönüşünü sağlamak için, daha pahalı teknolojilerin kullanım ve bakımı konusunda yeterli eğitimi sağla.
- Kendi hastalıklarını yönetmelerine destek olmak için, hastaların ilaçlarına bağlılıklarını destekle (etkili tedavilere erişimlerini sağlama amacıyla) ve glukoz ölçüm cihazları gibi sağlık teknolojilerini doğru kullanmaları için eğitim ver.

Toplum Desteği

Bireyler coğrafya, meslek, sosyal gruplar, boş zamanları değerlendirme aktiviteleri ve ortak ilgi alanları tarafından belirlenen çeşitli topluluklara ait olabilirler. Ortak bir kültürü, değerleri ve normlar paylaşabilir ve ortak bir tema veya amaçta birleşmiş olabilirler. Topluluklar, sosyal ağlar kurarak ve sosyal desteği harekete geçirerek bireyleri destekleyebilirler ki bunlar birlikte bireyler arasındaki bağlılığı teşvik eder ve yaşamlarının zor geçiş dönemlerinde ve etkilenmeye açık bulundukları dönemlerde destek olabilirler. Sağlık için topluluk faaliyeti, bireylerin kendi toplumlarında sağlığın belirleyicileri ve yaşam kalitesi ile refah üzerinde daha fazla etki ve kontrol sahibi olmak üzere birlikte hareket etmesini de içerir. Bir okul veya işyeri gibi insanların günlük faaliyetler ile meşgul oldukları alan veya ortamlar, insanların çevreyi aktif olarak

şekillendirebildiği ve sağlıkla ilgili sorunları çözebildiği yerlerdir. Toplumlar kendilerini, bireylerin ve ailelerin kendilerinin ve toplumun sağlık ve refahı için bir miktar sorumluluğu devraldığı şekilde organize etmiş olabilirler. Böylece, örneğin, aileleri ve belli bir kronik hastalıktan muzdarip olanları desteklemek üzere hasta kulüpleri veya destek grupları gelişmiş olabilir. Eğer sağlıkta daha büyük hakkaniyete ulaşılacak isteniyorsa toplulukların kamusal tartışma ve karar almada örgütlenmeleri ve katılımlarını kolaylaştırmak üzere yetkinleştirilmesi ilerleme için esastır.

Aşağıda spesifik eylem örnekleri verilmektedir.

Sağlığı koruyucu faktörleri artırarak destekleyici toplumlar geliştir

- Kendileri ve ailelerinin sağlığını teşvik etmek üzere harekete geçmeleri için bireyleri yetkinleştir.
- Örneğin, toplumsal ağlar başlatarak veya toplumsal etkileşim oluşmasına uygun ortamlar yaratarak sosyal katılımı yüreklendir ve sosyal destek yollarını güçlendir.
- Etnik kökenli ve diğer azınlık grupların entegrasyonunu daha da artırmak amacıyla sosyal sorumluluğu, hoşgörüyü, sosyal ve etnik çeşitliliğe karşı anlayışlılığı teşvik et.

Stres kaynaklarını azaltmak ve esnekliği artırmak üzere sektörler arasında sistematik olarak çalış

- Hayata sağlıklı bir başlangıcı teşvik et ve küçük çocukların ebeveynlerine ve genç annelere ebeveynlik becerilerini geliştirmelerinde yardımcı olarak doğumdan itibaren ebeveyn-çocuk ilişkisini destekle.
- Diğer nedenlerin yanı sıra, yaşamın sonraki dönemlerinde fiziksel ve ruhsal hastalık riskinin artmasına yol açtıkları için, çocuk istismarı ve ihmali azalt ve cinsiyetle ilgili şiddete karşı mücadele et.

Okul, hastane, işyeri gibi saha veya ortamların sağlığı teşvik potansiyelini geliştir

- Özellikle okul ve işe gidip gelmek için “aktif taşımacılığın” teşvik edilmesi.
- Okul ve işyerlerindeki yiyecek hizmetlerini daha sağlıklı gıda seçenekleri sağlayacak şekilde iyileştir.
- Fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için işyerlerini uyumlaştır ve kentsel çevrede gerekli değişiklikleri harekete geçir.

Bir toplumun bütün üyelerinin potansiyellerinin tümüne erişmekte yeterli olmalarını sağla

- Toplumda herkesin sağlığını iyileştirmek için fırsatta hakkaniyeti sağla.
- Ruh sağlığı sorunu olan insanlar için eğitim ve istihdam fırsatlarını artır.
- Engellilik ve diyabet gibi uzun süren hastalığı olan insanlara karşı haksız ayrımcılık yapılması gibi iş edinmeleri önündeki engelleri kaldır.
- Yaşlı insanları olabildiğince uzun süre fiziksel olarak aktif ve bağımsız kalmaları için destekle.

Sağlık hizmeti sunumu

Bir sağlık sisteminin hizmet sunum fonksiyonu, ihtiyaç duyulan en iyi hizmet karışımını nasıl verimli bir şekilde ürettiği ve nasıl erişilebilir kıldığı ile değerlendirilir. Asıl mesele toplumların müşteri odaklı ve kalitesi, güvenliliği ve tepkiselliği izlenmekte ve iyileştirilmekte olan gerekli sağlık hizmetleri tarafından kapsanmasını teminat altına almaktır. Hizmetlerin uygun şekilde organize edilmesi ve bilgi sistemlerinin uygun yönetimi bu süreci destekleyebilir.

Mevcut hastalık yüküne etkili bir şekilde cevap verebilmek için, sağlık sistemleri içerisindeki vurgunun sadece reaktif, planlanmamış ve vakaya yönelik hizmet sağlayabilen tıbbi, tedavi edici sağlık hizmetinden uzaklaşıp, uzun süreli kronik sağlık sorunları olan hastalar için daha fazla yapılanmış bir sağlık hizmetine doğru köklü bir değişimine gerek bulunmaktadır. Kronik veya uzun süreli sağlık sorunu olanlarla işbirliği içerisinde hizmeti ihtiyaç ile eşleştiren daha etkili ve sistematik bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Bu şekilde tasarlanmış olan bir hizmet yaklaşımı, sağlık fırsatlarını teşvik eden sağlığı destekleyici bir çevre kavramı içerisinde oluşacaktır.

Spesifik eylemler için bazı öneriler aşağıdaki gibidir.

Hizmet paradigmasını kroniğe yönelik bir hizmet modeline doğru kaydır

- Hizmeti sağlık hizmetleri içerisinde yer alan kurumsal sınırlar (temel sağlık hizmetleri, hastaneler, acil hizmetler vs.) arasında daha iyi entegre et. Örneğin; vaka yönetimi ve çok-disiplinli sağlık hizmet ekipleri vasıtasıyla.

Sağlık hizmetlerini sağlığı daha fazla teşvik eder hale getir

- Sağlığın teşviki ve hastalıkların önlenmesine yönelik fırsatları artırmak için halihazırda refere edilmiş bulunan “kaldıraçları” (eğitim, öğretim, finansman) kullan.

- Sağlık personelinin, rutin sağlık hizmeti uygulamalarının ve süreçlerinin emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılması, sürdürülmesi ve devamlılığını destekler nitelikte kalmasını teminat altına al.

Hizmet standartlarını iyileştir

- Sunulan hizmetin kalitesini ölçmek, izlemek ve rutin olarak raporlamak için sağlık sistemi performans göstergelerini ve kalite güvence mekanizmalarını kullan.
- Klinisyenlere klinik uygulamalarında yardımcı olmak için kanıta dayalı karar destek araçları kullan ve uygulama rehberlerini yürürlüğe koy.
- Aldıkları hizmetin kalitesini ve sağlık çıktılarını iyileştirmek için kronik sağlık sorunu olan kişilerin gücünden destek al. Örneğin; kendi sağlık sorunları üzerinde daha iyi bir kontrol kazanmaları için hastaları destekleyerek, yetkinleştirerek ve onlara donanım kazandırarak.
- İyileştirilmiş klinik performans ilave ödeme bağlamak gibi mali teşvikler kullan.

Hizmetlerin planlanması ve sunumunu iyileştir

- Uzun vadeli sağlık sorunu olanlara daha iyi hizmet veren ve destekleyen toplum tabanlı hizmetler sunmak için sağlık, sosyal hizmet ve sektörler arası kısıtlılık konularının hepsine değinen hizmet ağları ve kısa yolları oluştur.
- Şeker hastalığı ve kalp-damar hastalıkları gibi spesifik özellikleri bulunan noktalarda ve halihazırda bu hastalıkla yaşamakta olan hastaların, ailelerinin ve sağlık hizmeti çalışanlarının ihtiyaçlarını dikkate alarak, yüksek hastalık yükü sebebi olarak öne çıkan hastalıklarla mücadele için ulusal hizmet çerçeveleri geliştir ve uygula.
- Gençler ve yaşlıların karşılaştığı sorunlar ve cinsiyete özgü konular için uzmanlık hizmetleri geliştir.
- Marjinal ve savunmasız gruplarda yer alanlar için sağlık hizmetinde hakkaniyeti, ödenebilirliği ve erişimi artırmak üzere hizmetler tasarla.
- Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu, izlenmesi ve teftişinden sorumlu gruplarda hizmet kullanıcılarının ve sunucularının temsil edilmelerini temin et.
- Tasarımlarına hem erkek hem de kadınları dahil ederek, tüm önleme ve tedavi programlarının cinsiyete duyarlı olmasını sağla.

Harekete Geçmek

Avrupa'da mevcut durum

Avrupa çeşitlilik göstermekte olup ülkeler bulaşıcı olmayan hastalıklar sorununa tepki vermede farklı aşamalarda yer almaktadır. Ülkelerin büyük çoğunluğu halihazırda bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörlerine yönelik olarak yürürlükte bulunan bir dizi politik önleme sahiptir (Tablo 2). Bu durum ülkelerin karşılaştığı bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı sorunları ve bunlara tepki verme kapasitelerindeki geniş çeşitliliği yansıtmaktadır. Son beş yıl içerisinde daha fazla ülkenin bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü ile ilgili ve tahsis edilmiş bütçe kalemleri tarafından desteklenen spesifik bazı politikalar ve düzenlemeler geliştirmesi gibi olumlu eğilimler izlenmektedir. Ancak ülkelerin, vücut ağırlığı kontrolü ve fiziksel aktivite için politika araçlarına sahip olmaktan ziyade, hala yürürlükte bulunan diyabet, kalp hastalığı ve kanser gibi hastalıklara yönelik ulusal protokoller, rehberler ve standartlara sahip olması hali daha yaygın olan durumdur.

Tablo 2. Avrupa ülkelerinde yürürlükte bulunan bulaşıcı olmayan hastalıkla ilgili politikalar, programlar ve yasaların dağılımı

	Ulusal sağlık politikası	Spesifik ulusal program	Spesifik eylem, yasa, düzenleme, bakanlık kararı
Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü	28	28	-
Tütün kontrolü	28	25	37
Beslenme / diyet	24	20	35
Fiziksel aktivite	19	17	13
Alkol kontrolü	19	17	28
Hipertansiyon	15	16	-
Diyabet	20	29	-
Kalp hastalığı	20	20	-
İnme	17	14	-
Kanser	23	23	-
Kronik solunum hastalığı	13	10	-
Diğer kronik hastalıklar	10	10	-

Kaynak: DSÖ 2005-2006 Avrupa'da bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili politikalar ve kapasiteler araştırması: 52 ülkeden 38'i cevap vermiştir.

Ülkeler bugün bulundukları aşamaya ulaşmak için farklı yollar izlemişlerdir. Bir bireysel risk faktörü ve/veya tek bir hastalık üzerinde, muhtemelen ülke sağlık bakanlığının özel ilgisi ya da akademik yönlendirme ile tetiklenmiş bir odaklanmanın en sık karşılan başlangıç noktası olduğu görülmektedir. Ülkelerin bir kanser ve/veya kalp hastalığı önleme planı yanı sıra tütün kontrolü ve/veya diyetle dair tedbirlere de sahip olması hali, nadir bir durum değildir. Başlangıç aşamalarında bu aktiviteler kapsam açısından sınırlı ve göreceli olarak ayrı işletiliyor olabilirler. Ancak zaman içerisinde, faaliyetler genişleyebilir ve tabiat olarak daha sektörler arası bir hal alabilir. Ancak bu daha dikey programlar “yatay” olarak ilişkilendirilmedikçe, fırsatlar kaybedilecek, çabalar tekrar edilecek ve kaynaklar boşa harcanacaktır.

Bazı ülkelerde, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi bir dizi risk faktörü ve/veya hastalıklar arasında daha entegre edilmiş olabilmektedir. Örneğin; beslenme, fiziksel aktivite ve obezitenin önlenmesi için tek bir strateji bulunabilmektedir. Toplum düzeyinde önleme ile önemli ilerleme sağlanmakla birlikte, sağlık sistemini bu konuyla meşgul etme ve yeniden yönlendirme ve/veya sağlık belirleyicilerini kontrol altına almaya yönelik daha geniş toplumsal çabalarla bağlantılandırma fırsatları kaybediliyor olabilir. Örneğin, kalp damar hastalıklarının önlenmesi için çok faktörlü yaklaşım kullanan ulusal rehberler bulunabilmekte, fakat onları başarılı bir şekilde uygulamak için gerekli sağlık sistemi değişiklikleri, özellikle de temel sağlık hizmetlerinde, hala eksik olabilmektedir. Benzer şekilde, sağlıktaki eşitsizlikleri azaltma veya çevrenin sağlık üzerindeki etkisini iyileştirme ihtiyacına ulusal bir dikkat gösterilebilse de bulaşıcı olmayan hastalıklar konusundaki faaliyetler ile bağlantısı açık bir şekilde sağlanmamış olabilir.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için kapsamlı ve entegre bir yaklaşım, göreceli olarak az sayıda ülkede mevcuttur. Yaygın risk faktörleri ile mücadele yoluyla hem tüm toplumu hem de yüksek risk gruplarını hedef alan çok faktörlü bir bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi yaklaşımı ancak böyle bir senaryo içinde sağlam bir şekilde kurulabilir. Ancak bu koşullar altında, sağlık hizmetleri içerisinde sağlığın teşviki ve hastalıkların önlenmesini artıran fırsatlar kullanılıyor olacaktır ve bu, temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlık sistemi reformu ve uygun sağlık finansmanı mekanizmaları tarafından destekleniyor olabilecektir. Kronik hastalıkların hizmet kalitesindeki her eksiklik tanımlanmış ve bunlara yönelik programlar, performans izleme ile planlama ve sunum aşamalarına kullanıcı/bakıcı katılımı ile birlikte, yürürlüğe konmuş olacaktır. Yine ancak bu durumda, sağlığın sosyal belirleyicilerini kontrol altına alma gayretleri yaygınlaştırılabilir ve birleştirilebilir; sağlığın belirleyicilerini kontrol altına almaya yönelik artan bir odaklanmaya ve hedeflere sahip ulusal sağlık politikaları ortaya çıkabilir ve bunlar sağlık eşitsizliklerini sistematik olarak azaltmak için politika seçenekleri belirleyerek

hastalığa odaklı olanların yerini alabilir veya onları tamamlayabilir; sağlık etki değerlendirmesi kurumsallaştırılabilir ve “her politikada sağlık” kavramının gücü artırılabilir.

İleri gitmek

Bulaşıcı olmayan hastalıklar sorununa tepki vermekte hükümetin rolü hayati öneme sahiptir. Hükümetler, yol göstericilik işlevlerinin bir parçası olarak, tepkiye önderlik etmekte öncelikli yönlendirme rolüne sahiptirler. Sağlık bakanlıkları ise hükümet ve sektörler üzerinde, değişikliği savunmada (bk. sayfa 23-24) ve diğerlerinin katkılarını koordine etme ve kolaylaştırmada özel bir rol ve sorumluluk sahibidir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, hükümet içerisinde herkesin başarması gereken temel bir sorumluluk olan sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için taşıdığı önem gereğince, sağlığa ve kalkınmaya bir yatırım olarak değerlendirilmelidir. Bu konudaki ataletin sonuçları herkes tarafından hissedilecektir. Hükümetin en üst düzeyinde sağlığı iyileştirmek ve eşitsizlikleri azaltmak için, ortak bir hedefe doğru bilgi veren ve tüm politik önlemleri yönlendiren bir adanmışlık hali mevcut olmalıdır. Bunu başarmak için, sağlık sektörü içerisinde ve dışında sağlığa yatırım ve eğer gerekiyorsa kaynakların yeniden yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Ortak eyleme yönelik, üst düzeyde ve sürdürülen bir adanmışlık kazanmak için, hükümetler, bireysel olarak kısmi kaynakları tevdi etme gücüne, birlikte ise değişimi yönlendirme, politikayı koordine etme, etkisini izleme ve sorumluluğu ile güvenilirliğini taşıma için yeterli otoriteye sahip yönetici düzeyinde karar vericilerden oluşan bir üst düzey kabine veya komite kurmaya ihtiyaç duyabilirler. Stratejinin uygulanmasında temel bir gereklilik te politikanın uygulanmasından, kaynaklarda şeffaflığın sağlanmasından sorumlu ve bu görev için yeterli bir odak noktası belirlenmesidir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar sorununa her düzeyde verilecek bir tepkinin formüle edilmesi ve uygulanmasına geniş bir paydaşlar dizisinin katılımı gerekir. Hükümetin birlikte çalışması gerekenler arasında sağlık, gıda, tarım, finans, çevre ve taşımacılık, eğitim ve gençlik, spor ve rekreasyondan sorumlu olanlar; sağlık ve sosyal hizmet planlayıcılar; tedarikçiler ve işçiler; halk sağlığı kurumları ve araştırma enstitüleri; şehir planlamacılar; özel sektör, sanayi ve işverenler; sivil toplum örgütleri ve meslek birlikleri; sivil toplum-hastalar, bakıcılar ve bütün halk ve medya gibi diğer ulusal ve uluslararası aktörler bulunmaktadır. Sanayi şirketleri, söz konusu olan sağlık hedeflerine bağlılık göstermeleri ve diğer ticari uygulamalarında da bu niyetlerine aykırı davranmamaları durumunda, sağlıklı yaşam tarzlarının, seçeneklerinin ve fırsatlarının teşvikinde önemli oyuncular olabilirler. Şirketlerin potansiyel katkısı, üretimlerinden ve ürünlerinin pazarlanmasından, sorumlu işveren olma rollerine ve yerel topluluklar üzerindeki

etkilerine kadar uzanır. Bir ortaklık organı, ulusal bir forum, ilgili taraflardan önemli olanların bir platformu veya ittifakı, çok sektörlü çalışmayı kolaylaştırmakta yardımcı olabilir.

En büyük sağlık kazanımı bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili sosyal eşitsizliklerin azaltılmasında yatmaktadır. Bütün ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıkların morbiditesi ve mortalitesi için önemli bir sosyal değişken mevcuttur. Bu gerçeği görmezden gelmek, sadece, toplum sağlığını iyileştirmeyi ötelemek olacaktır. Sağlık sektörü içerisinde bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için kapsamlı bir strateji oluşturarak ve daha geniş sosyal belirleyicilerle mücadele için çok sektörlü yaklaşımlar benimseyerek, sağlık eşitsizliklerini azaltmak için uygun ve etkili politika seçenekleri tanımlanabilir ve önceliklendirilebilir.

Hükümetin karar verme süreci şeffaf bir tarzda yer almalı, halkın tetkikine ve tartışmasına açık olmalı, mevcut bilginin belirsizliklerini ve sınırlarını kabul etmeli, ancak yüzleşilen riskin büyüklüğüne karşı bunları dengelemelidir. Teklifler ve planlar hakkındaki geniş ve açık konsültasyonlar, onların kalitesini artırabilir ve kabul edilmelerini ve uygulanmalarını teşvik edebilir. Bu, kamunun ortaya çıkan konular üzerinde tartışmasını kolaylaştırmak için, sağlık etki değerlendirmelerinin düzenli kullanımı gibi, yeni mekanizmalar gerektirebilir. Medya, önemli konuların halka iletilmesinde oynayacağı önemli bir role sahiptir. Sivil toplum ve sivil toplum örgütleri de tüketicilere konular hakkında vurgu yapılmasında, faaliyeti başlatmakta, lobi yapmakta ve değişiklik için hükümeti etkilemekte, faaliyetlerinden ötürü hükümeti sorumlu tutmakta ve stratejinin uygulanmasında bir bekçi gibi davranarak, önemli bir rol oynayabilir.

Ülkelerin halihazırda yürürlükte sahip oldukları ve bulundukları nokta üzerine inşa etmeleri gerekmektedir. Halihazırda, değişik gelişim ve uygulama evrelerinde bulunan, değişik düzeylerde başarı kazanmakta veya sinerji ve çabaların tutarlılığı için fırsatlar kaybetmekte olan birçok girişim ve yaklaşım mevcuttur. Örneğin, tütün, alkol, ruh sağlığı, çevre ve çocuk/ergen sağlığı ile ilgili olarak halihazırda yapılmış bulunan taahhütler arasındaki bağlantıların güçlendirilmesi gerekebilir. Hükümet içinden bir görev grubu veya bir eylem planı, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesiyle ilgili, Dünya Sağlık Örgütü'nün saygıdeğer üye uluslarının çalışmaları da dahil, çeşitli Dünya Sağlık Örgütü ortak programları ve stratejileri için bir koordinasyon mekanizması gibi davranarak yardımcı olabilir. Bazı Üye Devletler, bulaşıcı olmayan hastalık stratejilerini aktif şekilde savunmak, arabuluculuk etmek, izlemek ve değerlendirmek için ve politika oluşturmada profesyonel destek sağlamak üzere kurumlar olması gayesiyle ulusal halk sağlığı enstitüleri kurmayı değer bulmuşlardır.

Avrupa bulaşıcı olmayan hastalıklar stratejisi, bireysel bileşenleri ortak bir hedefe doğru biraraya getiren **birleştirici bir çerçeve** veya “şemsiye” **oluşturma fırsatı sağlamaktadır**. Ülkeler ileri doğru yol alırlarken aşağıdaki adımları değerlendirebilirler:

- politikaları sağlığı etkileyen diğer hükümet sektörleri de dahil olmak üzere, sağlık sistemi ve daha geniş ölçekte toplum içerisinde bulunan önemli sağlık seçmenleri içinden başlıca paydaşları biraraya getirmek;
- sorunun kapsamını ve sosyo-ekonomik, cinsiyete dayalı, etnik kökene dayalı ve coğrafi dağılımını değerlendirmek ve politik seçenekler ile eylem için öncelikleri belirlemek üzere bir durum analizi gerçekleştirmek;
- halihazırda yapılmakta olan faaliyeti, mevcut kapasiteyi ve kaynakları, güçlü ve zayıf yanları, mevcut boşlukları ve fırsatları değerlendirmek;
- çeşitli kanıta dayalı olası müdahaleler arasından, en fazla ilgili ve ülke bağlamında en uygulanabilir olanı seçmek;
- ülkenin özel ihtiyaçları ve öncelikleri ile ilgili net ve spesifik amaçları ve hedefleri, yerel ölçekte ilgili hedefler ve açık aşamaları ile belirlemek;
- kim tarafından ve ne zaman neyin yapılması gerektiğini, paydaşların rollerini, değişimi kimin savunacağını belirleyen bir uygulama planı geliştirmek;
- politika ve program müdahalelerini sistematik olarak izlemek ve değerlendirmek ve edinilen bilgileri sorumlu organlara geri bildirmek için sistemler kurmak.

İzleme, değerlendirme ve sürveyansla ilgili konular özel öneme haizdir. Yukarıda söz edilen (bk. Tablo 2) Dünya Sağlık Örgütü araştırmasına yanıt veren 38 Avrupa ülkesinin 32’si bulaşıcı olmayan hastalıkları ve onların önde gelen risk faktörlerini kapsayan bir ulusal sağlık bilgi sistemine sahiptir; 35’i bulaşıcı olmayan hastalıkları yıllık sağlık raporu sistemine, 29’u ise rutin veya düzenli sürveyans sistemlerine dahil etmektedir. Bununla birlikte, bulaşıcı olmayan hastalıklar sürveyans sistemlerinde diyabet, kalp hastalıkları ve kansere yer veren ülkelerin sayısı genel olarak bütün kullanımı, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite eksikliği ve alkol tüketimi gibi risk faktörlerine yer verenlerden fazladır. Aşağıdaki noktalar harekete geçecek hükümetlerin özel dikkatine sunulmaktadır:

- sağlık istihbarat ve bilgi sistemlerinin, karar oluşturma, öncelik belirleme ve kaynakların dağıtımını süreçlerini bilgilendirmek için yeterli kapasite ve kaliteye sahip olması gerekmektedir;
- toplum sağlığını izlemek için rutin sürveyans sistemlerinin kurulmuş olması, değerlendirmenin müdahalenin entegre bir parçası olması gereklidir ve özellikle maliyet etkililik tedbirleri

ve toplum düzeyinde müdahaleler konularındaki halk sağlığı araştırmaları için yeterli fon mevcut olmalıdır;

- sürveyans sistemleri çeşitli sektörlerden toplanan tüm ilgili bilgiyi dikkate almalı ve eşitsizliklerin izlenmesini kolaylaştırmak için veri toplanmalı, yaşa, cinsiyete, etnik kökene göre analiz edilmeli ve raporlanmalıdır;
- stratejinin genişliği ve bulaşıcı olmayan hastalıkların çok faktörlü sebepleri düşünülerek, süreci ve çıktıları izleyen geniş bir göstergeler seti kullanılması ve sağlığın belirleyicileri, risk faktörleri ve hastalıklara dikkat edilmesi önemlidir;
- halk sağlığı kurumları ve araştırma enstitülerinin güçlendirilmesi, yeni ve genişletilmiş teknik destek rolü üstlenmeleri için kapasitelerinin artırılması gerekebilir.

Çok farklı gelirlere ve kapasitelere sahip tüm Avrupa Bölgesi ülkeleri için bulaşıcı olmayan hastalıklarla etkili bir mücadele sürdürmek mümkündür. Etkili olduğu bilinen göreceli olarak ucuzdan (örneğin, tütün ve alkol vergilendirme) göreceli olarak pahalıya (örneğin, statin tedavisi) ve göreceli olarak basitten (örneğin, kan basıncı izleme ve kontrolü) daha karmaşık olana (örneğin, inme üniteleri) değişiklik gösterebilir (22). Tüm ülkeler için kaynakların verimli kullanımı önem taşır. Etkinliği düşük olan veya maliyet-etkili olmayan müdahaleler, eğer halihazırda yaygın olarak kullanılıyorsa azaltılmaları ya da bu müdahalelerin mevcut kapsamı düşükse yaygınlaştırılmamaları gerekebilir. Etkisi veya maliyet etkililiği yüksek müdahaleler yaygın olarak kullanılmalı ve mevcut kapsamı düşükse ihmal edilmiş bir fırsatı işaret etmelidir. Bir ülkenin aldığı tedbirler dizisi şu kavrama bağlı olacaktır: örneğin; bazı müdahaleler diğerlerinden çok sağlık sisteminin kurumsal ve örgütsel kapasite seviyesine bağlıdır. Kaynak tahsisi ve spesifik sağlık koşulları ve müdahaleleri arasında öncelikleri belirleme konularında kararlar alınırken epidemiyolojik, tıbbi, politik, etnik ve kültürel faktörler de önemli değerlendirme konularıdır.

Önümüzdeki yol – sonraki adımları atmak

Avrupa’da bugün karşı karşıya kalınan başlıca halk sağlığı sorunu, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ilgili sağlık eşitsizliklerinin oluşturduğu tehditler olup bunların büyük ölçüde azaltılması gerekmektedir. Bu strateji, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne kapsamlı ve eyleme odaklı bir yaklaşım belirlemektedir. Tüm Avrupa ülkeleri birbirinden farklı ve bu ülkelerin karşılaştıkları bulaşıcı olmayan hastalıklar, sorunları ile kaynak ve kapasite düzeylerinde geniş bir çeşitlilik olmasına rağmen, tümünün etkili bir şekilde tepki vermesi mümkündür.

Dünya Sağlık Örgütü, Üye Devletleri çabalarında aşağıdaki yollarla destekleyebilir.

Uluslararası, ikili ve çok taraflı işbirliğinin güçlendirilmesi

- Politik gündem için önemli bir konu olarak bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yatırımı vurgulayarak politik taahhüdü teşvik ederek.
- Özellikle uluslar üstü konular için, çok sektörlü bir yaklaşım yoluyla, sağlığın belirleyicileri konusunda eyleme geçme mekanizmaları oluşturarak.
- Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ilgili sağlık eşitsizlikleri konusunda savunma ve faaliyet için, hükümetler arası ve sivil toplum örgütleri de dahil, Avrupa’daki büyük uluslararası oyuncuları birleştiren bir ittifakın geliştirilmesi.
- Avrupa bulaşıcı olmayan hastalıklar stratejisinin uygulanmasını takip etmek için, Dünya Sağlık Örgütü’nün bir danışma mekanizması olarak çalışmak üzere ulusal taraflar ağı kurulması.

Bilgi alışverişi, teknik işbirliği ve kapasite geliştirmenin kolaylaştırılması

- Ülkeleri çabalarında destekleme gayesiyle, Dünya Sağlık Örgütü’nün ilgili bilgiler için bir takas merkezi olma rolünün güçlendirilmesi.
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünün değişik açılara yönelik ilgili programlar arasındaki koordinasyonun, tutarlılığın ve sinerjinin artırılması.
- Avrupa bulaşıcı olmayan hastalıklar stratejisini ve uygulama, iletişim ve izleme için gerekli diğer araçları desteklemek üzere bir Avrupa bulaşıcı olmayan hastalıklar raporu geliştirilmesi.
- Vaka çalışmalarının ve iyi uygulama örneklerinin yayınlanması.

Araştırma, izleme ve sürveyans

- Ülkeler içerisinde ve Avrupa ölçeğinde bulaşıcı olmayan hastalık sürveyansını iyileştirmek için diğer kurumlarla bir araya gelinmesi.
- Sosyo-ekonomik, cinsiyete dair ve diğer uygun değişkenleri açıkca dikkate alarak, izleme ve ilerlemeyi ölçmek için göstergeler geliştirilmesi ve uyarlanması.
- Halk sağlığı açısından önem taşıyan konular ve bunlar arasında köprü kurma yolları konularındaki araştırma boşluklarının belirlenmesi.

Kaynaklar⁵

1. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf).
(Kronik hastalıkların önlenmesi: hayati bir yatırım)
2. *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050909_1).
(2005 Avrupa sağlık raporu. Daha sağlıklı çocuklar ve toplumlar için halk sağlığı eylemi)
3. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>).
(Sağlığın sosyal belirleyicileri: somut gerçekler)
4. Mackenbach JP. *Health inequalities: Europe in profile*. Brussels, European Commission, 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf).
(Sağlık eşitsizlikleri: Avrupa profilinde)
5. *Supporting people with long-term conditions. An NHS and social care model to support local innovation and integration*. London, Department of Health, 2005 (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/98/68/04099868.pdf>).
(Uzun vadeli rahatsızlığı olan insanların desteklenmesi. Yerel yenilik ve bütünleşmeyi destekleyen bir National Health System ve sosyal hizmet modeli)
6. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/).
(Uzun vadeli tedavileresadık kalınması. Eylem için kanıt)

⁵ Elektronik referanslara erişim tarihi 10 Temmuz 2006'dır.

7. Third Joint European Societies' Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European Guidelines for CVD Prevention. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2003, 10: Supplement 1.

(Klinik Uygulamada Kalp-damar Hastalıklarının Önlenmesi konulu Üçüncü Birleşik Avrupa Toplulukları Görev Gücü)

8. *National cancer control guidelines: policies and managerial guidelines. 2nd edition.* Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>). (*Ulusal kanser kontrolü rehberleri: politikalar ve yönetim rehberleri*)

9. *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice.* Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gep/).

(*Kapsamlı serviks kanseri kontrolü. Bir temel uygulama rehberi*)

10. *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report.* Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf). (*Ruh hastalıklarının önlenmesi. Etkili müdahaleler ve politika seçenekleri. Özet rapor*)

11. *European action towards better musculoskeletal health. A public health strategy to reduce the burden of musculoskeletal conditions.* Lund, University Hospital Department of Orthopedics, 2000 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_15_en.pdf)

(*Daha iyi kas-iskelet sağlığına yönelik Avrupa faaliyeti. Kas-iskelet hastalıklarının yükünü azaltmak için bir halk sağlığı stratejisi*)

12. Rechel B, Shapo L, McKee M. *Millennium Development Goals for health in Europe and central Asia: relevance and policy implications.* Washington DC, World Bank, 2004 (World Bank Working Paper no. 33).

(*Avrupa ve Orta Asya'da sağlığa yönelik Milenyum Kalkınma Hedefleri: alaka ve politika sonuçları*)

13. *Dying too young: addressing premature mortality and ill health among the Russian working population*. Washington DC, World Bank, 2005 (World Bank Report no. 32377-RU). (Çok genç ölmek: Çalışan Rus nüfusunda prematür ölüm ve kötü sağlığın ele alınması)

14. Wanless D. *Securing good health for the whole population. Final report*. London, HM Treasury, 2004 (http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm).
(Bütün nüfus için iyi sağlığı teminat altına almak)

15. *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (European Health for All Series, No. 7, <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>).
(DSÖ Avrupa Bölgesi için Herkes için Sağlık politikası çerçevesi: 2005 güncellemesi)

16. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html).
(Bangkok Küreselleşmiş bir Dünyada Sağlığın Teşviki Sözleşmesi)

17. *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>).
(2000 Dünya sağlık raporu. Sağlık sistemleri: performansı iyileştirmek)

18. *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E83057.pdf>).
(Avrupa'da kronik hastalıkların önlenmesi için bir strateji. Halk sağlığı faaliyetine bir odak)

19. *Next phase of the WHO Regional Office for Europe's Country Strategy: Strengthening health systems* (document EUR/RC55/9, <http://www.euro.who.int/document/RC55/edoc09rev1.pdf>) and *Strengthening European health systems as a continuation of the WHO Regional Office for Europe's Country Strategy "Matching services to new needs"* (WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R8, http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005. (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin Ülke Stratejisinin sonraki aşaması: Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Ülke Stratejisinin bir devamı olarak Avrupa sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi "Hizmeti yeni ihtiyaçlarla eşleştirmek")
20. *The Mexico Statement on Health Research. Knowledge for better health: strengthening health systems*. Geneva, World Health Organization, 2005 (annex to World Health Assembly document A58/22, (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_22-en.pdf)). (Sağlık Araştırması konulu Meksika Bildirisi. Daha iyi sağlık için bilgi: sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi)
21. *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chronic_conditions/resources/workforce_report.pdf). (Bir sağlık hizmeti işgücünü 21.yüzyıl için hazırlamak. Kronik hastalıklar sorunu)
22. Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries. 2nd edition*. Washington DC, IBRD/ World Bank and Oxford University Press, 2006 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?call=bv.View..ShowTOC&rid=dcp2.TOC&depth=2>). (Gelişmekte olan ülkelerde hastalık kontrolü öncelikleri)

Ek 1

DSÖ Avrupa Bölgesi'nde bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü konulu EUR/RC56/R2 sayılı Bölge Komitesi yönergesi

Bölge Komitesi,

Beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık konulu küresel strateji hakkındaki WHA57.17 ve bebek ve küçük çocuk beslenmesi konulu küresel strateji hakkındaki WHA55.25 kararları ile yakın zamanda alınan, alkol kullanımının sebep olduğu halk sağlığı sorunları (WHA58.26), kanserin önlenmesi ve kontrolü (WHA58.22), önleme, yönetim ve rehabilitasyon dahil engellilik (WHA58.23) ve küreselleşmiş bir dünyada sağlığın teşviki (EB117.R9) kararları ile birlikte bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için küresel strateji konulu Dünya Sağlık Asamblesi kararı WHA53.17'yi hatırlayarak;

Üye Devletlerin mevcut taahhütlerini ve Avrupa Tütün Kontrolü Stratejisi kapsamında devam etmekte olan çalışmayı (EUC/RC52/R12), DSÖ Avrupa Bölgesinde Alkol Politikası Çerçevesi (EUR/RC55/R1), Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı (EUR/RC50/R8), Avrupa Çocuk Çevresi ve Sağlığı Eylem Planı (EUR/RC54/R3), Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı (EUR/RC55/R2) ve Avrupa Çocuk ve Ergen Sağlığı ve Gelişmesi Stratejisini (EUR/RC55/R6) kabul ederek;

Bölge Direktöründen bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda kapsamlı ve eyleme yönelik bir Avrupa stratejisi hazırlamasını talep ettiği EUR/RC54/R4 sayılı kararını hatırlayarak;

Avrupa Bölgesinde tüm ölümlerin %86'sı ile hastalık yükünün %77'sinin, Bölgedeki tüm Üye Devletlerde mevcut ve gelecekteki en önemli halk sağlığı sorununu temsil eden bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklandığını kabul ederek;

Hali hazırda sağlanmış olan gelişme ve kazanımları kabul ederek, ancak hala özellikle sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı gruplar ve yoksul ülkelerde yaşam kalitesinin geniş çapta kaybedilmesine yol açan bulaşıcı olmayan hastalıkların sağlık sonuçları ve toplumdaki dağılımı hakkında endişe duyarak;

Bulaşıcı olmayan hastalıkların her toplumda ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki sabit olumsuz etkisini ve sağlık eşitsizliklerini artırdığını kabul ederek;

Bulaşıcı olmayan hastalık yükünün, daha geniş sağlık belirleyicilerini ve risk faktörlerini kontrol altına alma amaçlı sistematik ve devamlı çalışmalarla birlikte yürütülen büyük ölçekli sağlığın teşviki çalışmaları ve hastalık önleme müdahaleleri vasıtasıyla önemli ölçüde azaltılabileceğini kabul ederek;

Hükümetlerin, bulaşıcı olmayan hastalıkların sebep olduğu kaçınılabılır hastalık yükü ile başa çıkmaya yönelik çabaların iyileştirilmesinde önderlik etmesi ve bu hastalıkların altında yatan çok yönlü sebepler gözönüne alınarak, toplumlarda uygun seviyelerde kapsamlı ve çok sektörlü çabalara yatırım yapma ihtiyaçlarının farkında olarak;

DSÖ Avrupa Bölge Komitesi tarafından, 2005 yılında yapılan elli-beşinci oturumda kabul edilen, güncellenmiş Herkes için Sağlık politika çerçevesinde vurgulanan temel değerleri ve prensipleri yeniden doğrulayarak;

EUR/RC56/8 dokümanı ile bu dokümanın entegre eylemler vasıtasıyla bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan prematüre ölümleri engelleme ve hastalık yükünü önemli ölçüde azaltma amaçlı bulaşıcı olmayan hastalıklar konulu bir Avrupa stratejisi, yaşam kalitesini iyileştirme ve sağlıklı yaşam beklentisini Üye Devletler içinde ve arasında daha hakkaniyetli kılma önerilerini değerlendirmiş olarak;

1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne yönelik Avrupa Stratejisini Avrupa Bölgesinde bulunan Üye Devletlerin kendi ülke politikalarını uygulamaları ve uluslararası işbirliği içinde çalışmalarına yönelik bir stratejik eylem çerçevesi olarak KABUL EDER;
2. Üye Devletleri şunları sağlamaya TEŞVİK EDER;
 - (a) bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele için uygulanabilir ve uygun olan yerlerde çok sektörlü bir yaklaşım yoluyla risk faktörleri ile altta yatan belirleyiciler konusunda entegre faaliyetler sağlayan ulusal halk sağlığı stratejileri geliştirmeye ve güçlendirmeye;
 - (b) Sağlık hizmetlerinin amaçlarına uygun hale gelmesi, mevcut hastalık yüküne tepki vermesi ve sağlığın teşviki ile hastalık kontrolüne yönelik fırsatları artırması için bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünün iyileştirilmesine yönelik olarak sağlık sistemlerini güçlendirmeye;

- (c) Yaşam-boyu devam eden önleyici yaklaşımı, bir toplumun ekonomik ve sosyal kalkınmasına önemli bir etkisi olan etkili bir yatırım olarak görmeye ve kaynakları buna göre yeniden tahsis etmeye;
- (d) Sağlıkta hakkaniyeti başarmak için temel bir vasıta olarak sağlığın teşvikine, hastalıkların önlenmesine ve sağlık hizmetlerine evrensel erişimi teminat altına almaya;
- (e) Hükümetin uygun seviyelerinde, yukarıda bahsedilen halk sağlığı stratejilerinin uygulanmasına ve düzenli olarak izlenmesine yönelik, önde gelen paydaşları da dahil eden ve sağlık etki değerlendirmelerinden sistematik olarak faydalanan sorumlu çok-sektörlü mekanizmalar oluşturmaya;

3. Bölge Direktöründen şunları RİCA EDER;

- (a) Strateji'nin Bölgede uygulanmasını aktif olarak desteklemesini ve çok sektörlü bir yaklaşım vasıtasıyla belirleyiciler konusunda faaliyete geçmek için mekanizmalar oluşturmasını;
- (b) İki taraflı ve çok taraflı işbirliğini güçlendirerek Strateji'yi uygulama çalışmalarında Üye Devletleri, aşağıdakiler vasıtasıyla desteklemesini;
 - önde gelen ortaklar ile bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda savunma ve eylem yapmak için bir ittifak geliştirilmesi;
 - Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisinin uygulanması için uluslararası bir kaynak ve danışma mekanizması olarak ulusal taraflardan oluşan bir ağın kurulması;
 - kanıta ve en iyi uygulamalara dayalı bilgi alışverişinin politika geliştirme ve Stratejinin uygulanmasına odaklanarak kolaylaştırılması;
 - müdahale ve uygulama araştırmalarının güçlendirilmesi;
 - Bölge'de politika geliştirme, uygulama ve sağlıkta gelişim üzerindeki ilgili etkisinde kaydedilen ilerlemeyi ölçmek ve bulaşıcı olmayan hastalıklar morbiditesi ortak göstergelerini düzenli olarak toplamak ve bildirmek üzere bir izleme mekanizmasının oluşturulması;

(c) Bölge Komitesine 2008 yılında yapılacak elli-sekizinci oturumunda Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisinin uygulanması konusunda geri bildirimde bulunmasını.

Ek 2

İlgili DSÖ stratejileri, eylem planları ve bakanlık konferansı bildirileri⁶

Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases (*Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik küresel strateji*) (A53/14) (http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA53/ea14.pdf).

53. Dünya Sağlık Asamblesinde Mayıs 2000 tarihinde kabul edilmiştir (yönerge WHA53.17) (http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA53/ResWHA53/17.pdf).

Global strategy on diet, physical activity and health (*Beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık konulu küresel strateji*) (yönerge WHA57.17'ye Ek) (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf).

57. Dünya Sağlık Asamblesinde Mayıs 2004 tarihinde kabul edilmiştir (yönerge WHA57.17) (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf).

Global strategy on infant and young child feeding (*Bebek ve küçük çocuk beslenmesi konulu küresel strateji*) (A55/15) (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ea5515.pdf).

55. Dünya Sağlık Asamblesinde Mayıs 2002 tarihinde kabul edilmiştir (yönerge WHA55.25) (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ewha5525.pdf).

European Strategy for Tobacco Control (*Avrupa Tütün Kontrolü Stratejisi*) (EUR/RC52/11) (<http://www.euro.who.int/Document/RC52/edoc11.pdf>).

DSÖ Avrupa Bölge Komitesinin 52. oturumunda Eylül 2002'de kabul edilmiştir (yönerge EUR/RC52/R12) (http://www.euro.who.int/governance/resolutions/2002/20021231_1).

Framework for alcohol policy in the WHO European Region (*DSÖ Avrupa Bölgesinde alkol politikası çerçevesi*) (EUR/RC55/11) (<http://www.euro.who.int/Document/RC55/edoc11.pdf>).

DSÖ Avrupa Bölge Komitesinin 55. oturumunda Eylül 2005'de kabul edilmiştir (yönerge EUR/RC55/R1) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_10).

European Alcohol Action Plan (*Avrupa Alkol Eylem Planı*) 2000–2005 (<http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>).

DSÖ Avrupa Bölge Komitesinin 49. oturumunda Eylül 1999'da kabul edilmiştir (yönerge EUR/RC49/R8) (http://www.euro.who.int/governance/resolutions/1999/20030225_7).

⁶ Elektronik referanslara erişim tarihi 12 Eylül 2006'dır.

Progress report on the European Alcohol Action Plan, including follow up to the **WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol** (*DSÖ Avrupa Genç İnsanlar ve Alkol Bakanlık Konferansının takibini de içeren Avrupa Alkol Eylem Planı konulu ilerleme raporu*) (EUR/RC51/10) (<http://www.euro.who.int/Document/RC51/edoc10.pdf>).
DSÖ Avrupa Bölge Komitesinin elli-birinci oturumunda Eylül 2001'de kabul edilmiştir (yönerge EUR/RC51/R4) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2001/20011123_1).

The First Action Plan for Food and Nutrition Policy (*Birinci Gıda ve Beslenme Politikası Eylem Planı*). WHO European Region 2000–2005 (<http://www.euro.who.int/Document/E72199.pdf>).
DSÖ Avrupa Bölge Komitesinin ellinci oturumunda Eylül 2000'de kabul edilmiştir (yönerge EUR/RC50/R8) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2000/20010914_1).

Children's Environment and Health Action Plan for Europe (*Avrupa Çocuk Çevresi ve Sağlığı Eylem Planı*). Fourth Ministerial Conference on Environment and Health, Budapest, Hungary, 23–25 June 2004 (<http://www.euro.who.int/document/e83338.pdf>).
DSÖ Avrupa Bölge Komitesinin elli-dördüncü oturumunda Eylül 2004'de kabul edilmiştir (yönerge EUR/RC54/R3) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2004/20040913_7).

European strategy for child and adolescent health and development (*Avrupa çocuk ve ergen sağlığı ve gelişimi stratejisi*) (EUR/RC55/6) (<http://www.euro.who.int/Document/RC55/edoc06.pdf>).
DSÖ Avrupa Bölge Komitesinin elli-beşinci oturumunda Eylül 2005'de kabul edilmiştir (yönerge EUR/RC55/R6) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_4).

Mental Health Action Plan for Europe. Facing the challenges, building solutions (*Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı. Sorunlarla yüzleşmek, çözümler oluşturmak*). WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland, 12–15 January 2005 (<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>).
DSÖ Avrupa Bölge Komitesinin elli-beşinci oturumunda Eylül 2005'de kabul edilmiştir (yönerge EUR/RC55/R2) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_9).

The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (*Bangkok Küreselleşmiş bir Dünyada Sağlığın Teşviki Sözleşmesi*). 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, 7–11 August 2005 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html).

Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların önlenmesi ve gelişmiş kontrolüne yönelik yatırımlar hayat kalitesini iyileştirecek, insanlar ve toplumların daha sağlıklı olmasını sağlayacaktır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesindeki ölümlerin %86'dan fazlasına ve hastalık yükünün en az %70'ine, ortak risk faktörleri, altta yatan belirleyicileri ve müdahale fırsatları ile birbirleriyle ilişkili olan bulaşıcı olmayan hastalıklar sebep olmaktadır. Etkili müdahalelerden elde edilen faydaların daha hakkaniyetli bir şekilde paylaşımı en büyük etkiyi sağlarken Üye Devletlere önemli sağlık ve ekonomi kazanımları da getirecektir.

Bu eylem merkezli strateji, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele için kapsamlı ve entegre bir yaklaşımı teşvik etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 2006



www.saglik.gov.tr

