



TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü Uluslararası Sağlık Politikaları Kongresi

25-26 Mayıs 2022 | Çevrimiçi

Tam Metin Bildiriler Kitabı Proceeding Book

Editörler | Editors

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM
Dr. Hakan Oğuz ARI



TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü Uluslararası Sağlık Politikaları Kongresi

25-26 Mayıs 2022 | Çevrimiçi

Tam Metin Bildiriler Kitabı Proceeding Book

Editörler | Editors

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM
Dr. Hakan Oğuz ARI

Ağustos 2022, Ankara



© Bu çalışmanın her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilmeden hiçbir şekilde kullanılamaz.

Sertifika No | *Certificate No*: 52277

ISBN: 978-605-06658-5-7

Ağustos 2022, Ankara

Grafik tasarım | *Graphic design*

Sercan KOCA

Atıf | *Citation*

Yıldırım HH ve Arı HO (editör). (2022). TÜSEB-TÜSPE Uluslararası Sağlık Politikaları Kongresi Tam Metin Bildiriler Kitabı. TÜSPE Yayınları, Ankara.

TÜSPE Yayınları | *TÜSPE Publications*

TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü
T.C. Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi,
Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı
6001. Cad. No:9 Çankaya/Ankara
tuspe@tuseb.gov.tr | www.tuseb.gov.tr/tuspe
T: 0 (312) 920 11 11 | @TusebTuspe

ÖNSÖZ FOREWORD

TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü (TÜSPE) sağlık politikaları alanında istişare, araştırma ve kanıt temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üreterek ve de yayarak daha sağlıklı ve müreffeh bir topluma katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Bu amaçla Enstitümüz; sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insan gücü, halk sağlığı, sağlık endüstrisi, küresel sağlık ve sağlık turizmi ile ilgili politikalara yönelik Ar-Ge, izleme ve değerlendirme, eğitim, yayın, toplantı ve danışmanlık faaliyetlerini yürütmektedir.

TÜSPE toplantı faaliyetleri kapsamında, 25-26 Mayıs 2022 tarihlerinde çevrimiçi olarak “Uluslararası Sağlık Politikaları Kongresi” düzenlenmiştir. 2 günlük program kapsamında, alanında uzman ulusal ve uluslararası davetli konuşmacılara yer verilmiş, sağlık politikaları alanının sekiz başlığında oturumlar gerçekleştirilmiştir.

Sağlık sistemleri, bünyesinde barındırdığı çok farklı bilgi ve beceriye sahip uzmanlık alanları, oldukça geniş hizmet sunum yelpazesi ve toplumun değişen sağlık ihtiyaçları nedeniyle sürekli bir yenilenme süreci yaşamaktadır. Günümüzde toplumun değişen hastalık yapısı, giderek artan yaşlanma olgusu, genelde teknoloji özelde sağlık teknolojisi alanında yaşanan oldukça hızlı gelişmeler ve değişimler, sağlık hizmetlerinde de bir değişimin yaşanmasını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle birçok ülke sağlık sistemlerini gözden geçirmekte, çeşitli iyileştirici ve geliştirici adımlar hayata geçirilmektedir. Ülkemizde 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı sayesinde hizmet sunumu, finansmanı ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu gibi birçok alanda reform niteliğinde uygulamalar hayata geçirilmiştir.

Dünyada son iki yılda yaşanmış olan COVID-19 pandemisi de ülkelerin sağlık sistemlerinin dayanıklılığının gözden geçirilmesini ve beklenmeyen bir sağlık sorunu ile karşılaşılması halinde hazırlıklı olunması için sistemlerin yeniden inşasının gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Bu kapsamda sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesine yönelik bilimsel kanıtların ortaya konulması büyük bir önem taşımaktadır. Uluslararası Sağlık Politikaları Kongresi’nin, uluslararası platformda alanında uzman ulusal ve uluslararası davetli konuşmacılarla ülkemizdeki araştırmacıları bir araya getirerek sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insan gücü, halk sağlığı, sağlık endüstrisi, küresel sağlık ve sağlık turizmi ile ilgili bilimsel gelişmelerin ve araştırma sonuçlarının paylaşılmasına hizmet etmesi hedeflenmiştir.

Kongrede, ulusal ve uluslararası 8 davetli konuşmacı sağlık sektörünü ilgilendiren çeşitli alanlarda bilgi paylaşımında bulunmuş, 7 oturumda 54 bildiri sunumu yapılmıştır. Sunulan bildirilere ilişkin özet bildiri kitabımız daha önce yayınlanmış oluş, elinizdeki bu kitapta ise yazarlar tarafından tam metin olarak gönderilen 22 bildiriye yer verilmiştir. Kongreye her kesimden 400’e yakın katılımcı iştirak etmiştir. Kongremize katkı sağlayan tüm konuşmacılara, bildiri sahiplerine ve katılımcılara teşekkürlerimizi sunuyor, kongremizin sağlık politikaları alanında hem dünyada hem ülkemizde yaşanan güncel gelişmelerin paylaşılmasına vesile olmasını ve edinilen bilimsel birikim ile ülkemizin sağlık sistemine sağlık sektörünün tüm paydaşlarına katkı sağlamasını temenni ediyoruz.

TÜSEB Türkiye Health Policies Institute (TÜSPE), aims to contribute to a healthier and more prosperous society by producing and disseminating consultative, research and evidence-based, reliable and processed information in the field of health policies. For this purpose, our Institute; carries out R&D, monitor-

ing and evaluation, training, publication, meeting and consultancy activities for policies related to health management, health economics and finance, health services delivery, health manpower, public health, health industry, global health and health tourism.

As part of TÜSPE meeting activities, "International Health Policies Congress" was held online on 25-26 May 2022. Within the scope of the 2-day program, national and international invited speakers who are experts in their fields were included and sessions were held on eight topics in the field of health policies.

Health systems are experiencing a continuous renewal process due to the areas of expertise with very different knowledge and skills, the wide range of service delivery and the changing health needs of the society. Today, the changing disease structure of society, the increasing phenomenon of aging, the rapid developments and changes in the field of technology in general and health technology in particular necessitate a change in health services. For this reason, many countries are reviewing their health systems and various remedial and improving steps are being implemented. Thanks to the Health Transformation Program, which started to be implemented in Türkiye in 2003, reform-oriented practices have been implemented in many areas such as service delivery, financing and organization of health services.

The COVID-19 pandemic, which has been experienced in the last two years in the world, has also revealed the necessity of reviewing the resilience of countries' health systems and rebuilding the systems to be prepared in case of an unexpected health problem.

In this context, it is of great importance to reveal the scientific evidence for the improvement and development of health systems. The International Health Policy Congress is aimed to bring together national and international invited speakers who are experts in their fields on the international platform and to share scientific developments and research results related to health management, health economics and finance, health services delivery, health manpower, public health, health industry, global health and health tourism.

In the congress, 8 national and international invited speakers shared information on various fields related to the health sector, and 54 papers were presented in 7 sessions. The abstract book has been published earlier. In this book in your hand, there are 22 papers whose full texts are provided by the authors. Nearly 400 participants attended the congress. We would like to express our gratitude to all the speakers, presenters and participants who contributed to the International Health Policies Congress, and we hope that our congress will be instrumental in sharing the current developments in the field of health policies both in the world and in our country, and that it will contribute to the health system of our country with all the stakeholders of the health sector with the knowledge gained.

TÜSPE Ekibi / TÜSPE Team
Ankara

KONGRE BAŞKANI *PRESIDENT OF CONGRESS*

Prof. Dr. Erhan Akdoğan, TÜSEB Başkanı

KONGRE DÜZENLEME KURULU *ORGANIZATION COMMITTEE*

Prof. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım, TUSPE Başkanı

Dr. Elif İşlek, TUSPE

Dr. Yonca Özatkan, TUSPE

Dr. Hakan Oğuz Arı, TUSPE

Uzm. Sevilay Sönmez Artuç, TUSPE

Sercan Koca, TUSPE

KONGRE BİLİM KURULU *SCIENTIFIC COMMITTEE*

Prof. Dr. Serkan Topaloğlu, Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı Başdanışmanı, Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Başkanvekili ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Sağlık Bakan Yardımcısı ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Prof. Dr. Necdet Ünüvar, Ankara Üniversitesi Rektörü ve Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Üyesi, Türkiye

Prof. Dr. Kurtuluş Karamustafa, Kayseri Üniversitesi Rektörü ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Prof. Dr. Kemalettin Aydın, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektör Yardımcısı, Türkiye

Prof. Dr. Gökhan Tuna Öztürk, Sosyal Güvenlik Kurumu GSS Genel Müdürü, Türkiye

Prof. Dr. Aykut Özarendeli, Erciyes Üniversitesi, Türkiye

Prof. Dr. Rifat Atun, Professor of Global Health Systems at Harvard University and the Faculty Chair for the Harvard Ministerial Leadership Program, USA

Prof. Dr. Mehmet Barca, Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi Öğretim Üyesi ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Prof. Dr. Shereen Hussein, Professor of Health and Social Care Policy at LSHTM, UK

Prof. Dr. Osman Günay, TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Prof. Dr. Haydar Sur, Üsküdar Üniversitesi Öğretim Üyesi ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Prof. Dr. Ramazan Erdem, Süleyman Demirel Üniversitesi Öğretim Üyesi ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Prof. Dr. A. Sinan Türkyılmaz, Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Prof. Dr. Erdem Karabulut, Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Prof. Dr. Toker Ergüder, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğretim Üyesi, DSÖ Türkiye Ofisi Program Direktörü ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Prof. Dr. Mine Durusu Tanrıöver, Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi, Türkiye

Prof. Dr. Enis Barış, Professor at School of Population and Global Health, McGill University, Quebec, Canada; Senior Advisor, The Global Fund, Geneva, Switzerland; GluonMed, LLC, President, Global Health Consultancy, Virginia, USA

Prof. Dr. Elias Mossialos, Deputy Head of Department of Health Policy at LSE and Director of LSE Health, UK

Doç. Dr. Zeynep Güldem Ökem, TOBB ETÜ Öğretim Üyesi, Türkiye

Doç. Dr. Ferhat Zengül, Alabama Üniversitesi Öğretim Üyesi, Amerika Birleşik Devletleri

Dr. Öğr. Ü. Ahmet Aziz Sürel, Ankara Şehir Hastanesi Koordinatör Başhekim, Türkiye

Dr. Öğr. Ü. Bilal Ak, TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Dr. Öğr. Ü. Hasan Giray Ankara, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğretim Üyesi ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Dr. Batyr Berdyklychev, DSÖ Türkiye Ofisi Başkanı, Türkiye

Dr. Mehmet Altuğ, Lokman Hekim Üniversitesi Mütevelli Heyeti Başkanı, Türkiye

Dr. Tuba Saygın Avşar, Research Fellow of Health Economics in the Department of Applied Health Research at UCL, Birleşik Krallık

Uzm. Dr. Salih Kenan Şahin, TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Uzm. Hüseyin Çelik, TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

KONGRE PROGRAMI

1. Gün | 25 Mayıs 2022

Açılış Konuşmaları

09:30 - 10:00



Prof. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım / TUSPE Başkanı



Prof. Dr. Erhan Akdoğan / TÜSEB Başkanı



Dr. Fahrettin Koca / T.C. Sağlık Bakanı

Davetli Konuşmacılar

10:00 - 11:00



Prof. Dr. Serkan Topaloğlu
Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı Başdanışmanı,
Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Başkanvekili ve
TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye



Prof. Dr. Sabahattin Aydın
Sağlık Bakan Yardımcısı ve
TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Oturum 1

Oturum Başkanı



Prof. Dr. Ramazan Erdem / Süleyman Demirel Üniversitesi Öğretim Üyesi ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Sözlü Bildiriler

11:00 - 12:30

- Sağlık Yöneticilerinin ve Çalışanlarının Stratejik Yönetim Araçlarını Kullanım ve Farkındalık Düzeylerini İncelemeye İlişkin Bir Araştırma
Haticenur Turan
- Stratejik Yönetim Paradigmasında Örgütsel Çevikliğin Kriz Yönetim Yetkinliği İle Olan İlişkisi: Türk Sağlık Sistemi Pandemi Kriz Yönetimi
Müveddet Konuşkan Bayraktar
- COVID-19 Pandemisinde Farklı Boyutlarıyla Sağlıkta Eşitsizlikler
Kazım Baş
- Hemşireliğin Politik Savunuculuğu
Birsan Altay, Emel Güven
- Türk Sağlık Sisteminde İhtiyaç Duyulan Yeni Nesil Sağlık Reformları
Erdal Eke, Muazzez Yelsiz, Sıddıka Çam, Ramazan Erdem
- COVID-19 Pandemisiyle Mücadele Politikalarını Yönlendiren Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Bilim Kurulu Kararlarının İncelenmesi
Şafak Kıran, Sedat Bostan
- Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yapılan Lisansüstü Çalışmalara Genel Bakış: Bibliyografik Bir İnceleme
Cemile Terzier
- COVID-19 Pandemisinde Bir Üniversitede Sağlık Alanında Öğrenim Gören Öğrencilerde Algılanan Stresin Yordayıcıları
Belgüzar Kara

Ara

Davetli Konuşmacılar

13:00 - 14:00



Prof. Dr. Shereen Hussein
Professor of Health and Social Care Policy at
LSHTM, UK



Prof. Dr. Rifat Atun
Professor of Global Health Systems at
Harvard University, USA

Oturum 2

Oturum Başkanı



Prof. Dr. Toker Ergüder / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğretim Üyesi, DSÖ Türkiye Ofisi Program Direktörü ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Sözlü Bildiriler

14:00 - 15:30

- Nüfus Temelli Kanser Kayıtlarındaki Eğilimler: Türkiye’de Retrospektif Çalışma
Selma Durmuş Sarıkahya, Emel Güden, İsmet Çelebi
- Suriyeli Mültecilerde COVID-19 Kaynaklı Kaygı Düzeyinin Değerlendirilmesi: Kilis İli Örneği
Fatih Budak, Servet Alp, Özlem Özer, Okan Özkan
- Türkiye’de Alkol Politikasının Analizi
Mustafa Orhan, Yasemin Akbulut
- Bir Sağlık Üniversitesi’nde Okuyan Öğrencilerin COVID-19 Aşılı İle İlgili Tutumlarının Değerlendirilmesi
Birkan Tapan, Tuğçe Elbüken, Büşra Özçelikçi, Nurdan Yıldırım
- COVID-19 Salgınının Türkiye’de Aile Yaşantısı Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi
Birsen Altay, Nevra Karaca Bıçakçı, Ayşe Çalmaz
- Samsun İli 2015-2019 Yılı Serviks Kanseri Tarama Programı Verilerinin Değerlendirilmesi
Hatice Nilden Arslan, Muhammet Ali Oruç
- Suriyeli Kadınlara Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Meme Kanseri Tarama Davranışları, Öz Etkililikleri ve Meme Kanseri Korkuları Üzerine Etkisi
Tuba Yılmaz Bulut, Birsen Altay
- Sağlığın “Ticari Belirleyicileri” İnfodemi Kaynağı Olabilir: Tütün Endüstrisi Örneği
Bilge Sözen Şahne, Dilek Aslan, Selen Yeğenoğlu, Meltem Şengelen

Ara

Oturum 3

Oturum Başkanı



Dr. Öğr. Ü. Bilal Ak / TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Sözlü Bildiriler

- COVID-19 Pandemisi Birinci Faz Sonunda Türkiye ve Estonya Ülkelerinin Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması
Yasemin Aslan, Orhan Zengin
- YGAP'larda Taburculuk Sonrası Adli Psikiyatri Uygulamaları ve Politika Önerileri
Hakan Karaağaç, Tuğba Kara
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beyin Göçüne Yönelik Tutumları
Özlem Terzi, Emir Külal Özgöz, Muhammed Doğramacı, Hatice Nilden Arslan
- Obezite Cerrahisinin Yaşam Kalitesine Etkisi
Yonca Özatkan, İsmail Ağırbaş
- Uzun Süreli Çalışma Saatine İlişkin Yöneticilerin Duygu Düşünce ve Deneyimlerinin Belirlenmesi: Nitel Çalışma
Aynur Yazıcı Sorucuoğlu, Neslihan Okatan
- Türkiye'de 11. Kalkınma Planı, Orta Vadeli Program ve Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Dönemi Stratejik Planının Kamu Sağlık Politikaları Açısından Stratejik Planlama Modeli Kapsamında Analizi
M. Serdar Erbaş
- Türkiye'de İş Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Mevzuatın Hastaneler Açısından İncelenmesi
Demet Gökmen Kavak, Yasemin Akbulut

15:45 - 17:15

Ara

Oturum 4

Oturum Başkanı



Dr. Tuba Saygın Avşar / Research Fellow of Health Economics in the Department of Applied Health Research at UCL, United Kingdom

Sözlü Bildiriler

- Türkiye'de Yenilikçi Sağlık Teknolojilerinin Geliştirilmesinde Değerleme Sorunu ve Yeni Bir Değerleme Yaklaşımı
Tamer Işın, Zişan Cihangir Işın, Mustafa Kemal Topçu, Hilal Fidan, Nagihan Ünsal, İrem Demirci, Bahtiyar Demiralp
- Özel Sağlık Hizmet Sunucularının Fazla ve Yersiz İlave Ücret Tahsilatlarına İdari Yaptırım Uygulanabiliyor mu?
Özkan Bilgili
- Klinik Takip ve Pazara Arz Sonrası Gözetim Sistemi
Zişan Cihangir Işın, Tamer Işın, Mustafa Kemal Topçu, Birol Elevli, Hilal Fidan, Nagihan Ünsal, Sefa Tokaç, Fatih Aksakal, Abdullah Yılmaz, İrem Demirci, Bahtiyar Demiralp
- Geriatrik Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Tedaviye Uyumda Eğitim Ve İlaç Hatırlatıcı Kol Saatinin Rolü
Tuğba Solmaz, Birsan Altay
- Türkiye'de Sağlık Teknoloji Değerlendirmesinde Maliyet-Etkililik Analizine ve Eşik Değere Neden İhtiyacımız Var?
Dilek Sernur Eminoğulları, Gökhan Tuna Öztürk
- Türkiye'de Onkoloji İlaçlarına Hasta Erişimi ve Piyasaya Çıkma Süreleri
Dilek Sernur Eminoğulları, Gökhan Tuna Öztürk
- Davranışsal Ekonomi Bağlamında Görelilik Tuzağının Sağlık Hizmetleri Çerçevesinden Değerlendirilmesi
Zehra Kaşka Üreten

17:30 - 19:30

- Avrupa Ülkeleri ve Türkiye’de Kemoterapi İlaç Fiyatları ve Erişilebilirliğinin Karşılaştırılması
Vahit Yiğit, İskender Çetintürk
- Bireylerin Sağlık Kaygısı ve COVID-19’un Yaşam Kalitesi Etkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Arnavutköy İlçesi Örneği
Dolunay Özlem Zeybek, Zeynep Nur Sarıtaş
- COVID-19 ile İlgili Yapılan Ekonomik Değerlendirme Çalışmalarına İlişkin Hızlı Sistematiik İnceleme
Dolunay Özlem Zeybek, Dilara Arslan

2. Gün | 26 Mayıs 2022

Davetli Konuşmacılar

10:00 - 11:00



Prof. Dr. Cevdet Erdöl
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü,
Türkiye



Dr. Batyr Berdyklychev
DSÖ Türkiye Temsilcisi, Türkiye

Oturum 5

Oturum Başkanı



Dr. Öğr. Ü. Hasan Giray Ankara / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğretim Üyesi ve TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Sözlü Bildiriler

11:00 - 12:30

- Sağlık Turizmi İşletmeciliği Önlisans Programlarının Müfredat Analizi
Zuhal Kayar, Nurcan Coşkun Us, Ayşe İspirli Turan, Selma Doğanalp Çoban
- Türkiye’nin Sağlık Turizmi Potansiyeli Karşısındaki Engellerin AHP Yöntemi ile Belirlenmesi
Pınar Öke Karakaya, Seda Sönmez, Gülnur İlgün
- Salgın Sonrası Sağlık Turizmi İçin Haloterapi: Çankırı Tuz Mağarası Örneği
Azize Serap Tunçer, Sinan Bulut
- Bölgesel Bakış Açısıyla Termal Otellerin Mali Sorunları
Mustafa Küçükilhan
- Türkiye’nin Medikal Turizmde Güçlü ve Zayıf Yönleri, Fırsatları ve Tehditleri: Sağlık Hizmet Sunucularıyla Derinlemesine Görüşmeler
Hüseyin Küçükali, Ayşe Seval Palteki, Şeyda Dünder Ege, Osman Hayran

Ara

Davetli Konuşmacılar

13:00 - 14:00



Prof. Dr. Elias Mossialos
Deputy Head of Department of Health Policy at
LSE and Director of LSE Health, UK



Prof. Dr. Enis Barış
Professor at School of Population and Global Health,
McGill University, Quebec, Canada; Senior Advisor,
The Global Fund, Geneva, Switzerland

Oturum 6

Oturum Başkanı



Doç. Dr. Zeynep Güldem Ökem / TOBB ETÜ Öğretim Üyesi, Türkiye

Sözlü Bildiriler

- Birleşmiş Milletler (BM) Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Ekseninde Sağlık Politikalarının Değerlendirilmesi
Abdullah Işık
- COVID-19 Aşılarının Ülkelere Adil Dağılımı Sorunu ve Aşı Eşitsizliğinin Küresel Sonuçları Üzerine Bir İnceleme
Muzaffer Akdoğan, Pınar Ünkür
- Sağlık Politikaları ve Dirençlilik İlişkisi: COVID-19 Pandemi Örneği
Samet Dinçer
- -mış Gibi Yapmak: Türkiye’de Sağlık Politikaları Yapım Sürecinde Tokenizm
İbrahim Hüseyin Cansever
- Çocuk İstismarını Önleyici Küresel Sağlık Politikaları ve Bu Politikaların Yürütülmesinde Çocuk Hemşiresinin Rolü
Abdullah Sarman
- Antidepresan İlaç Kullanımı ve İlişkili Faktörler: Türkiye ve Almanya Karşılaştırması
Yasemin Aslan, Orhan Zengin, Leyla Demir, Zozan Başçı
- Küreselleşmenin Sağlık Politikalarına ve Hemşireliğe Etkileri
İrem Genç, Songül Yumuşak, Tuba Özaydın
- Kanıta Dayalı Sağlık Politikalarının Geliştirilmesinde DSÖ EVIPNet Metodolojisi: Türkiye Örneği
Elif İşlek, Hakan Oğuz Arı, Yonca Özatkan, Merve Kardelen Bilir Uslu, Sevilay Sönmez Artuç, Sercan Koca, Hasan Hüseyin Yıldırım

14:00 - 15:30

Ara

Oturum 7

Oturum Başkanı



Uzm. Hüseyin Çelik / TUSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Sözlü Bildiriler

- Şehir Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin Bir Kamu Özel İşbirliği Uygulaması Olan Şehir Hastanelerine İlişkin Görüş ve Önerileri
Hakan Oğuz Arı
- Merkezi Hekim Randevu Sistemi Kullanım Durumunun İçsel Kıyaslaması
Evrin Karaman, Süleyman Dündar
- Türkiye’de Kamu Hastanelerine Yönelik Kalite Politikasının Analizi
Keziban Zeybek
- Pandemi Sürecinde Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma
Elif Sena Kambur, Özlem Özer, Okan Özkan, Türkan Yıldırım
- Acil Kullanım Yetkilendirmelerinin Etik Kabul Edilebilirliğinin Değerlendirilmesinde Tedavi Edici Müdahalelerin Koruyucu Tedbirlerden Ayırt Edilmesi
Ercan Avcı
- Türkiye İçin Yaşlı Sağlığı Hizmetlerinin Planlanması ve Yönetilmesinde Gösterge Seti Önerisi
Şirin Özkan, Ekrem Sevim
- Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere Yönelik Sağlık Politikaları Bağlamında Sunulan Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesi: Kilis ve Gaziantep Örneği
Merve Koç, Yakup Safa Çalı
- COVID-19 Pandemi Dönemi Sağlık Hizmetleri Sunumunda Bireylerin Teletıp Uygulamalarına Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi: Kartal İlçesi Örneği
Dolunay Özlem Zeybek, Burcu Sancar

15:45 - 17:15

Kapanış

17:15 - 17:30



Prof. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım / TUSPE Başkanı



Prof. Dr. Erhan Akdoğan / TÜSEB Başkanı

CONGRESS PROGRAMME

Day 1 | 25 May 2022

Opening

09:30 - 10:00



Hasan Hüseyin Yıldırım / Professor, President of TUSPE



Erhan Akdoğan / Professor, President of TÜSEB



Fahrettin Koca / MD, Minister of Health, Republic of Türkiye

Keynote Speakers

10:00 - 11:00



Serkan Topaloğlu

Professor, Chief Advisor to the President of the Republic of Türkiye,
Deputy Chairman of the Health and Food Policies Board of
The Presidency of the Republic of Türkiye and Member of the
TUSPE Health Policies Scientific Board, Türkiye



Sabahattin Aydın

Professor, Deputy Minister of Health, Republic of Türkiye and
Member of the TUSPE Health Policies Scientific Board, Türkiye

Session 1

Session Chair



Ramazan Erdem

/ Professor at Süleyman Demirel University and Member of the TUSPE Health Policies Scientific Board, Türkiye

Oral Presentations

11:00 - 12:30

- A Study on Examining Health Managers and Employees Strategic Management Tools Usage and Awareness Levels
Haticenur Turan
- The Relationship between Organizational Agility and Crisis Management Competence in the Strategic Management Paradigm:
Turkish Health System Pandemic Crisis Management
Müveddet Konuşkan Bayraktar
- Health Inequalities in Different Dimensions in the COVID-19 Pandemic
Kazım Baş
- Political Advocacy of Nursing
Birsen Altay, Emel Güven
- New Generation Health Reforms Needed in the Turkish Health System
Erdal Eke, Muazez Yelsiz, Sıddıka Çam, Ramazan Erdem

- Examining the Decisions of the Ministry of Health's Coronavirus Scientific Committee Guiding the Policies for Combating the COVID-19 Pandemic
Şafak Kıran, Sedat Bostan
- An Overview of Graduate Studies on Health Policies in Turkey: A Bibliographic Review
Cemile Terzier
- Investigating Individuals' Sights on Telemedicine Applications in the Delivery of Healthcare Services during the Covid-19 Pandemic Period
Belgüzar Kara

Break

Keynote Speakers

13:00 - 14:00



Shereen Hussein

Professor of Health and Social Care Policy at
LSHTM, UK



Rifat Atun

Professor of Global Health Systems at
Harvard University, USA

Session 2

Session Chair



Toker Ergüder

/ Professor at University of Health Sciences, Programme Director at WHO Türkiye Office and
Member of the TUSPE Health Policies Scientific Board, Türkiye

Oral Presentations

14:00 - 15:30

- Trends in Population Based Cancer Registries: a Retrospective Study in Turkey
Selma Durmuş Sarıkahya, Emel Güden, İsmet Çelebi
- Evaluation of the Level of COVID-19 Induced Anxiety in Syrian Refugees: The Case of Kilis
Fatih Budak, Servet Alp, Özlem Özer, Okan Özkan
- Analysis of Alcohol Policy in Turkey
Mustafa Orhan, Yasemin Akbulut
- Evaluation of Attitudes of Students Studying at a Healthcare University Toward COVID-19 Vaccinations
Birkan Tapan, Tuğçe Elbüken, Büşra Özçelikçi, Nurdan Yıldırım
- Determination of the Effects of the COVID-19 Output on Family Life in Turkey
Birsen Altay, Nevra Karaca Bıçakçı, Ayşe Çalmaz
- Evaluation of Samsun Cervical Cancer Screening Program Data Between 2015-2019, in Turkey
Hatice Nilden Arslan, Muhammet Ali Oruç
- The Effect of the Nurse Navigation Program Applied to Syrian Women on Breast Cancer Screening Behaviors, Self-efficacy and Breast Cancer Fears
Tuba Yılmaz Bulut, Birsen Altay
- "Commercial Determinants" of Health Can be an Infodemic Source: The Tobacco Industry Example
Bilge Sözen Şahne, Dilek Aslan, Selen Yeğenoğlu, Meltem Şengelen

Break

Session 3

Session Chair



Bilal Ak / Assistant Professor, Member of the TUSPE Health Policies Scientific Board, Türkiye

Oral Presentations

- Rapid Systematic Review of Economic Assessment Studies Regarding COVID-19
Yasemin Aslan, Orhan Zengin
- Forensic Psychiatry Practices and Policy Recommendations After Discharge in YGAPs
Hakan Karaağaç, Tuğba Kara
- Attitudes of Students of Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine Towards Brain Drain
Özlem Terzi, Emir Külal Özgöz, Muhammed Doğramacı, Hatice Nilden Arslan
- Impact of Bariatric Surgery on Quality of Life
Yonca Özatkan, İsmail Ağırbaş
- Determination of Emotional Thoughts and Experiences Regarding Long-Term Working Hours: Qualitative Study
Aynur Yazıcı Sorucuoğlu, Neslihan Okatan
- Analysis of the 11th Development Plan, Medium-Term Program and Ministry of Health Strategic Plan for 2019-2023 Period in Turkey in terms of Public Health Policies within the Scope of Strategic Planning Model
M. Serdar Erbaş
- Analysis of the Legislation on Occupational Health and Safety in Türkiye in Terms of Hospitals
Demet Gökmen Kavak, Yasemin Akbulut

15:45 - 17:15

Break

Session 4

Session Chair



Tuba Saygın Avşar / PhD, Research Fellow of Health Economics in the Department of Applied Health Research at UCL, United Kingdom

Oral Presentations

- The Valuation Problem in the Development of Innovative Health Technologies in Turkey and A New Valuation Approach
Tamer Işın, Zişan Cihangir Işın, Mustafa Kemal Topçu, Hilal Fidan, Nagihan Ünsal, İrem Demirci, Bahtiyar Demiralp
- Can Administrative Sanctions be Applied to Private Healthcare Providers' Excess and Unreasonable Additional Fees?
Özkan Bilgili
- Clinical Follow-up and Post-Market Surveillance System
Zişan Cihangir Işın, Tamer Işın, Mustafa Kemal Topçu, Birol Elevli, Hilal Fidan, Nagihan Ünsal, Sefa Tokaç, Fatih Aksakal, Abdullah Yılmaz, İrem Demirci, Bahtiyar Demiralp
- The Role of Training and Medication Reminder Wristwatch in the Adherence to the Treatment in Geriatric Patients Diagnosed with Hypertension
Tuğba Solmaz, Birsan Altay
- Why Do We Need Cost-Effectiveness Analysis and Threshold Value in Health Technology Assessment in Turkey?
Dilek Sernur Eminoğulları, Gökhan Tuna Öztürk
- Time to Market and Patient Access to Oncology Medicines in Turkey
Dilek Sernur Eminoğulları, Gökhan Tuna Öztürk
- Evaluation of the Relativity Trap in the Context of Behavioral Economics from the Framework of Health Services
Zehra Kaşka Üreten
- Comparison of Prices and Accessibility of Chemotherapy Drugs in European Countries and Turkey
Vahit Yiğit, İskender Çetintürk

17:30 - 19:30

- Examination of the Relationship Between Individuals Health Anxiety and the Impact on Quality of Life of COVID-19: The Arnavutköy District Case
Dolunay Özlem Zeybek, Zeynep Nur Sarıtaş
- Predictors of Perceived Stress in Health Professional Students at a University During the COVID-19 Pandemic
Dolunay Özlem Zeybek, Dilara Arslan

Day 2 | 26 May 2022

Keynote Speakers

10:00 - 11:00



Cevdet Erdöl

Professor, Rector of University of Health Sciences



Batyr Berdyklychev

MD, Head of Country Office in Turkey, Türkiye

Session 5

Session Chair



Hasan Giray Ankara

/ Assistant Professor at University of Health Sciences and Member of the TUSPE Health Policies Scientific Board, Türkiye

Oral Presentations

11:00 - 12:30

- Curriculum Analysis of Health Tourism Management Associate Programs
Zuhal Kayar, Nurcan Coşkun Us, Ayşe İspirli Turan, Selma Doğanalp Çoban
- Determining the Barriers to the Potential of Health Tourism in Turkey Using the AHP Method
Pınar Öke Karakaya, Seda Sönmez, Gülnur Ilgün
- Halotherapy for Health Tourism after the Epidemic: Çankırı Salt Cave Example
Azize Serap Tunçer, Sinan Bulut
- Financial Problems of Thermal Hotels from a Regional Perspective
Mustafa Küçükilhan
- Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats of Turkey in Medical Tourism: In-depth Interviews with Healthcare Providers
Hüseyin Küçükali, Ayşe Seval Palteki, Şeyda Dünder Ege, Osman Hayran

Break

Keynote Speakers

13:00 - 14:00



Elias Mossialos

Deputy Head of Department of Health Policy at LSE and Director of LSE Health, UK



Enis Barış

Professor at School of Population and Global Health, McGill University, Quebec, Canada; Senior Advisor, The Global Fund, Geneva, Switzerland

Session 6

Session Chair



Zeynep Güldem Ökem / Associate professor at TOBB ETU, Türkiye

Oral Presentations

- Evaluation of Health Policies in the Context of the United Nations (UN) Sustainable Development Goals
Abdullah Işık
- Comparison of Quality of Life in Turkey and Estonia at the End of the First Phase of the COVID-19 Pandemic
Muzaffer Akdoğan, Pinar Ünkür
- Relationship between Health Policies and Resilience: The Case Study of COVID-19 Pandemic
Samet Dinçer
- Pretending: Tokenism in the Health Policy-Making Process in Turkey
İbrahim Hüseyin Cansever
- Global Health Policies for the Prevention of Child Abuse and the Role of the Pediatric Nurse in the Execution of These Policies
Abdullah Sarman
- Antidepressant Medication Usage and Associated Factors: Comparison of Turkey and Germany
Yasemin Aslan, Orhan Zengin, Leyla Demir, Zozan Başçı
- The Effects of Globalization on Health Policies and Nursing
İrem Genç, Songül Yumuşak, Tuba Özaydın
- WHO EVIPNet Methodology for Evidence-Informed Policy Development: The Turkish Case
Elif İşlek, Hakan Oğuz Arı, Yonca Özatkan, Merve Kardelen Bilir Uslu, Sevilay Sönmez Artuç, Sercan Koca, Hasan Hüseyin Yıldırım

14:00 - 15:30

Break

Session 7

Session Chair



Hüseyin Çelik / MSc, Member of the TUSPE Health Policies Scientific Board, Türkiye

Oral Presentations

- Opinions and Suggestions of the Health Personnel Towards City Hospitals as a Public-Private Partnership Practice in the Turkish Health System
Hakan Oğuz Arı
- Internal Benchmarking of Central Physician Appointment System Usage Status
Evrin Karaman, Süleyman Dünder
- Analysis of Quality Policy for Public Hospitals in Turkey
Keziban Zeybek
- Investigation of Trust in Health Care Systems and Quality of Life in the Pandemic Process
Elif Sena Kambur, Özlem Özer, Okan Özkan, Türkan Yıldırım
- Distinguishing Therapeutic Interventions from Preventive Options When Assessing the Ethical Acceptability of Emergency Authorizations
Ercan Avcı
- Proposal of a Set of Indicators for Planning and Managing Elderly Care Services in Turkey
Şirin Özkan, Ekrem Sevim
- Evaluation of Health Services Provided in the Context of Health Policies for Syrians Being Protected Temporarily: The Case of Kilis and Gaziantep
Merve Koç, Yakup Safa Çalı
- A Review on the Problem of the Equivalent Distribution of COVID-19 Vaccines to Countries and the Global Consequences of Vaccine Inequality: The Kartal District Case
Dolunay Özlem Zeybek, Burcu Sancar

15:45 - 17:15

Closing Session

17:15 - 17:30



Hasan HÛseyin Yıldırım / Professor, President of TÛSPE



Erhan Akdoğan / Professor, President of TÛSEB

İÇİNDEKİLER CONTENTS

ÖNSÖZ <i>FOREWORD</i>	4
KONGRE BAŞKANI <i>PRESIDENT OF CONGRESS</i>	6
KONGRE DÜZENLEME KURULU <i>ORGANIZATION COMMITTEE</i>	6
KONGRE BİLİM KURULU <i>SCIENTIFIC COMMITTEE</i>	6
KONGRE PROGRAMI <i>CONGRESS PROGRAMME</i>	13
İÇİNDEKİLER <i>CONTENTS</i>	19

Oturum 1 | *Session 1*

COVID-19 Pandemisinde Farklı Boyutlarıyla Sağlıkta Eşitsizlikler	22
<i>Health Inequalities with Different Dimensions in the COVID-19 Pandemic</i>	22

Kazım Baş

Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yapılan Lisansüstü Çalışmalara Genel Bakış: Bibliyografik Bir İnceleme	29
<i>An Overview of Graduate Studies on Health Policies in Turkey: A Bibliographic Review</i>	29

Cemile Terzier

Oturum 2 | *Session 2*

Nüfus Temelli Kanser Kayıtlarındaki Eğilimler: Türkiye’de Retrospektif Çalışma.....	40
<i>Trends in Population Based Cancer Registries: A Retrospective Study in Turkey</i>	40

Selma Durmuş Sarıkahya, Emel Güden, İsmet Çelebi

Türkiye’de Alkol Politikasının Analizi	51
<i>Analysis of Alcohol Policy in Turkey</i>	51

Mustafa Orhan, Yasemin Akbulut

Oturum 3 | *Session 3*

COVID-19 Pandemisi Birinci Faz Sonunda Türkiye ve Estonya Ülkelerinin Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması.....	67
<i>Rapid Systematic Review of Economic Assessment Studies Regarding COVID-19</i>	67

Yasemin Aslan, Orhan Zengin

Uzun Süreli Çalışma Saatine İlişkin Yöneticilerin Duygu Düşünce ve Deneyimlerinin Belirlenmesi: Nitel Çalışma	77
---	----

<i>Determination of Emotional Thoughts and Experiences Regarding Long-Term Working Hours: Qualitative Study</i>	77
---	----

Aynur Yazıcı Sorucuoğlu, Neslihan Okatan

Türkiye’de 11. Kalkınma Planı, Orta Vadeli Program ve Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Dönemi Stratejik Planının Kamu Sağlık Politikaları Açısından Stratejik Planlama Modeli Kapsamında Analizi	86
<i>Analysis of the 11th Development Plan, Medium-Term Program and Ministry of Health Strategic Plan for 2019-2023 Period in Turkey in terms of Public Health Policies within the Scope of Strategic Planning Model</i>	86
M. Serdar Erbaş	

Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Mevzuatın Hastaneler Açısından İncelenmesi	105
<i>Analysis of the Legislation on Occupational Health and Safety in Türkiye in Terms of Hospitals</i>	105
Demet Gökmen Kavak, Yasemin Akbulut	

Oturum 4 | Session 4

Türkiye’de Yenilikçi Sağlık Teknolojilerinin Geliştirilmesinde Değerleme Sorunu ve Yeni Bir Değerleme Yaklaşımı.....	120
<i>The Valuation Problem in the Development of Innovative Health Technologies in Turkey and A New Valuation Approach</i>	120
Tamer Işın, Zişan Cihangir Işın, Mustafa Kemal Topçu, Hilal Fidan, Nagihan Ünsal, İrem Demirci, Bahtiyar Demiralp	

Özel Sağlık Hizmet Sunucularının Fazla ve Yersiz İlave Ücret Tahsilatlarına İdari Yaptırım Uygulanabiliyor mu?	141
<i>Can Administrative Sanctions be Applied to Private Healthcare Providers’ Excess and Unreasonable Additional Fees?</i>	141
Özkan Bilgili	

Klinik Takip ve Pazara Arz Sonrası Gözetim Sistemi.....	149
<i>Clinical Follow-up and Post-Market Surveillance System</i>	149
Zişan Cihangir Işın, Tamer Işın, Mustafa Kemal Topçu, Birol Elevli, Hilal Fidan, Nagihan Ünsal, Sefa Tokaç, Fatih Aksakal, Abdullah Yılmaz, İrem Demirci, Bahtiyar Demiralp	

Türkiye’de Sağlık Teknoloji Değerlendirmesinde Maliyet-Etkililik Analizine ve Eşik Değere Neden İhtiyacımız Var?	164
<i>Why Do We Need Cost-Effectiveness Analysis and Cost-Effectiveness Threshold Value in Health Technology Assessment in Turkey?</i>	164
Dilek Sernur Eminoğulları, Gökhan Tuna Öztürk	

Türkiye’de Onkoloji İlaçlarına Hasta Erişimi ve Piyasaya Çıkma Süreleri	174
<i>Time to Market and Patient Access to Oncology Medicines in Turkey</i>	174
Dilek Sernur Eminoğulları, Gökhan Tuna Öztürk	

Davranışsal Ekonomi Bağlamında Görelilik Tuzağının Sağlık Hizmetleri Çerçevesinden Değerlendirilmesi.....	189
<i>Evaluation of the Relativity Trap in the Context of Behavioral Economics from the Framework of Health Services</i>	189
Zehra Kaşka Üreten	

Oturum 5 | Session 5

Türkiye'nin Sağlık Turizmi Potansiyeli Karşısındaki Engellerin AHP Yöntemi ile Belirlenmesi	198
<i>Determining the Barriers to the Potential of Health Tourism in Turkey Using the AHP Method</i>	<i>198</i>
Pinar Öke Karakaya, Seda Sönmez, Gülnur İlgin	

Salgın Sonrası Sağlık Turizmi İçin Haloterapi: Çankırı Tuz Mağarası Örneği.....	205
<i>Halotherapy for Health Tourism after the Epidemic: Çankırı Salt Cave Example</i>	<i>205</i>
Azize Serap Tunçer, Sinan Bulut	

Oturum 6 | Session 6

COVID-19 Aşılarının Ülkelere Adil Dağılımı Sorunu ve Aşı Eşitsizliğinin Küresel Sonuçları Üzerine Bir İnceleme	215
<i>Comparison of Quality of Life in Turkey and Estonia at the End of the First Phase of the COVID-19 Pandemic</i>	<i>215</i>
Muzaffer Akdoğan, Pinar Ünkür	

Çocuk İstismarını Önleyici Küresel Sağlık Politikaları ve Bu Politikaların Yürütülmesinde Çocuk Hemşiresinin Rolü	232
<i>Global Health Policies for the Prevention of Child Abuse and the Role of the Pediatric Nurse in the Execution of These Policies</i>	<i>232</i>
Abdullah Sarman	

Küreselleşmenin Sağlık Politikalarına ve Hemşireliğe Etkileri	239
<i>The Effects of Globalization on Health Policies and Nursing</i>	<i>239</i>
İrem Genç, Songül Yumuşak, Tuba Özaydın	

Oturum 7 | Session 7

Şehir Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin Bir Kamu Özel İşbirliği Uygulaması Olan Şehir Hastanelerine İlişkin Görüş ve Önerileri	250
<i>Opinions and Suggestions of the Health Personnel Towards City Hospitals as a Public-Private Partnership Practice in the Turkish Health System.....</i>	<i>250</i>
Hakan Oğuz Arı	

Merkezi Hekim Randevu Sistemi Kullanım Durumunun İçsel Kıyaslaması.....	255
<i>Internal Benchmarking of Central Physician Appointment System Usage Status</i>	<i>255</i>
Evrin Karaman, Süleyman Dünder	

Türkiye'de Kamu Hastanelerine Yönelik Kalite Politikasının Analizi.....	264
<i>Analysis of Quality Policy for Public Hospitals in Turkey</i>	<i>264</i>
Keziban Zeybek	

Oturum 1 | Session 1



Oturum Başkanı | Session Chair

Prof. Dr. Ramazan Erdem

Süleyman Demirel Üniversitesi Öğretim Üyesi ve
TÜSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

COVID-19 Pandemisinde Farklı Boyutlarıyla Sağlıkta Eşitsizlikler

Health Inequalities with Different Dimensions in the COVID-19 Pandemic

Dr. Öğr. Üyesi Kazım Baş

Munzur Üniversitesi Tunceli Meslek Yüksekokulu

Özet

Bu çalışma, literatüre dayalı COVID-19 pandemisinde sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri farklı boyutlarıyla değerlendirmek amacıyla yürütüldü.

Günümüze kadar sosyal, ekonomik koşullar ülkeler arasında eşitsizliği sağlayan en önemli etken olmuştur. Ülkeler arasında gelir eşitsizliğini ölçmede kullanılan Yıllardır Gini katsayısına göre yapılan karşılaştırmalarda yüksek gelirli ülkeler ile düşük gelirli ülkeler arasında gelir eşitsizliğinde ciddi farklar belirlenmiştir. Gelir eşitsizliği ülkelerin sağlık sistemi ile küresel sağlık sistemini olumsuz etkilemeye devam etmektedir. COVID-19 salgın sürecinde ise ülkeler arasında devam eden eşitsizliklerin artarak belirginleştiği bildirilmiştir. Hastalıklar tüm bireyler için risk oluşturmaktadır ancak eşitsizlik içinde yaşayanlarda hastalık ve ölüm oranları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda gelir eşitsizliğiyle koronavirüs ölümleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. COVID-19 dünyada tüm bireyleri olumsuz etkilemekle birlikte özellikle dezavantajlı toplum/gruplarda artan eşitsizliklere bağlı daha yüksek hastalık ve ölümlere neden olduğu belirtilmiştir.

Salgınla mücadelede geliştirilen aşılarda şimdiye kadar en etkili yöntem olmuştur. Ancak aşı üretimiyle birlikte geliri yüksek bazı ülkeler üretilen aşılarda stoklamaları aşıya erişiminde ülkeler arasında eşitsizliklerin görünür olmasını sağlamıştır. Ülkelerin kendi içinde de sosyal, ekonomik, dini, ırksal farklılıkların olduğu ve aşılama sürecinde eşitsizliklerin oluşmasına neden olduğu saptanmıştır.

COVID-19'la mücadelede eşitsizliklerin oluşumunda rol oynayan bireysel, sosyal, ekonomik, çevresel belirleyicilerinin dezavantajlı topluluklar üzerinde olumsuz etkilerinin azaltılmasının daha önemli hale geldiği bildirilmiştir. Ulusal ve küresel düzeyde salgınla mücadelede halk sağlığının güçlendirilip ve insan hakları yaklaşımlarına dayalı politikaların gerekli olduğu önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlık, COVID-19, sağlıkta eşitsizlikler, sağlık politikaları

Abstract

This research was conducted to evaluate the inequalities in health in the literature-based coronavirus pandemic with different dimensions.

Until today, social and economic conditions have been the most important factor that provides inequality between countries. Comparisons made according to the Gini coefficient, which has been used to measure income inequality between countries for years, revealed significant differences in income inequality between high-income countries and low-income countries. Income inequality continues to negatively affect the health system of countries and the global health system. It has been reported that the ongoing inequalities between countries have become increasingly evident during the COVID-19 epidemic process. Diseases pose a risk to all individuals, but those living in inequality have higher rates of morbidity and mortality. Studies have found a significant relationship between income inequality and coronavirus deaths. It has been stated that while COVID-19 affects all individuals negatively in the world, it causes higher morbidity and mortality due to increasing inequalities, especially in disadvantaged societies/groups.

Vaccines developed in the fight against the epidemic have been the most effective method so far. However, some countries with high incomes with vaccine production stockpiled vaccines, making inequalities visible between countries in access to vaccines. It has been determined that there are social, economic, religious and racial differences within the countries and cause inequalities in the vaccination process.

It has been reported that it has become more important to reduce the negative effects of individual, social, economic and environmental determinants that play a role in the formation of inequalities in the fight against COVID-19 on disadvantaged communities. It is suggested that policies based on human rights approaches and strengthening public health are necessary in the fight against the epidemic at the national and global level.

Keywords: COVID-19, Health, Inequality in health, health policies

Giriş

Ülkeler arasında Gini katsayısı oranlarına göre yıllardır yapılan karşılaştırmalarda yüksek gelirli ülkeler ile düşük gelirli ülkeler arasında gelir eşitsizliğinde ciddi farklar belirlenmiştir. Gini katsayısı ile ölçülen gelir eşitsizliğinin Covid-19 ölümleri arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Sepulveda ve Brooker, 2021).

Genel olarak sağlıkta eşitsizliklerin oluşumunu belirleyen nedenlerin bireysel, sosyal-ekonomik ve çevresel faktörler olduğu açıklanmıştır. Salgınla birlikte dünya genelinde birey, aile ve toplumları uzun yıllardır olumsuz etkileyen eşitsizliklerin artarak devam etmektedir (Bolcato ve diğ., 2021). Hastalıklar tüm bireyler için risk oluştursa da daha fazla eşitsizliklerle yaşamını sürdüren bireylerin hastalıklara yakalanma ve hastalıktan ölme oranları daha yüksek bulunmuştur. Dünyada geçmişte yaşanan pandemilerde (1918 İspanyol İnfluenza Pandemisi gibi) eşitsizliklerin olduğu gruplarda hastalık görülme oranı ve bu bağlı ölüm oranının arttığı bildirilmiştir. Bu eşitsizliklerin yüksek gelirli ülkeler ile düşük gelirli ülkeler arasında görüldüğü belirlenmiştir. Ülkeler içinde daha zengin, daha yoksul mahaller arasında, daha yüksek sosyal-ekonomik ile daha düşük sosyal-ekonomik gruplar arasında, kentsel ve kırsal alanlarda eşitsizliğin daha belirginleştiği bildirilmiştir. Covid-19'un tarihte yaşanan diğer salgınlarla benzer tüm ülkelerde dezavantajlı grupları olumsuz etkileyerek eşitsizlikleri daha da belirgin hale getirdiği belirtilmiştir (Bambra ve diğ., 2021; Keys ve diğ., 2021). Koronavirüs salgını tüm birey ve toplulukları olumsuz etkilemekle birlikte, sosyal-ekonomik statü, etnik köken ve ırk, kronik hastalık, yaş, barınma, gıdaya ve sağlık hizmetlerine erişim, yaşam koşullarına bağlı dezavantajlı toplum/gruplarda artan eşitsizliklere bağlı daha yüksek morbidite ve mortaliteye neden olduğu kanıtlanmıştır (Haynes, 2020; Keys ve diğ., 2021; Cheshmehzangi, 2021).

Sosyal-ekonomik faktörler ve yoksulluğun Afrika ülkelerinde ciddi sağlık eşitsizliklerine neden olduğu,

yaşanan Covid-19’la birlikte yoksul gruplarda ve özellikle yaşlılarda salgının daha yıkıcı etkilerinin olabileceği vurgulanmıştır (Okoi ve Bwawa, 2020). OECD ülkelerinde gelir eşitsizliğinin salgının yayılmasını artırdığı ve buna bağlı ölümlerde artışa neden olduğu saptanmıştır. Salgına nedeniyle artan eşitsizliklerin azaltılmasında en savunmasız toplulukların sağlık koşullarının iyileştirilip, gelirin iyileştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Wildman, 2021). Hong Kong’da yoksullar üzerinde yapılan çalışmada cerrahi yüz maskesi, dezenfektan gibi koruyucu ekipmanların yüksek fiyatlarıyla birlikte sosyal mesafeyle ilgili uygulamaların eden olduğu ekonomik kayıpların yoksullara ek yükler getirdiği ve salgına karşı daha savunmasız bıraktığı bildirilmiştir (Siu, 2021). İngiltere’de ırkçılığın, ayrımcılık ve sosyal eşitsizliğin fazla olduğu toplulukların salgına yakalanma risklerinin yüksek olacağı ve buna bağlı ölümlerinde artabileceği vurgulanmıştır. (Keys ve diğ., 2021). Salgına karşı aşılarda geliştirilmesi insanlar için umut olsa da bazı yüksek gelirli ülkelerin üretilen aşılarda stoklamaları nedeniyle özellikle düşük gelirli ülkelerin aşıya erişimini olumsuz etkileyerek, aşı milliyetçiliği tartışmasına neden olduğu vurgulanmıştır (Bolcato ve diğ.,2021). Diğer yandan bazı ülkelerin kendi içinde de aşılarda bariz ırksal ve etnik farklılıklar olduğu da bildirilmiştir (Njoku ve diğ., 2021; Mathieu ve diğ., 2021).

Koronavirüs pandemisinden sonra salgının önlenmesi ve kontrol edilmesinin yanında eşitsizliklerle mücadele edilmesinin küresel sağlık güvenliğe katkı sağlayacağı vurgulanmıştır. Bu çalışma, koronavirüs salgını sürecinde sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri literatür kapsamında farklı boyutlarıyla değerlendirmek amacıyla yürütüldü.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, 14-16 Şubat 2022 tarihleri arasında Web of Science, Scopus, Sobiad veri tabanlarının taranması sonucu ulaşılan kırk makale içinden tam metnine ulaşılabilen 21 makaleden yararlanarak yazıldı.

Covid-19 Pandemisinde Sağlıkta Eşitsizlikler

Koronavirüs sürecinde ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içinde sağlıkta yaşanan eşitsizliklerin artarak daha da belirginleştiği görülmüştür. Salgın sürecindeki eşitsizlikler literatüre dayalı başlıklar halinde yazılarak aşağıda sunulmuştur.

Pandemilerin Dezavantajlı Topluluklar Üzerindeki Olumsuz Etkileri

Ülkeler arasında ve ülkelerin içinde sosyal ve ekonomik koşulların farklı oluşu eşitsizliğin oluşmasını artırdığı belirtilmiştir. Yıllardır devam eden eşitsizliklere bağlı adil olmayan şekilde dezavantajlı gruplarda daha yüksek hastalık ve buna bağlı ölümler görülmüştür. Covid-19 pandemisinin ise etnik azınlık gruplar ile siyahilerde, sosyal-ekonomik düzeyi düşük gruplarda, kent ve kırsal alanın yoksun bölgelerinde ve savunmasız topluluklarda eşitsizliği daha belirgin hale getirdiği bildirilmiştir (Mishra ve diğ., 2021). Geçmişte (1918) milyonlarda insanın ölümüne neden olan İspanyol gribinden düşük gelirli ülkelerin yoksul bölgelerinde yaşayan insanlarda ölüm oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. İspanyol gribinde Hindistan’da görülen ölümlerin Danimarka’dan kırk kat daha fazla olduğu, Yine Güney Amerika ülkelerinde Avrupa ülkelerinden yirmi kat daha fazla grip salgınına bağlı ölüm görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri’nde işsizler arasında ve Şikago’daki yaşayan kentsel fakirler arasında İspanyol gribine bağlı ölüm oranları daha yüksek bulunmuştur. Sosyal-ekonomik eşitsizlikler açısından İngiltere’de 2009 yılında influenza A (H1N1) salgını üzerinde yapılan çalışmada şehrin yoksun bölgelerinde salgının üç kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Dünyada yakın tarihte görülen, Domuz Gribi (2009- 2010), Batı Afrika Ebola virüsü (2014) ve Latin Amerika Zika virüsü salgınları nedeniyle sağlık sistemleri yetersiz olan ülkelerde hastalığa bağlı daha yıkıcı sonuçların olduğu saptanmıştır (Maffioli, 2020). 2020 yılında tüm dünyaya yayılan Covid-19 salgının ise tüm ülkeleri olumsuz etkileyerek, kronik hastalığı olanları ile sosyal, ekonomik eşitsizlik olan gruplar ile dezavantajlı topluluklarda daha kötü sonuçlara yol açabileceği vurgulanmıştır. Yirmi iki OECD ülkesini kapsayan; 15-44 yaş, 45-64 yaş, 65-79 yaş ile 80 ve üzeri dört yaş

grubu üzerinde yapılan çalışmada gelir eşitsizliği ile Covid-19 ölüm oranları arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur (Bambra ve diğ.,2021; Sepulveda ve Brooker, 2021). Eşitsizlikleri oluşumunda rol oynayan sosyal belirleyicilerinin dezavantajlı topluluklar üzerinde olumsuz etkilerinin azaltılmasının salgınla mücadelede etkili olacağı belirtilmiştir.

Covid-19 Salgın Sürecinde Yaşanan Eşitsizliklerde Bazı Örnekler

Covid-19 salgınıyla oluşan olumsuz etkiler dünya genelinde bireyler, gruplar ve toplumları olumsuz etkilemeye devam etmektedir. Pandemiyle birlikte artan sosyal-ekonomik ve sağlık eşitsizlikleri ülkeler arasında daha da belirginleşmiştir.

Literatür incelendiğinde koronavirüs pandemisinin ülkelerdeki dezavantajlı grupları eşitsizlik yaşam koşulları ve sağlık hizmetlerine erişimde daha olumsuz etkilediği görülmüştür. Amerika'da yaşlarına göre incelenen Covid-19 ölüm oranlarında Afrika kökenli Amerikalı ve Latin kökenli hastalarda ölüm oranları, Beyaz Amerikalı hastalardan daha yüksek bulunmuştur (Ku ve Brantley, 2020). Pandeminin Güney Afrika'da ırksal ve yoksulluk sınırlarını daha belirginleştirip eşitsizliği arttırdığı ifade edilmiştir. Salgının beyaz olmayan yoksul nüfus ile az gelişmiş ve aşırı kalabalık mahallelerde yaşayan insanları daha olumsuz etkilediği (Nwosu ve Oyenubi, 2021) ve İngiltere'de kötü yaşam koşullarına maruz kalanlar ile ırkçılığın, ayrımcılığın ve sosyal eşitsizliğe maruz kalan toplular üzerinde daha olumsuz etkilerinin olduğu bildirilmiştir (Cheshmehzangi, 2021). Sahra altı Afrika ülkeleri dünyada en çok mutlak yoksul nüfusunu barındırmaktadır. Bu ülkelerin sağlık sistemleri toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz olduğundan salgınının kontrol edilmesinde halk sağlığı müdahalelerinin geliştirilmesini ve uygulanmasına ihtiyaç duyulacağı belirtilmiştir. Bu ülkelerde salgının yıkıcı etkilerini azaltmak ve toplumun sağlığını sürdürebilmek ve geliştirmek, sağlık hizmetlerine erişimi sağlamayla birlikte insanların yiyecek, barınma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmasının daha önemli olduğu bildirilmiştir (Okoi ve Bwawa, 2020). Ayrımcılığa ve eşitsizliğe maruz kalmış bazı gruplarda aşılama başarısını da olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Örneğin İngiltere'de yapılan çalışmada sağlık hizmetlerine erişimde ayrımcılığa maruz kalmış Güney Londra'daki siyahi topluluklarda Covid-19 aşı tereddüdü yüksek bulunmuştur (Acharya, ve diğ., 2021).

Covid-19 Aşılama Sürecinde Eşitsizlikler

Covid-19'a karşı geliştirilen aşılar salgının kontrol edilmesinde tüm inşalara umut olmuştur. Ancak üretilmesiyle birlikte aşılar erişiminde ülkeler arasında gelire bağlı eşitsizliklerin belirginleştirerek devam ettiği bildirilmiştir. Dünya genelinde aşıya erişim ve dağıtımında ülkelerin sosyal-ekonomik yapısının gözlemlenmediği ve hakkaniyete uygun davranılmadığı, aşıya erişimde halk sağlığı ilkeleri ve insan hakları yaklaşımları ihlal edildiği belirtilmiştir. Koronavirüs aşılarının üretim aşaması ve sonrasında bazı zengin ülkeler tarafından aşılarda çoğu satın alınmıştır. Bu durum diğer ülkelerin aşı teminini ve ülkeler arasında aşılamada öncelik belirlemeyi olumsuz etkilemiştir. Aşıyla ilgili yaşanan bu olumsuzluklar aynı zamanda aşı milliyetçiliği tartışmalarının olmasına da kaynaklık etmiştir. Dünyada 7 Mayıs 2021 tarihi itibarıyla gelişmiş ve yüksek geliri ülkeler yaklaşık 5 milyar COVID-19 aşısına temin ederken düşük gelirli ülkelerin sadece 270 milyon doz aşıya ulaştığı belirtilmiştir. Dolayısıyla aşılamadaki eşitsizliğin ülkeler arasındaki sağlık alanında eşitsizliği görünür olmasını sağladığı belirtilmiştir. Örneğin ABD (Amerika Birleşik Devletleri), Kanada gibi yüksek gelirli ülkelerinde yaşayan nüfusun yaklaşık beş katı kadar Covid-19 aşı dozu biriktirdiği ifade edilmiştir (Su ve diğ., 2021; Bolcato ve diğ.,2021).

Ülkelerin aşıya erişimdeki eşitsizliklerine bağlı ülkelerde yapılan aşı oranlarında belirgin farklılıklar görülmüştür. Avrupa ülkeleri, aşı erişimdeki eşitsizlikleri azaltmak için Covid-19 aşılarının küresel kamu malı olmasıyla ilgili taahhütte bulunmalarına rağmen fakat bu konuda istenilen sonuç alınmadığı belirtilmiştir. (De Pas ve diğ., 2022). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) dünya genelinde Covid-19 aşılamada eşitsizlikleri gidermek için düşük gelirli ülkelerin aşılanmasına katkı yapmak için küresel aşı erişimi (Vaccines Global Ac-

cess-COVAX) programıyla aşı paylaşımını amaçlansa da istenilen başarıya ulaşılamadığı vurgulanmıştır. Diğer yandan aşıya erişimdeki sorunların giderilmesinde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından başlatılan aşı patentlerinden feragat etmek, farklı bölgelere aşı fabrikaları kurmak, aşı bağışı ve aşısı olmayanlara aşıya erişimde öncülük etmesinin en etkili ve verimli alternatif olabileceği de bildirilmiştir (Su ve diğ., 2021).

Covid-19 aşılama sürecinde ülkeler arasında görülen eşitsizliklerin bazı ülkelerin kendi içinde aşılama da dezavantajlı gruplar arasında belirginleştiği saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Covid-19'de karşı aşılananlar karşılaştırıldığında ırksal ve etnik farklılık görülmüştür. Amerika'da yüz doksan beş milyondan fazla kişi (%75.88'i) en az bir doz aşı olan ve ırk ve etnik köken verilerine göre; aşı olanların %60,3'ü Hispanik olmayan Beyaz olduğu, %17,4'ü Hispanik/Latin kökenli, %10,4'ü Siyahi olduğu belirlenmiştir. Aşı oranlarına göre beyazlara göre Siyah ve Hispanik kişiler arasında Covid-19 aşılama oranı düşük bulunmuştur (Njoku ve diğ.,2021). İngiltere'de yapılan bir çalışmada Covid-19 aşılama oranlarında etnik ve dini gruplarda büyük farklılıklar olduğu bildirilmiştir. Ülkede yetmiş yaş ve üzeri yaşlılarda ilk doz aşı yapılanlar karşılaştırılmış ve Siyah Afrikalı, Siyah Karayipli, Bangladeşli ve Pakistanlı bireylerin aşılama oranlarının Beyaz İngilizlere göre düşük bulunmuştur. Aşılamadaki bu farklılığın yoksunluk, haneye ait faktörler, engellilik ve sosyal-demografik gibi bazı faktörlerden kaynaklı olduğu belirtilmiştir (Nafilyan ve diğ., 2021). Ülkelerin salgın sürecinde aşılama uygulamalarında yaşanan eşitsizliğin azaltılabilmesi için dezavantajlı topluluklarda özel aşılama yaklaşımlarının geliştirilmesine ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. (Rodríguez-Bailón, 2020; Perry ve diğ., 2021).

Literatüre dayalı yürütülen bu çalışmada, Covid-19 pandemisinde ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içinde farklı boyutlarıyla sağlıkta eşitsizliklerin daha da belirginleştiği görülmektedir. Eşitsizlikleri oluşumunda rol oynayan sağlığın sosyal, bireysel ve çevresel belirleyicilerinin dezavantajlı topluluklar üzerinde olumsuz etkilerinin azaltılmasında salgınla mücadelede tüm ülkeler için önemli hale geldiği anlaşılmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Geçmişten günümüze sağlıkta yaşanan eşitsizliklerin Covid-19 salgınıyla daha belirginleştiği görülmüştür. Salgın sürecinde ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içinde eşitsizliklere bağlı toplumun tüm kesimleri olumsuz etkilenmiştir. Salgının sürecinde geliştirilen aşılar hastalığı kontrol etmede insanlar için umut olmuştur. Ancak aşılama üretimiyle birlikte ülkeler arasında aşıya erişimde eşitsizlikler görülmüştür. Ülkelerin kendi içinde aşılama çalışmalarında sosyal, ekonomik, ırk, dini, etnik azınlık gibi faktörlere bağlı eşitsizlikler saptanmıştır. Tüm ülkelerde toplumları olumsuz etkileyen eşitsizliklerin azaltılmasında sorunların bütünsel yaklaşımla ele alınmasının yanında halk sağlığı uygulamalarını geliştirme, yoksunluk, ayrımcılık, eşitsizlik neden olan koşulların ortadan kaldırılmasında daha fazla çabaya, işbirliği ve desteğe ihtiyaç vardır. Dolayısıyla dünyada tüm insanlara temel sağlık hizmetleri ve aşılarla erişimin sağlanması için küresel sağlık sisteminin güçlendirilerek ülkeler tarafından uygun politikaların geliştirilip uygulanması önerilmektedir.

Kaynaklar

Acharya, A., Lam, K., Danielli, S., Ashrafian, H., & Darzi, A. (2021). COVID-19 vaccinations among Black Asian and Minority Ethnic (BAME) groups: Learning the lessons from influenza. *International Journal of Clinical Practice*, 75(10), e14641.

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74(11), 964-968.

Bolcato, M., Rodriguez, D., Feola, A., Di Mizio, G., Bonsignore, A., Ciliberti, R., & Aprile, A. (2021). COVID-19 Pandemic and Equal Access to Vaccines. *Vaccines*, 9(6), 538.

Cheshmehzangi, A. (2021). Vulnerability of the UK's BAME communities during COVID-19: The review of

public health and socio-economic inequalities. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 1-18. DOI: 10.1080/10911359.2021.1875949

Haynes, K. (2020). Structural inequalities exposed by COVID-19 in the UK: the need for an accounting for care. *Journal of Accounting & Organizational Change*. 16 (4): 637-642

Keys, C., Nanayakkara, G., Onyejekwe, C., Sah, R. K., & Wright, T. (2021). Health inequalities and ethnic vulnerabilities during COVID-19 in the UK: a reflection on the PHE Reports. *Feminist legal studies*, 29(1), 107-118.

Ku, L., & Brantley, E. (2020, June). Widening social and health inequalities during the COVID-19 pandemic. In *JAMA Health Forum*, 1 (6): e200721-e200721). American Medical Association.

Maffioli, E. M. (2020). How is the world responding to the novel coronavirus disease (COVID-19) compared with the 2014 West African Ebola epidemic? The importance of China as a player in the global economy. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 102(5), 924.

Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., Roser, M., Hasell, J., Appel, C., & Rodés-Guirao, L. (2021). A global database of COVID-19 vaccinations. *Nature human behaviour*, 5(7);947–953, <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8>

Mishra, V., Seyedzenouzi, G., Almohtadi, A., Chowdhury, T., Khashkhusha, A., Axiaq, A., & Harky, A. (2021). Health inequalities during COVID-19 and their effects on morbidity and mortality. *Journal of healthcare leadership*, 13: 19-26.

Nafilyan, V., Dolby, T., Razieh, C., Gaughan, C., Morgan, J., Ayoubkhani, D., & Yates, T. (2021). Sociodemographic inequality in COVID-19 vaccination coverage amongst elderly adults in England: a national linked data study. *MedRxiv, BMJ open*, 11(7), e053402

Njoku, A., Joseph, M., & Felix, R. (2021). Changing the Narrative: Structural Barriers and Racial and Ethnic Inequities in COVID-19 Vaccination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9904.

Nwosu, C. O., & Oyenubi, A. (2021). Income-related health inequalities associated with the coronavirus pandemic in South Africa: A decomposition analysis. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1-12.

Okoi, O., & Bwawa, T. (2020). How health inequality affect responses to the COVID-19 pandemic in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 135, 105067.

Perry, M., Akbari, A., Cottrell, S., Gravenor, M. B., Roberts, R., Lyons et al., (2021). Inequalities in coverage of COVID-19 vaccination: A population register based cross-sectional study in Wales, UK. *Vaccine*, 39(42), 6256-6261.

Rodríguez-Bailón, R. (2020). Inequality viewed through the mirror of COVID-19 (La desigualdad ante el espejo del COVID-19). *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 647-655.

Sepulveda, E. R., & Brooker, A. S. (2021). Income inequality and COVID-19 mortality: Age-stratified analysis of 22 OECD countries. *SSM-Population Health*, 16, 100904.

Siu, J. Y. M. (2021). Health inequality experienced by the socially disadvantaged populations during the outbreak of COVID-19 in Hong Kong: An interaction with social inequality. *Health & social care in the community*, 29(5), 1522-1529.

Su, Z., McDonnell, D., Li, X., Bennett, B., Šegalo, S., Abbas, J., & Xiang, Y. T. (2021). COVID-19 Vaccine Donations—Vaccine Empathy or Vaccine Diplomacy? A Narrative Literature Review. *Vaccines*, 9(9), 1024.

Van De Pas, R., Widdowson, M. A., Ravinetto, R., N Srinivas, P., Ochoa, T. J., Fofana, T. O., & Van Damme,

W. (2022). COVID-19 vaccine equity: a health systems and policy perspective. Expert review of vaccines, 1-12.

Wildman, J. (2021). COVID-19 and income inequality in OECD countries. The European Journal of Health Economics, 22(3), 455-462.

Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yapılan Lisansüstü Çalışmalara Genel Bakış: Bibliyografik Bir İnceleme

An Overview of Graduate Studies on Health Policies in Turkey: A Bibliographic Review

Öğr. Gör. Cemile Terzier

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ortak Dersler Bölüm Başkanlığı, İngiliz Dili Eğitimi Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

Özet

Bir ülkenin sağlık politikasında, küresel gelişmelere, ulusal ihtiyaçlara ve darbe, kriz, salgın ya da afet gibi beklenmeyen durumlara bağlı olarak bir takım değişiklikler meydana gelebilmektedir. Küreselleşme, sağlıkta dönüşüm programının uygulanması, pandemi sürecinin olumsuz etkilerini azaltma gibi nedenlerle Türkiye’nin sağlık politikasında meydana gelen değişiklikler ise pek çok araştırmacının ilgi odağı olmaktadır. Bu araştırmanın amacı, Türkiye’deki sağlık politikaları üzerine yapılan lisansüstü tezlerin bibliyografik açıdan değerlendirilmesidir. Bu araştırma tarama modelinde olup, içerik analizi tekniği ile analiz edilmiştir. Çalışma verileri, YÖK Ulusal Tez Merkezi elektronik veri tabanı üzerinden 2000-2022 yılları arasında, “sağlık politikaları”, “sağlıkta dönüşüm” ve “pandemi politikaları” anahtar kelimelerinin Türkçe ve İngilizce kullanılmasıyla elde edilmiştir. Bu doğrultuda yüz lisansüstü tez çalışması tespit edilmiştir. Dâhil edilme kriterlerine uyan doksan altı tez incelenmiştir. Tezlerin özetleri araştırmacı tarafından okunup, Prisma-P 2015 kılavuzu ile değerlendirilmiştir. İncelenen tezlerden elde edilen veriler yıl, tür, yöntem, konu, üniversite, enstitü gibi ölçütlere göre analiz edilerek nicel verilere dönüştürülmüştür. Veriler betimsel istatistiklerden frekans-yüzde kullanılarak hesaplanmıştır. Tez çalışmalarının sunulduğu özet tablosunda “yazar, çalışma yılı, örneklem grubu, çalışmanın türü, çalışmada kullanılan veri toplama araçları ve çalışma konularına” yer verilmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda Türkiye’de sağlık politikasıyla ilgili tezlerin en fazla sayıda 2019 yılında (n: 17) yapıldığı tespit edilmiştir. Yapılan lisansüstü tezlerin %66,66’sının (64) yüksek lisans tezi olduğu, tezlerin çoğunlukla sosyal bilimler enstitüsünde gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Tez çalışmalarında nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin her ikisine de yer verilmiştir. Araştırma sonucunda Türkiye’deki sağlıkta dönüşüm programı ile ilgili yazılan tezlerin, Türkiye’nin sağlık politikaları üzerine yazılan tezlerden daha fazla olduğu, pandemi döneminde uygulanan sağlık politikalarıyla ilgili ise henüz tez yazılmadığı tespit edilmiştir. Yapılan incelemeler doğrultusunda, Türkiye’nin pandemi dönemi sağlık politikalarıyla ilgili doktora düzeyinde, karma yöntem çalışma modellerinin kullanıldığı ve daha geniş örneklem gruplarının yer aldığı çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlık politikaları, sağlıkta dönüşüm, pandemi politikaları

Abstract

A number of changes may occur in a country’s health policy depending on global developments, national needs and unexpected situations such as coup, crisis, epidemic or disaster. Changes in Turkey’s health policy due to globalization, implementation of the health transformation program and reducing the negative effects of the pandemic process are the focus of attention of many researchers. The research aims to evaluate the graduate dissertations on health policies in Turkey from a bibliographical view. It is in survey model and analyzed with content analysis technique. The study data have been obtained by using the keywords such as health policies, health transformation and pandemic policies via database of National Higher Education Institute’s search engine. In this way, one hundred graduate dissertations have

been identified. Ninety six of them have been reviewed. The abstracts of the dissertations have been evaluated via the Prisma-P 2015 guideline. The data have been analysed with regard to year, type, method, subject, university, institute and converted into quantitative data. It has been calculated via descriptive statistics by using frequency and percentage. The author, the study year, the sample group, the study type, the data collection tools and topics have been included in the summary table. It is clear that more dissertations upon health policies in Turkey were studied in 2019. 66.66% of them were carried out in the institute of social sciences. Both qualitative and quantitative research methods have been included. It has been determined that the dissertations upon the health transformation program in Turkey are more than the dissertations on Turkey's health policies, and there are no dissertations on the health policies for pandemic period. It is vital that there is a need for PhD studies with mixed study model and larger sample groups for Turkey's health policies during the pandemic period.

Keywords: Health policies, health transformation, pandemic policies

Giriş

Bir ülkedeki sağlık sektörünü tanımlamak için incelenecek birçok boyut vardır. Bu boyutlardan en önemlilerinden biri olan politik boyut (benimsenen sağlık politikası) diğer boyutları önemli oranda etkiler. Bu nedenle, herhangi bir ülkedeki sağlık sektörünün yapılanmasını esas belirleyen boyut sağlık politikasıdır (Akdur, 1998). Ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye ve birimden birime değişiklik gösteren sağlık politikası ise bir ülkedeki sağlık sektörünü benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak olarak tanımlanabilir (Akdur, 2008). Akdur'a (1998) göre, sağlık politika ve hizmet anlayışları, sanıldığı kadar, çok ve çeşitli olmayıp, genel olarak, iki seçenek halinde netleşmektedir.

Bunlardan birisi; sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı, doğuştan kazanılmış ve temel insanlık hakkı sayan politika. Bu politika, tüm temel haklarının olduğu gibi, sağlık hakkının da gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma, onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini ise toplumsal bir dayanışma ve davranış olarak görür. Diğer seçenek ise, sağlığı bireysel bir olgu olarak gören, dolayısı ile de sağlık hakkını toplumsal bir görev olarak ele almayan, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakarak, insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngören politika.

Türkiye'de benimsenen sağlık politikası anlayışı ise sağlık hakkının uygulanmasının sorumluluk ve görevini topluma veren görüşü temel almaktadır.

1.1. Osmanlı Dönemi Sağlık Politikaları

Karcı (2017) XIX. yüzyıla kadar olan Osmanlı Dönemi sağlık politikalarını şu şekilde özetlemektedir:

Osmanlı Devleti'nin sağlık teşkilatlanması Büyük Selçuklu ve Anadolu Selçuklu Devletleri'nin sağlık teşkilatlanmasının devamı niteliğindedir. Bu nedenle Osmanlı sağlık teşkilatlanması kültürel bir sürekliliğin de temsilcisi durumundadır. İslam medeniyetinin önemli bir parçası olup Arapça'da şifa evi ya da sağlık evi anlamlarına gelen darüşşifaların, XIX. yüzyılın başlarına kadar Osmanlı sağlık sisteminin temel kurumları olarak varlıklarını devam ettirdikleri bilinmektedir. Bu süreçte Osmanlı Devleti'nin sağlık teşkilatlanmasının başında bulunan kişi "Ser etibbâ-yı hâssa" veya "reisü'l-etibbâ" olarak isimlendirilen hekimbaşısıdır. Hekimbaşılık müessesesinin, Osmanlı Devleti'nin bütün sağlık işlerinden sorumlu olma özelliği Tanzimat döneminde tedricen ortadan kalkmıştır.

XIX. yüzyılda ise geleneksel İslam tıbbının yanında, batı tıbbına da ihtiyaç duyulmuştur. Akdur (1998), XIX ve XX. yüzyıl Osmanlı dönemi sağlık politikalarını şu şekilde özetlemektedir:

1839 yılında kurulan, "Beynelmilel Sıhhiye Meclisi" Osmanlı imparatorluğu döneminin ilk yaygın ve sivil kesimleri de kapsayan sağlık örgütü olarak kabul edilir. Hekim Başı Kurumu 1849'da kaldırılarak yetkileri,

1850 yılında kurulan, Tıbbiye Nezareti'ne devredilmiştir. 1862 yılında, hekimlik uygulamaları ile ilgili bir nizamname yayımlanarak, hekimlik yapabilmek için tıp okullarından birinden mezun olma şartı getirilmiştir. 1867 yılında yayımlanan, İdare-i Umumiye-i Vilayat Nizamnamesi'nde genel idari örgütlenme içinde sağlık örgütlenmesine de yer verilmiştir. 1870 yılında Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak, Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye kurularak sivil sağlık örgütünün merkezi oluşturulmuştur. 1871 yılında ise, İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye Nizamnamesi ile Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri kurularak ilk resmi ve yaygın örgütlenmenin adımları atılmıştır. 1906 yılında, Meclis-i Maarifi Sıhhiye kurulmuş ve bu meclis 1908 yılında Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye adını alarak, günümüzdeki genel müdürlüğe eşdeğer olan bir statüye kavuşturulmuştur. Bu genel müdürlüğün örgütlenmesinde ise, İtalya'daki sağlık örgütlenmesi örnek alınmıştır. Bu genel müdürlük 1914 yılında Dahiliye Nezaretine bağlanarak, Dahiliye Nezareti'nin adı Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti olarak değiştirilmiştir. Böylece, yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri İçişleri Bakanlığı'na bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen ikinci dereceden bir devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur.

Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de İzlenen Sağlık Politikaları

Osmanlı döneminden beri devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri, 1920 yılında TBMM tarafından kabul edilen 3 sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekilleri'nin Suret-i İntihanına Dair Kanun'u çerçevesinde kurulan Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekaleti tarafından ayrı bir bakanlık tarafından yürütülmeye başlanmıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerini devletin asli görevlerinden biri haline getirmiştir (Akdur, 1998).

1921 senesinden 1937 senesine dek sağlık hizmetlerinin meydana getirilmesi, örgütlenmesi ve ülkeye yayılması konusunda etkili adımlar atılmıştır (Atılgan, 2017). Bu dönemde, sağlık ile ilgili görevler devletin çeşitli organları (merkezi hükümet, il özel idareleri ve belediyeler gibi) arasında paylaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin ve personelinin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir (Akdur, 2008). Cumhuriyet döneminin "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası'nca onaylanmıştır. Bu plan yazılı ilk sağlık planı olması açısından son derece önemlidir. Bu plan 12 Aralık 1946'da açıklanmış ancak gerçekleşen hükümet değişikliği sonrası plan kanunlaşmamıştır (Altındağ ve Yıldız, 2020).

1982 Anayasası'nın kabulüne kadar sağlık hizmetlerinin kamu tarafından yürütülmesi yönünde izlenen sağlık politikası, 1982 Anayasası'nın kabulü ile birlikte sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi şeklinde değişiklik göstermiş ve aktif özelleştirme programı uygulanmıştır. 1990'lı yıllarda özelleştirme sürecinin etkilerinin artırılması yoluna gidilmiş ve 2000'li yıllara kadar pek çok sağlık modeli uygulanmıştır. 2003 yılında ise Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve organizasyonunda reform yapılması zorunlu hale gelmiş ve Sağlık'ta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlamıştır. 2012 yılında ise Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası zorunlu olarak uygulanmaya başlanmıştır. 2019 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye Pandemik Influenza Ulusal Hazırlık Planı yayınlanmış ve Türkiye pandemi sürecinde bu plana ve Dünya Sağlık Örgütü raporlarına uygun hareket etmiştir (Oktay ve Yıldırım, 2021).

Bu araştırma Türkiye'deki sağlık politikaları üzerine yapılan lisansüstü tezlerin bibliyografik yöntemle incelenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma, Türkiye'de Türkiye'de sağlık politikası üzerine yapılan akademik araştırmaların (lisansüstü tez) bibliyografik özelliklerinin belirlenmesi ve Türkiye'de sağlık politikaları ile ilgili gelecekte yapılacak olan çalışmalara ışık tutması açısından önemlidir.

Bu çalışmada "Türkiye'de sağlık politikalarını konu alan lisansüstü çalışmaların bibliyografik özellikleri nelerdir?" ana problemine yanıt aranmaktadır.

Çalışmanın ana problemini aydınlatmak amacıyla yanıt aranan alt problem ise şu şekildedir:

Türkiye'de sağlık politikalarını konu alan lisansüstü tezlerin bibliyografik özelliklerine ilişkin dağılımlar nasıldır?

Türkiye’de sağlık politikalarını konu alan lisansüstü tezler en yaygın hangi yıllar arasında gerçekleştirilmiştir?

Türkiye’de sağlık politikalarını konu alan lisansüstü tezlerde en sık hangi araştırma yöntemleri kullanılmıştır?

Türkiye’de sağlık politikalarını konu alan lisansüstü tezlerde en sık hangi veri toplama araçları kullanılmıştır?

Türkiye’de sağlık politikalarını konu alan lisansüstü tezler en sık hangi politika dönemini ele almıştır?

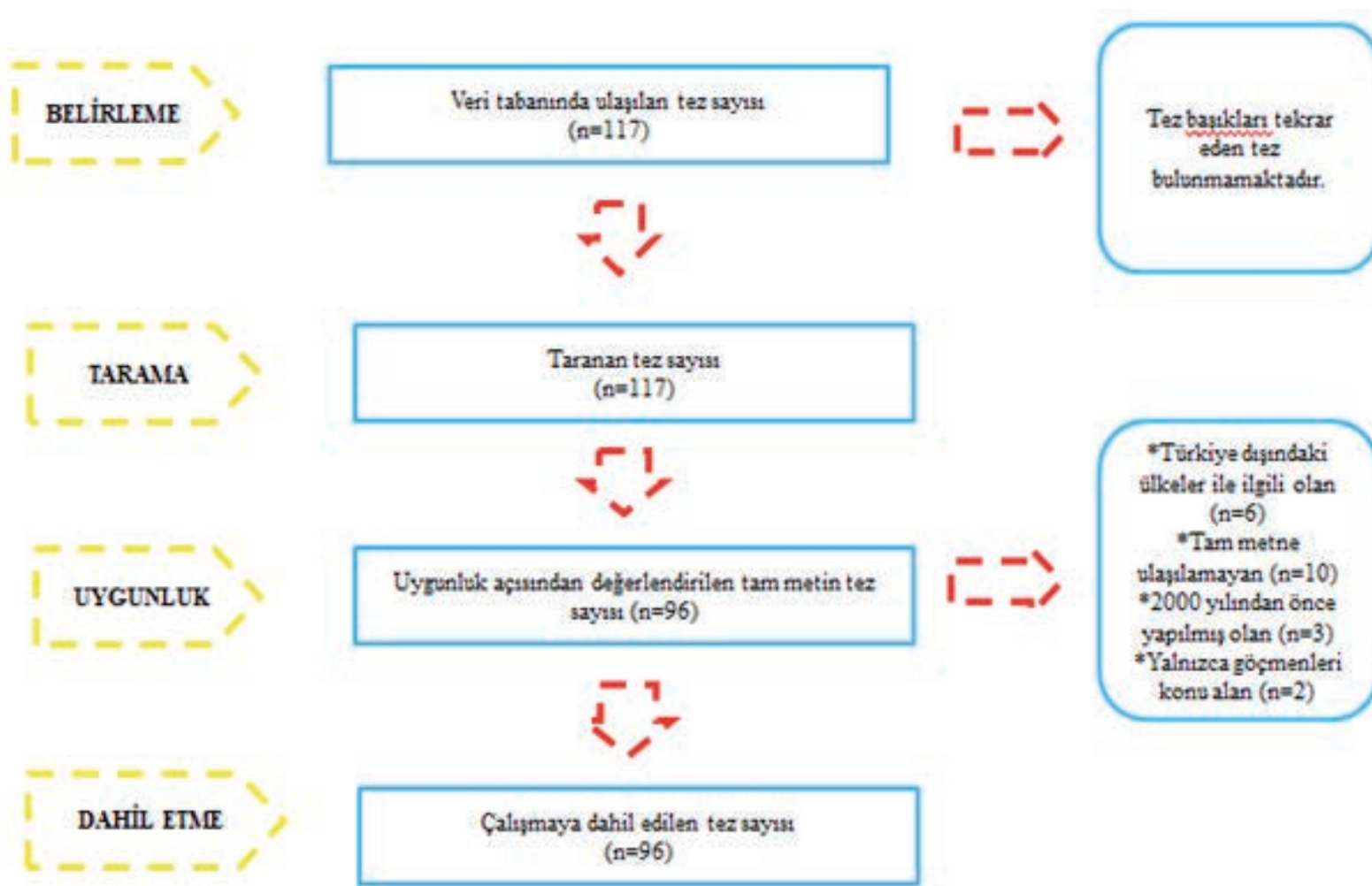
Gereç ve Yöntemler

Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, betimsel araştırma modelinde yapılmış ve literatür taramasına dayalı bibliyografik yöntem kullanılmıştır. Betimsel araştırma, verilen bir durumu olabildiğince tam ve dikkatli bir şekilde tanımlamaktır (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2022). Bibliyografya çalışmaları ise değişik yayınlarda ve çeşitli kütüphanelerde bulunan, belirli bir konuya, belli bir yazara veya belli bir coğrafyaya ait dağınık çalışmaların bir araya getirilerek, içeriklerinin belirli ipuçları aracılığı ile düzenlenerek ortaya konulurlar. Bu çalışmalar, ait olduğu bilim dalının vazgeçilmez kaynaklarıdır ve araştırmacıya bilgiye ulaşma konusunda rehberlik ederek, araştırmacının yolunu aydınlatır (Tuna, 2017).

Bu çalışmada, Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Ulusal Tez Merkezi veri tabanında Türkiye sağlık politikaları ile ilgili yayınlanan 2000-2022 yılları arasında yapılan (2000 ve 2022 yılları da dahil) tüm tezler taranmıştır. Literatür taraması daha önce belirlenen “sağlık politikaları, sağıkta dönüşüm, pandemi politikaları” anahtar kelimeleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tarama sonucunda 2000-2022 yılları arasında yapılmış toplam yün on yedi lisansüstü teze ulaşılmıştır. Bu tez çalışmalarının özetleri, içindekiler tablosu, giriş bölümleri ve araştırma yöntemi ve veri toplama araçlarına ilişkin bilgilerin olduğu bölümler araştırmacı tarafından okunup, PRISMA-P 2015 (Preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses statement) kılavuzuyla raporlandırılmıştır (Şekil 1).

Şekil 1. Prisma Akış Şeması



Çalışmaların dâhil edilme kriterleri;

- Türkiye’de 2000-2022 yılları arasında yapılmış Türkiye sağlık politikalarına ilişkin lisansüstü tez çalışması olması,
- Tam metin erişebilirliğinin olması,
- Başlık, özet ve anahtar kelimelerinde sağlık politikaları, sağlıkta dönüşüm, pandemi politikaları sözcüklerini içermesidir.

Çalışmaların dışlanma kriterleri;

- Türkiye dışındaki ülkelerin sağlık politikalarına ilişkin yapılmış lisansüstü tez çalışmaları,
- 2000 yılından önce yapılmış tez çalışmaları
- Yalnızca Türkiye’deki göçmenlere ilişkin sağlık politikalarını konu alan tez çalışmaları
- Taramanın yapıldığı tarihlerde erişime açık olmayan (tam metne ulaşılamayan) ve veri tabanında yayınlanmayan lisansüstü tezleri araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

Çalışmaların özetleri raporlanıp, detaylandırıldıktan sonra dâhil edilme kriterlerini sağlayan tezler ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir. Çalışmalara ait bilgilerin sunulduğu “yazar, yıl, tezin türü, üniversite, enstitü ve anabilim dalı, araştırma yöntemi, örneklem grubu ve sayısı, veri toplama araçları ve çalışma konuları” özet tablosuna Ek-1’de yer verilmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın kavramsal çerçevesine ilişkin veriler, YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından “sağlık politikaları, sağlıkta dönüşüm, pandemi politikaları” anahtar kelimeleri kullanılarak yapılan taramalar sonucunda elde edilmiştir. Çalışmaların özetleri raporlanıp, detaylandırıldıktan sonra dâhil edilme kriterlerini sağlamayan Türkiye dışındaki ülkelerin sağlık politikalarıyla ilişkin yapılmış lisansüstü tez çalışmalarını konu alan 6 tez, tam metne ulaşılamayan 10 tez, 2000 yılından önce yapılmış 3 tez ve yalnızca Türkiye’deki göçmenlere ilişkin sağlık politikalarını konu alan 2 tez kapsam dışında bırakılmış ve açık erişim izni olan 96 tez çalışması ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir.

Verilerin Analizi

Araştırmaya dâhil edilen tez çalışmalarının verileri Spss 25.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Bu araştırmada, Türkiye’nin sağlık politikalarına ilişkin yapılmış tezler bibliyografik parametrelere (tez türüne, yıllara, enstitü türüne, üniversitelere, ana bilim dallarına, araştırma yöntemlerine, örneklem gruplarına, veri toplama araçlarına ve konularına) göre tasnif edilerek, içerik analizine dâhil edilmiştir. İçerik analiz sonuçları nicel verilere dönüştürülmüş ve betimsel istatistik yöntemlerden frekans ve yüzde ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Yapılan literatür taraması sonucunda dahil olma kriterlerine uyan 96 lisansüstü tez çalışması saptanmıştır. Tez çalışmalarının bazı bibliyografik özelliklerine ilişkin değişkenlerin dağılımları Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1’de lisansüstü tez çalışmalarının bazı değişkenlere göre dağılımları incelendiğinde; çalışmaların büyük çoğunluğunun (%74.9) yüksek lisans düzeyinde olduğu, doktora düzeyinde daha az sayıda çalışma yapıldığı (%23.9) ve tıpta uzmanlık düzeyinde ise çok az sayıda çalışma yapıldığı saptanmıştır. Sanatta yeterlilik düzeyinde ise hiç çalışma yapılmadığı tespit edilmiştir. Türkiye’de sağlık politikalarını konu alan tezlerin %78.1’inin sosyal bilimler, %16.6’sının sağlık bilimleri ve %5.3’ünün ise diğer enstitülerde yapıldığı görülmektedir. Sosyal Bilimler Enstitüsü’ndeki araştırmacıların söz konusu alanla ilgili çalışmaları daha

çok tercih ettiği gözlenmiştir. Sağlık bilimleri alanında sağlık politikalarını konu alan tez sayısının daha az olması, bu alanda lisansüstü düzeyde daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

2000-2022 yılları arasında sağlık politikası ile ilgili tezlerin yazıldığı alanların %21.9'unu Sağlık kurumları / kuruluşları yöneticiliği / Sağlık (kurumları) yönetimi ana bilim dalı, %20.8'ini Siyaset bilimi ve kamu yönetimi / Kamu yönetimi /Amme idaresi ana bilim dalı, %19.8'ini İşletme / İşletme yönetimi / Sağlık kurumları işletmeciliği ana bilim dalı, %10.4'ünü İktisat / Çalışma iktisadı / Ekonometri / Çalışma ekonomisi ve Endüstri ilişkileri ana bilim dalı olmuştur. Diğer çalışmalar ise çeşitli anabilim dallarında yürütülmüştür. Tezlerde kullanılan araştırma yöntemleri incelendiğinde, %24.9'unda nicel, %74.0'inde nitel, %1.1'inde karma yöntem kullanıldığı görülmektedir. Lisansüstü tezlerin örneklem gruplarına bakıldığında, çalışmaların %8.2'sini Hekimler (Uzman hekim / Aile hekimi / Asistan hekim / Cerrah), %6.2'sini Sağlık hizmeti alanlar (Hastaneden /Eczaneden), %6.2'sini Sağlık çalışanları / Hastane çalışanları / Sağlık personelleri, diğer örneklem gruplarını ise çeşitli meslek grupları oluşturmaktadır. Ancak verilerin önemli bir oranı dokümanlar yoluyla elde edildiğinden örneklem grubu olarak aktif katılımcılar tercih edilmemiştir.

Lisansüstü tezlerde veri toplama aracı olarak en fazla (62.3) dokümanların kullanıldığı görülmektedir. Ulaşılan verilerde anketlerin kullanıldığı tezlerin oranı %19.8, yarı yapılandırılmış görüşme formlarının kullanıldığı tezlerin oranı ise %8.2'dir. Diğer veri toplama araçları ise daha az kullanılmıştır.

Tablo 1. Lisansüstü Tezlerin Bazı Değişkenlere Göre Dağılımları

Değişkenler	n (96)	%
Tezin Türü		
Yüksek Lisans	72	74.9
Doktora	23	23.9
Tıpta Uzmanlık Tezi	1	1.2
Tezin Yapıldığı Enstitü		
Sosyal Bilimler	75	78.1
Sağlık Bilimleri	16	16.6
Diğer	5	5.3
Tezin Yürütüldüğü Anabilim Dalı		
Maliye A.D.	3	3.1
Sağlık Kurumları / Kuruluşları Yöneticiliği / Sağlık (Kurumları) Yönetimi A.D.	21	21.9
Tıp Tarihi ve Etik / Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.	5	5.2
Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon A.D	1	1.1
Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi / Kamu Yönetimi /Amme İdaresi A.D.	20	20.8
Sosyoloji A.D.	4	4.1
İşletme / İşletme Yönetimi / Sağlık Kurumları İşletmeciliği A.D.	19	19.8
Halkla İlişkiler ve Tanıtım A.D.	2	2.1
İktisat / Çalışma İktisadı / Ekonometri / Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri A.D.	10	10.4
Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler / Uluslararası İlişkiler A.D.	2	2.1
Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi/ Tarih A.D.	6	6.2
Halk Sağlığı A.D.	2	2.1
Türkiye Çalışmaları A.D.	1	1.1
Tezin Araştırma Yöntemi		

Nicel	24	24.9
Nitel	71	74.0
Karma	1	1.1
Veri Toplama Araçları		
Nitel		
Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	8	8.2
Doküman	60	62.3
Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu + Odak Grup	1	1.1
Doküman+Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu + Odak Grup	1	1.1
Doküman+ Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	1	1.1
Nicel		
Anket	19	19.8
Anket Formu+ Ölçek	2	2.1
Test	1	1.1
Ölçek	2	2.1
Karma		
Anket+Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	1	1.1
Örneklem Grubu (Katılımcı)		
Sağlık Yöneticisi / Hastane Yöneticisi	3	3.1
Hekim (Uzman Hekim / Aile Hekimi / Asistan Hekim / Cerrah)	8	8.2
Sağlık Hizmeti Alan (Hastaneden /Eczaneden)	6	6.2
Kamu Yöneticisi	2	2.1
Sağlık Profesyoneli	2	2.1
Sağlık Çalışanı / Hastane Çalışanı / Sağlık Personeli	6	6.2
Üniversite Öğrencisi	2	2.1
Sağlık Personeli+ Sağlık / Kamu Yöneticisi/+Akademisyen	1	1.1
Sağlık Çalışanı+ Sağlık Hizmeti Alan	1	1.1
Sağlık Yöneticisi+ Hekim+ Hasta	2	2.1
Hasta	2	2.1
*Diğer (Doküman)	61	63.6

*Veri toplama aracı olarak çeşitli dokümanlar kullanıldığından, aktif katılımcı bulunmamaktadır.

Araştırma kapsamında ulaşılan lisansüstü tezlerin yıllara göre dağılımına ilişkin bulgular Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2’deki veriler, Türkiye’de sağlık politikalarını konu alan tezlerin en çok (%17.7) 2019 yılında yapıldığını göstermektedir. Ardından (%10.4.) 2017, (%16.6) 2014 ve 2012 yılları gelmektedir. Diğer yıllarda yapılanların ise çeşitli oranlarda dağılım gösterdiği görülmektedir.

Tablo 2. Tezlerin Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	f	%
2022	1	1.1
2021	2	2.1
2020	5	5.2
2019	17	17.7
2018	7	7.3
2017	10	10.4
2016	3	3.1
2015	7	7.3
2014	9	9.3
2013	7	7.3
2012	9	9.3
2011	4	4.1
2010	5	5.2
2009	4	4.1
2008	1	1.1
2007	1	1.1
2006	1	1.1
2005	2	2.1
2001	1	1.1
Toplam	96	100

Türkiye’de sağlık politikasıyla ilgili yapılmış olan tezlerin üniversitelere göre dağılımına ilişkin bulgular Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3’teki verilere göre, Türkiye’de sağlık politikalarını konu alan en çok tezin (%72.9) Kamu üniversitelerinde yapıldığı, (%27.1) vakıf üniversitelerinde yapılan çalışmaların ise daha az olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Lisansüstü Tezlerin Yapıldıkları Üniversitelere Göre Dağılımı

Üniversiteler	f	%
Kamu	70	72.9
Vakıf	26	27.1

Türkiye’de sağlık politikasıyla ilgili yapılmış olan tezlerin konu dağılımlarına ilişkin bulgular Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4’teki verilere göre, Türkiye’de sağlık politikalarını konu alan tezlerin en çok (%61.5) 1981- 2019 yılları arasında izlenen sağlık politikalarına (sağlıkta dönüşüm programı) ilişkin yazıldığı görülmektedir. Türkiye’nin pandemi dönemi sağlık politikalarına ilişkin henüz hiç tez çalışması yapılmadığı ortaya çıkmaktadır.

Tablo 4. Lisansüstü Tezlerin Yazıldıkları Konulara Göre Dağılımı

Tez Konusu	f	%
1900-1922 yılları arasında izlenen sağlık politikalarına ilişkin tez çalışmaları (Cumhuriyet Öncesi Dönem)	2	2.1
1923-1980 yılları arasında izlenen sağlık politikalarına ilişkin tez çalışmaları (Cumhuriyet Dönemi)	11	11.5
1981-2019 yılları arasında izlenen sağlık politikalarına ilişkin tez çalışmaları (Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulanması)	59	61.5
Türkiye'nin sağlık politikaları üzerine yapılan genel ya da uluslararası çalışmaları	24	24.9
Genel Toplam	96	100

Tartışma

Bu bibliyografik çalışmada, 2000-2022 yılları arasında Türkiye'de sağlık politikasıyla ilgili yapılmış olan lisansüstü tezler incelenmiştir.

2000'li yıllardan günümüze kadar olan sürece bakıldığında; sağlıkta dönüşüm programıyla ilgili konular alan yazınında sıklıkla yer almaktadır. Bu durum, 1980'li yıllardan itibaren dünya'nın küresel anlamda sağlık hizmetlerine eşit bir şekilde erişim konusunda köklü bir reforma ihtiyaç duymasıyla birlikte ülkemizde de aynı gerekçelerle sağlıkta reform anlamında köklü değişikliklere ihtiyaç duyulmasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizde sağlıkta reforma ihtiyaç duyulmasının diğer nedenleri arasında ise artan sağlık hizmetleri maliyetleri, toplumun beklentileri, kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumu konusundaki eksiklikler gösterilebilir. 2003 yılında kabul edilen sağlıkta dönüşüm programının sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetimi, sağlık bakanlığının yeniden yapılandırılması, sağlık hizmetin sunumuna ve sağlık personeline ilişkin getirdiği düzenlemeler (aile hekimliği, merkezi hastane randevu sistemi (MHRS), evde sağlık bakımı hizmeti, e-sağlık uygulamaları gibi) sağlık alanında köklü değişikliklere neden olmuştur. Bu nedenle, söz konusu uygulamaların hastalar, hekimler, sağlık çalışanları, sağlık yöneticileri, öğrenciler ve çeşitli kamu yöneticileri üzerindeki etkilerini araştırma ihtiyacı doğurmuştur. Bu durum, 1981-2019 yılları arasında izlenen sağlık politikalarına ilişkin yapılan araştırmaların artışına neden olmuştur. Pandemi döneminde Türkiye'de izlenen sağlık politikalarına ilişkin henüz lisansüstü tez çalışması yapılmasının nedeni olarak ise pandemi sürecinin henüz tamamen sona ermemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında, sağlık politikaları konulu lisansüstü çalışmaların çoğunlukla yüksek lisans düzeyinde yapıldığı belirlenmiştir. Bu durum Türkiye'de sağlık politika konusunda lisansüstü eğitim veren üniversitelerdeki yüksek lisans programlarının ağırlıklı olmasından, doktora ve sanatta yeterlilik programlarının görece az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Elde edilen veriler doğrultusunda sağlık politikası konulu lisansüstü tezlerin sosyal bilimler enstitüsünde ve Sağlık kurumları / kuruluşları yöneticiliği / Sağlık (kurumları) yönetimi anabilim dalında ağırlıklı olarak

yürütüldüğü görülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, Türkiye'deki lisansüstü tezlerde sağlık politikasının sağlık yöneticilerine, sağlık uygulayıcılarına ve sağlık kurumlarının ekonomi ve yönetim boyutlarına ilişkin etkilerine yönelik başlıklar incelenmiş ve mevcut durum ortaya konulmaya çalışılmıştır. Veriler daha çok doküman analizi ile elde edildiğinden, veri toplama aracı olarak çeşitli dokümanlardan (kamu kayıtları, meclis tutanakları, mevzuat, yasa, arşiv kayıtları, toplantı tutanakları gibi) faydalanılmıştır. Çalışmalar daha çok hekimler ve hastane ya da eczane gibi kurumlardan sağlık hizmeti alanlarla gerçekleştirilmiştir. Sağlık politikaları çalışmalarından en çok etkilenen gruplardan biri olarak sağlık çalışanları gösterilebilir. Sağlık politikası analizlerini de en çok akademisyenlerin yaptığını düşündüğümüzde, sağlık çalışanlarının ve akademisyenlerin bu çalışmalarda daha fazla yer alması sağlanması daha faydalı olabilir. Çalışma kapsamında incelenen söz konusu tezler, sağlık politikasının sağlık çalışanlarına, sağlık yöneticilerine ve sağlık kurumlarının ekonomik ve yönetsel süreçlerine etkisine ilişkin bilgi ve tespitleri ortaya koyduğu için gelecek çalışmalara rehber olması açısından önemlidir.

Türkiye'de sağlık politikası ile ilgili yapılan tezlerde en fazla nitel araştırma yöntemlerinin tercih edildiği görülmektedir. Nitel araştırma, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma olarak tanımlanabilir (Şimşek, 2021).

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, çalışmalarda veri toplama aracı olarak büyük oranda dokümanlar kullanılmıştır. Söz konusu veri toplama aracı derin bir algıya ulaşma fırsatı sunmaktadır. Sağlık politikasının analizi için çeşitli dokümanların detaylı araştırılmasına, tasnifine ve analizine ihtiyaç duyulduğundan araştırmacılar nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizini daha avantajlı bulmuş olabilirler. Yapılan incelemeler doğrultusunda, Türkiye'nin pandemi dönemi sağlık politikalarıyla ilgili doktora düzeyinde, karma yöntem çalışma modellerinin kullanıldığı ve daha geniş örneklem gruplarının yer aldığı çalışmalara gereksinim vardır.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak; Türkiye'de 2000-2022 yılları arasında sağlık politikası konulu yapılan lisansüstü tezler belirlenen kriter ve bibliyografik özelliklere göre kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Sağlık politikalarını konu alan çalışmaların lisansüstü düzeylerde gerçekleştirilmesi söz konusu alanda bilimsel bilginin üretilmesine ve alan uzmanlarının yetişmesine katkı sağlamaktadır. Bu araştırmanın sonuçlarının sağlık politikalarıyla ilgili yapılan tez çalışmalarının özelliklerini ve mevcut durumu ortaya koyması açısından gelecek çalışmalar için yol gösterici nitelikte olacağı düşünülmektedir. Gelecek çalışmalarda, sağlık politikası konusunda daha büyük örneklem gruplarında, doktora düzeyinde lisansüstü çalışmaların planlanması, Türkiye'nin pandemi dönemi sağlık politikalarını değerlendiren karma desenli araştırma yöntemlerinin planlanması ve farklı veri toplama tekniklerinin kullanılması önerilebilir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmaya Türkiye'de 2000 yılından önce Türkiye sağlık politikalarına ilişkin yapılan lisansüstü tez çalışmalarının, farklı ülkelerin sağlık politikalarıyla ilgili yapılan tez çalışmalarının, sadece göçmenlere ilişkin sağlık politikalarını ele alan tez çalışmalarının ve tam metni yayınlanmayan tezlerin dahil edilmemesi, taramanın yalnızca 2000-2022 yılları arasında Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları ile sınırlı olması gibi nedenlerden dolayı tez sayısının daha az olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

Kaynaklar

Akdur, R. (1988). Türkiye'de sağlık politika ve hizmetleri. Yeni Türkiye, 4(23-24), 1984-1995.

Akdur, R. (2008). Cumhuriyetten günümüze Türkiye'de sağlık. Sözel Bildiri, Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ankara.

Altındağ, Ö. & Yıldız, A. (2020). Türkiye’de sağlık politikalarının dönüşümü. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi, 10(1), 1571-184. DOI: 10.20493/birtop.742637.

Atılğan, Y. (2017). Küreselleşme Süreci ve Türkiye’de Sağlık Politikaları. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından elde edildi. (Tez no: 487583).

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2022). Bilimsel Araştırma Yöntemleri.(32. Baskı).Ankara: Pegem Akademi. ISBN: 978-9944-919-28-9

Karcı, E. (2017). Osmanlı Hükümetleri’nin Sağlık Politikaları (1908-1914). (Yayınlanmamış Doktora Tezi). YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından elde edildi. (Tez no: 466069).

Oktay, E. & Yıldırım, S. (2021). Türkiye’de Covid-19 Sürecinde Sağlık Politikalarının Oluşturulmasında Sağlık Diplomasinin Rolü. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 23(41),591-606. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kmusekad/issue/67623/1038795>. EISSN: 2147-7833.

Şimşek, H. (2021). Nitel Araştırma Yöntemleri.(12. Baskı). Ankara: Seçkin Akademi. ISBN:978-975-02-6982-0.

Tuna, A. (2017). “Müzik Bibliyografyası Bağlamında 2000-2017 Yılları Arasında Yapılmış Lisansüstü Tezler ve Yöntemleri”. Ege Üniversitesi Devlet Türk Musikisi Konservatuvarı Dergisi, (11), 125-134. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/630808>.

Ek 1: Alınan Lisansüstü Tezlerin Özellikleri

NO	YAZAR	YIL	TEZ KONUSU	TEZ TÜRÜ	TEZİN YÜRÜTÜLDÜĞÜ ÜNİVERSİTE	TEZİN YÜRÜTÜLDÜĞÜ ENSTİTÜ	TEZİN YÜRÜTÜLDÜĞÜ ANA BİLİM DALI	ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	VERİ TOPLAMA ARACI	ÖRNEKLEM GRUBU
1	Miraç Kadioğlu	2020	Yumuşak güç unsuru olarak Türkiye'nin uluslararası sağlık politikası	Yüksek Lisans	Sağlık bilimleri Üniversitesi	Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Sağlık Yönetimi	Nitel	Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	Sudan -Somali - Afganistan Sağlık Sektörü Yöneticisi - 42 Kişi
2	Dilek Bulut	2020	Tıp etiği, mesleki değerler ve sağlık politikaları üzerine bir inceleme	Doktora	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	Kamu Yönetimi	Nitel	Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	Uzman Hekim - 15 Kişi
3	Can Eligüzel	2019	Değişen sosyal güvenlik sistemi ve sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir değerlendirme: Ardahan örneği	Yüksek Lisans	Yıldız Teknik Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler	Nitel	Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu+ Odak Grup	Sağlık Hizmeti Alan - 5 Kişi
4	Fatma Tanrıverdi	2019	Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında hasta memnuniyetinin demografik faktörlere göre incelenmesi : Gaziantep ilinde bir araştırma	Yüksek Lisans	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	Sağlık Yönetimi	Nicel	Anket	Sağlık Hizmeti Alan- 354 Kişi
5	Hatem Kumcu	2019	Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde aile hekimlerinin çalışma koşulları	Yüksek Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri	Nitel	Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	Aile Hekimi – 22 Kişi
6	İlknur Aslan	2019	Sağlıkta dönüşüm programı'nın tıpta uzmanlık dalı tercihlerine etkisi	Yüksek Lisans	Uludağ Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Tıp Tarihi ve Etik	Nicel	Anket	Asistan Hekim – 590 Kişi
7	Mustafa Necati Çolak	2019	Sağlıkta Dönüşüm Programının kamu sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine etkisi	Yüksek Lisans	Sakarya Üniversitesi	Sosyal Bilimler Enstitüsü	Maliye	Nicel	Anket	Kamu Hastaneler Birliği Mali İşlerden Sorumlu Yöneticisi – 371 Kişi
8	Yasemin Urgancı	2019	Sağlıkta dönüşüm programının sağlık profesyonellerinin iş doyumuna etkisi	Yüksek Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon	Nicel	Anket	Sağlık Profesyoneli - 231 Kişi

*Kongre yayın politikası gereği lisansüstü tez çalışmalarının bir kısmı paylaşılmıştır.

Oturum 2 | Session 2



Oturum Başkanı | Session Chair

Prof. Dr. Toker Ergüder

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğretim Üyesi, DSÖ Türkiye Ofisi Program Direktörü ve TÜSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Nüfus Temelli Kanser Kayıtlarındaki Eğilimler: Türkiye’de Retrospektif Çalışma

Trends in Population Based Cancer Registries: A Retrospective Study in Turkey

Dr. Öğr. Üyesi Selma Durmuş Sarıkahya¹, Bil. Uzm. Ebe Emel Güden², Öğr. Gör. Dr. İsmet Çelebi³

¹Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Artvin

²Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, Ar-Ge Birim Sorumlusu, Kayseri

³Gazi Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Ankara

Özet

Amaç: Kanser tüm dünyada ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde önemini korumaktadır. Nüfus temelli kanser kayıtları , kanser sürveyansı için gerekli olan insidans ve hayatta kalma tahminlerini üretir, araştırma ve kontrol stratejilerinin belirlenmesini sağlar. Bu çalışmada Kayseri ili kanser kayıt merkezinde tutulan kanser kayıtları incelenerek kanser profilinin yıllar içindeki değişimini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2015- 31 Aralık 2018 tarihleri arasında Kayseri ili Kanser Kayıt Merkezinde yer alan 18.933 bireyin verileri Can-Reg 4 bilgisayarlı program kullanılarak toplanmış ve istatistiksel analizler SPSS 25.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların 10,553’ü (%55,5) erkekti. Erkek /Kadın oranı: 1,25’di. Kadınların yaş ortalaması: 56,3±16,83 iken erkeklerin yaş ortalaması 61.1±15.48’di. 2015 yılında kadınlarda yüz binde 311,7, erkeklerde yüz binde 411,3 olan kanser görülme sıklığı, 2018 yılında kadınlarda yüz binde 315,6’ya yükselirken, erkeklerde ise yüz binde 371,3’e düşmüştür. Organ tutulumuna göre her iki cinsiyette en sık görülen ilk üç kanser bronş-akciğer, meme, kolorektal kanserleridir. Hastaların yaklaşık yarısı 50-69 yaş grubunda tanı almıştır. Dış merkezlerden kanser tanısı alıp gelen olguların yaklaşık dörtte birinin uzak evrede metastaz yaptığı belirlenmiştir.

Sonuç: Kadınlarda ilk beş sırada meme, kolorektal, tiroid, serviks kanseri iken erkeklerde: bronş-akciğer, prostat, kolorektal ve mesane kanseri olarak bulunmuştur. Kanseri tanısı alanların %76,3’ünün 50 yaş ve

üstünde olduğu saptanmıştır. Tanı alan kanser hastalarının yaklaşık her dört kişiden birisinin evresinin bilinmediği görülmüştür. Kanserın günümüzdeki artan sıklığı, getirdiğı ekonomik yük ve neden olduğu kaybedilen yaşam yılının büyüklüğü dikkate alındığında çalışmamızda kaliteli veri toplanması, sağlıklı veri girişlerinin sağlanması kanser kayıtçılığında önemli bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Kanser vakaları, kanser istatistikleri, kanser insidansı

Abstract

Aim: Cancer maintains its importance all over the world and in developing countries such as Turkey. Population based cancer registries provide estimates concerning incidence and survival, required for cancer surveillance and enable the determination of research and control strategies. In this study cancer records kept in the Cancer Registry Center of the province of Kayseri were examined to set forth the changes in the cancer profile over the years. Tools and Methods: With the Can-Reg 4 computer program, the data of 18.933 individuals in the Cancer Registry Center of the province of Kayseri between the 1st of January 2015 and 31st of December 2018 were collected. Statistical analyses were performed using the SPSS 25.0 package program.

Findings: An amount of 10.553 (55.5%) patients was male. The male / female ratio was 1.25. The average age of women was 56.3 ± 16.83 , while the average age of men was 61.1 ± 15.48 . The incidence of cancer, which was 311.7 per hundred thousand in women and 411.3 per hundred thousand in men in 2015, increased to 315.6 per hundred thousand in women and decreased to 371.3 per hundred thousand in men in 2018. With regard to organ involvement, the three most common cancers in both sexes were bronchial-lung, breast, and colorectal cancers. Approximately half of the patients were diagnosed in the age group of 50-69. It was determined that approximately one fourth of the cases diagnosed with cancer at external centres involved late stage metastases.

Conclusion: While breast, colorectal, thyroid and cervical cancers formed the top five types of cancer in women; it was found that bronchial-lung, prostate, colorectal and bladder cancer were the most frequently observed types of cancer in men. It was determined that 76.3% of those diagnosed with cancer had an age of 50 and older. In approximately one out of every four cancer patients who got diagnosed, the stage was unknown. Considering the increasing frequency of cancer nowadays, the economic burden it brings and the shorter life expectancy it causes; collecting data of quality and ensuring healthy data entries were found to be important in cancer registry.

Keywords: Cancer cases, cancer statistics, cancer incidence

Giriş

Kanser, tüm dünyada önde gelen bir ölüm nedeni ve yaşam beklentisini kısaltan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Bray et al., 2021) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 yılında 183 ülkenin 112'sinde 70 yaş ve altındaki ölümlerin birinci veya ikinci ölüm nedeninin kanser olduğunu bildirmiştir (WHO, 2019). GLOBA-CAN 2020 verilerine göre dünya çapında tahminen 19,3 milyon yeni kanser vakası ve 10 milyon kişinin kanserden dolayı öldüğü görülmektedir. Dünyada kanser insidansı 2020 yılında 201,0 / 100.000; erkekler için 222,0 / 100.000 ve kadınlar için 186,0 / 100.000 olarak tespit edilmiştir. DSÖ'nun yayınladığı verilere göre Türkiye'de 2018 yılında 210.537 yeni kanser vakası görülmüştür. Bu vakaların %56,5'ini erkek hastalar oluşturmuştur. 2018 yılında kanser nedeniyle ölenlerin sayısı 116.710'dur ve hayatını kaybedenlerin yaklaşık %64'ü erkek hastalardan oluşmaktadır (WHO,2020) DSÖ dünya genelinde 2020'den 2040'a kadar tahmini yeni vaka sayısının %49.7 oranında artarak 30,2 milyona çıkacağını tahmin etmektedir (WHO,2021).

Gelecekte; dünya nüfusunun artışı, nüfusun yaşlanması ve kanser risk etmenlerindeki artışla birlikte kanser yükünde artış beklenmektedir. Bu artışı durdurmak kanıta dayalı önleme stratejileri uygulamakla

mümkün olabilir (Ceran, 2020; T.C. Halk Sağlığı Kurumu, 2018; Tucker et al., 2019; Wei et al., 2020). Kanıta dayalı önleme stratejilerini uygulamak için kanserlerin görülme sıklığı, türü ve yeri hakkında bize bilgi veren nüfus temelli kanser kayıtlarına ihtiyaç vardır (Etemadi et al., 2008). Nüfus temelli kanser kayıtları, kanser sürveyansı için gerekli olan insidans ve hayatta kalma tahminlerini üretir, araştırma ve kontrol stratejilerinin belirlenmesini sağlar (Gupta et al., 2016; Young Jr & Ward, 2013). Türkiye’de 2013 yılından beri Sağlık Bakanlığı tüm illerde kanser verilerini nüfus tabanlı aktif kanser kayıtçılığı yaparak toplamakta ve diğer ülke verileriyle karşılaştırarak cinsiyet, yaş ve kanser türü gibi değişkenlere göre analiz edip yıllık raporlar halinde yayınlamaktadır (Young Jr & Ward, 2013). Bu bölgesel çalışma ile bireylerde görülen kanser türleri ve sıklığının ülkemiz ve dünya istatistikleri ile benzerlik ya da farklılıklarını ortaya koymak ve konu ile ilgili planlanan eğitim ve araştırmalara yol gösterici olabilmek açısından literatüre katkı sağlaması açısından önemlidir.

Türkiye’de nüfus tabanlı kanser kayıtçılığı sisteminin kısa bir geçmişi vardır. Bu sebeple bu çalışma 2015-2018 yılları arasında Kayseri ilindeki kanser kayıt merkezine kayıtlı kanserlerin tür ve dağılımlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Retrospektif olarak gerçekleştirilen bu araştırmada, Kayseri İli Kanser Kayıt Merkezinde 2015-2018 yılları arasında kanser tanısı alan hastaların kayıtları incelenmiştir. Araştırmanın evrenini Kayseri kanser kayıt merkezine kayıt edilen bireyler oluştururken, örnekleme ise, 2015-2018 tarihleri arasında kanser kayıt birimine “kanser” tanısı alan 18.933 birey oluşturdu. Canreg özel bilgisayar programına kaydedilen veriler DSÖ ve SEER sistemleri temelinde gruplanarak analizler yapılmıştır. Kanser insidansı hesaplanırken Türkiye İstatistik Kurumundan Kayseri ilinin ilgili yıldaki nüfusu alınmıştır.

Kayıtlardan hastanın yaşı, cinsiyeti, adresi, sağlık güvencesi, kanser türleri ve tanıları, tanı yöntemleri, tedavi durumları elde edilmiştir. Araştırmanın kurum izni 01.11.2019 tarihinde Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü’nden alınmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Erciyes Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu’ndan 26.11.2019 tarih ve 121 sayılı Etik Kurul onayı alınmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 25 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin çözümlenmesinde iki değişken arasındaki anlamlılık için $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi temel alındı. Veriler tanımlayıcı istatistiksel metotları (ortama ve standart sapma, frekans dağılımı) ve nonparametrik ki-kare testleri kullanılarak değerlendirildi.

İlimiz kanser kayıtlarının verileri Canreg sistemine 2014 yılı yıl ortasından itibaren kayıt altına alınmaya başlanmış olup, tüm yılı kapsamaması nedeniyle bu yıla ait veriler kullanılmamıştır. 2019 yılları da yeni tanı konulan vakaların olması ve henüz tamamlanmamış verileri içermesinden dolayı bu yıl kapsam dışı bırakılmıştır.

Bulgular

Kayseri İli Kanser Kayıt Merkezinde 2015-2018 yılları arası kanser tanısı alan 18.933 kayıtlı hasta vardı. Hastaların yaş ortalaması 58.99 ± 16.27 (min:1, max:104)’di. Hastaların 10.553’ü (%55.5) erkek, 8.430’u (%44.5) kadındı. Erkek /Kadın oranı: 1.25’di. Kadınların yaş ortalaması: 56.3 ± 16.83 , erkeklerin yaş ortalaması 61.1 ± 15.48 ’di. Bu hastaların 4.485’i (% 23.7) 50 yaş altında, 14.448’i (%76.3) ise 50 yaş ve üzerindeydi. Akciğer kanseri tanısı alan hastaların %19,4’ünün evresinin uzak metastaz olduğu, servikal kanseri olan hastaların %37,8 inin kanser evresinin lokalize olduğu ve başka bir yerde metastazının olmadığı, meme kanseri olan hastaların ise %27,8’inin kanser evresinin bilinmediği saptanmıştır.

Kanser tanısı konulan hastaların 13.184’ü (%69.6) Kayseri ilinde ikamet etmekte olup, 5749’u (%30,4) diğer komşu illerden geldiği belirlenmiştir. Tablo 1’de kanser tanısı konulan hastaların bazı özelliklerinin

dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 1. 2015-2018 Yılları Arasında Hastalara Ait Yaş ve Cinsiyet Özellikleri

		2015		2016		2017		2018			
Özellik (n=18.933)		n(4783)	%	n(4403)	%	n(5017)	%	n(4730)	%	Ki- kare	P*
Cinsiyet	Erkek	2728	57.0	2440	55.4	2774	55.3	2561	54.1	8.182	0.042
	Kadın	2055	43.0	1963	44.6	2243	44.7	2169	45.9		
Yaş grubu	0-14 yaş	111	2.3	80	1.8	87	1.7	66	1.4	23.152	0.026
	15-24 yaş	84	1.8	75	1.7	66	1.3	91	1.9		
	25-49 yaş	978	20.4	883	20.1	1014	20.2	950	20.1		
	50-69 yaş	2302	48.1	2162	49.1	2544	50.7	2335	49.4		
	70 yaş ve üzeri	1308	27.3	1203	27.3	1306	26.0	1288	27.2		

*p<0.05

Kanser tanısı konulan hastaların yıllar içerisinde cinsiyet değişimi incelendiğinde; 2015 yılında erkek hastaların oranı %57.0 iken 2018 yılında bu oran %54.1'dir. Hastaların yaş dağılımı incelendiğinde; 0-14 yaş grubu 2015 yılındaki ortalaması %2.3 iken 2018 yılında %1.4'e düşmüştür, 50-69 yaş grubu hastaların oranı 2015 yılında %48.1 iken 2018 yılında %49.4'tür (Tablo 1).

Tablo 2'de kanser tanısı alan hastaların tedavi durumlarına göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 2. 2015-2018 Yılları Arasında Kanser Tanısı Alan Hastaların Tedavi Durumlarına Göre Dağılımı

		2015		2016		2017		2018		Ki- kare	p
Özellik		n	%	n	%	n	%	n	%		
Tedavi	Yapılmadı	908	18.8	991	22.5	1220	23.7	1151	22.9	190.469	<0.001
	Yapıldı	3650	76.3	3267	74.2	3770	75.1	3560	75.3		
	Bilinmiyor	225	4.7	145	3.3	54	1.1	82	1.7		
Cerrahi	Yapıldı	2228	46.6	1936	44.0	2272	45.3	2179	46.1	20.569	0.015
	Yapılmadı	2458	53.2	2459	55.8	2745	54.7	2541	53.7		
	Bilinmiyor	7	0.1	8	0.2	0	0.0	10	0.2		
Radyoterapi	Yapılmadı	4101	85.7	3832	87.0	4348	86.7	4161	88.0	28.443	0.005
	Yapıldı	675	14.1	563	12.8	669	13.3	557	11.8		
	Bilinmiyor	7	0.1	8	0.2	0	0.0	10	0.2		
Kemoterapi	Yapılmadı	3497	73.1	3381	76.8	3820	76.1	3538	74.8	31.421	<0.001
	Yapıldı	1280	26.7	1014	23.0	1197	23.8	1182	24.9		
	Bilinmiyor	6	0.1	8	0.2	0	0.0	10	0.2		
Hormonoterapi	Yapılmadı	4721	98.7	4324	98.2	4951	98.7	4637	98.0	17.359	0.008
	Yapıldı	55	1.1	71	1.6	66	1.3	83	1.8		
	Bilinmiyor	7	0.1	8	0.2	0	0.0	10	0.2		
İmmunoterapi	Yapılmadı	4777	99.9	4386	99.4	4985	99.4	4681	99.0	59.057	<0.001
	Yapıldı	0	0.0	9	0.2	32	0.6	39	0.8		
	Bilinmiyor	6	0.1	8	0.2	0	0.0	10	0.2		

Kanser tanısı alan hastaların tedavi durumları incelendiğinde 2015 yılında tedavi durumu bilinmeyen hasta oranı %4.7 iken 2018 yılında bu oran %1.7'dir. İmmünoterapi yaptıranların oranı 2015 yılında %0.0 iken 2018 yılında bu oran %0.8 olmuştur (Tablo 2).

Tablo 3'de aynı yıllarda cinsiyete göre kanser görülme sıklıkları gösterilmiştir.

Tablo 3. Kayseri İli Yıllara ve Cinsiyete Göre Toplam Kanser İnsidansı (per 100 000)

	2015		2016		2017		2018	
Kayseri	Olgu sayısı	İnsidans	Olgu sayısı	İnsidans	Olgu sayısı	İnsidans	Olgu sayısı	İnsidans
Kadın	2055	311,7	1963	293,7	2243	330,9	2169	315,6
Erkek	2728	411,3	2440	362,6	2774	407,1	2561	371,3

2015 yılında kadınlarda yüz binde 311,7, erkeklerde yüz binde 411,3 olan kanser görülme sıklığı, 2018 yılında kadınlarda yüz binde 315,6 ya yükselirken, erkeklerde ise yüz binde 371,3'e düşmüştür (Tablo 3).

Tablo 4'de hastaların kanser türlerinin yaş gruplarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 4. Kanser Türlerinin Yaşlara Göre Dağılımı

Kanser türleri	0-14 yaş		15-24 yaş		25-49 yaş		50-69 yaş		70 yaş ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Trakea,bronş, akciğer	2	0,1	1	0	175	7,9	1449	65,2	595	26,8	2222	11,7
Deri melanomu	5	0,3	13	0,7	234	12,6	811	43,7	794	42,8	1857	9,8
Meme	0	0	6	0,3	795	40,4	907	46,1	258	13,1	1966	10,4
Mesane	0	0	2	0,2	99	8,7	594	52,3	441	38,8	1136	6,0
Böbrek	17	3,3	4	0,8	110	21,2	274	52,9	113	21,8	518	2,7
Mide	0	0	1	0,1	151	14,5	549	52,7	341	32,7	1042	5,5
Kolon	3	0,3	6	0,6	129	12	567	52,6	373	34,6	1078	5,7
Rektum	0	0	0	0	102	15,5	354	53,9	201	30,6	657	3,5
Korpus uteri	0	0	1	0,2	76	16,2	311	66,3	81	17,3	469	2,5
Prostat	0	0	0	0	18	1,7	542	50,8	506	47,5	1066	5,6
Tiroit	7	0,9	33	4,4	372	49,2	280	37	64	8,5	756	4,0
Hematopoetik ve retiküloendotelial sistem	116	11,1	42	4	172	16,4	449	42,9	267	25,5	1046	5,5
Serviks uteri	0	0	11	2	348	61,9	168	29,9	35	6,2	562	3,0
Beyin,sinir sistemi	64	8,3	41	5,3	260	33,6	318	41,1	90	11,6	773	4,1
Lenf düğümleri	44	6,9	48	7,5	172	26,9	244	38,2	131	20,5	639	3,4

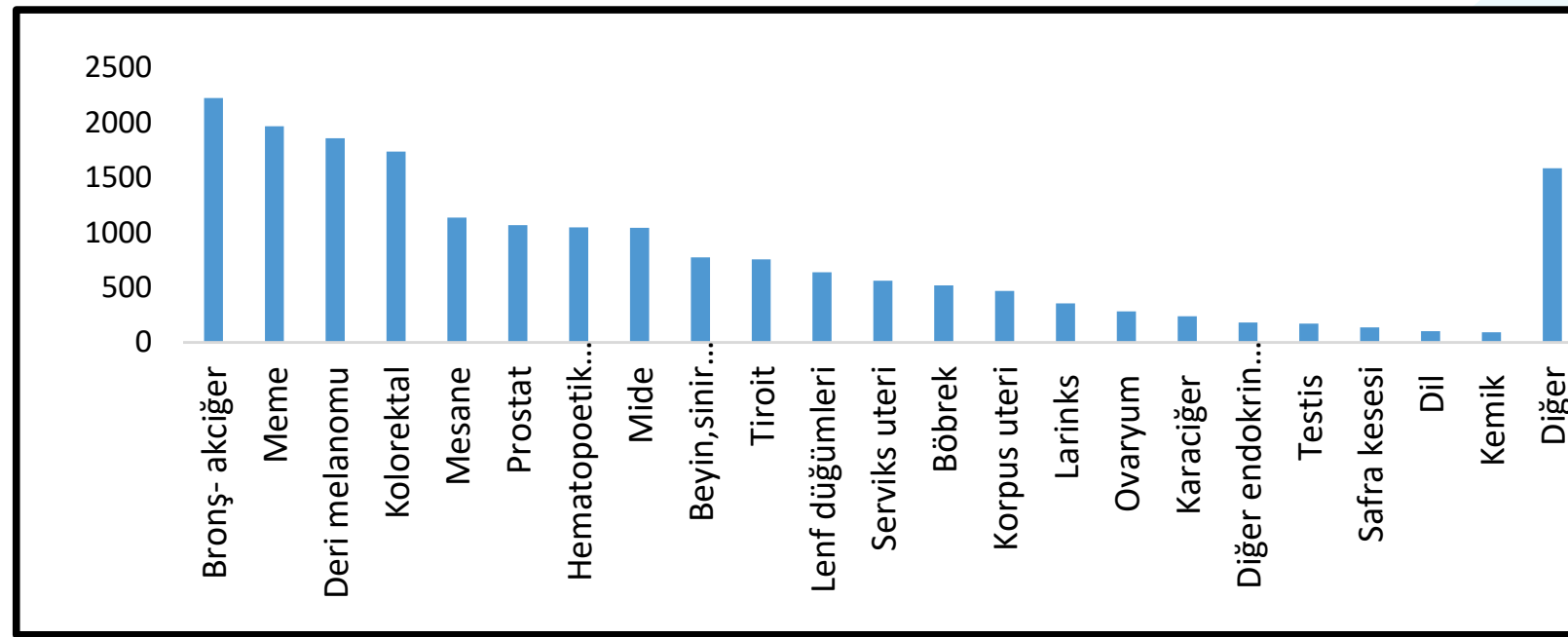
Diğer	86	2,7	107	3,4	612	19,5	1526	48,5	815	25,9	3146	16,6
Toplam	344	1,8	316	1,7	3823	20,2	9343	49,3	5105	27	18.933	100,0

$X^2=6850,29$ $p<0,001$

Bronş-akciğer kanseri olan hastaların %65,2'si, meme kanseri olan hastaların %46,1'i, prostat kanseri olan hastalar %50,8'i 50-69 yaş grubundadır. Tiroit kanseri olan hastaların yarısı (%49,2) 25-49 yaş grubundadır. Yaş gruplarına göre kanser türlerinin dağılımı incelendiğinde en yüksek kanser oranları 0-14 yaş grubunda; hematopoetik ve retiküloendotelial sistem kanserleri en fazla görülmekteyken, 70 yaş ve üzerinde prostat ve deri melanomu kanserleri en önde gelmektedir. Yaş gruplarına göre kanser türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4).

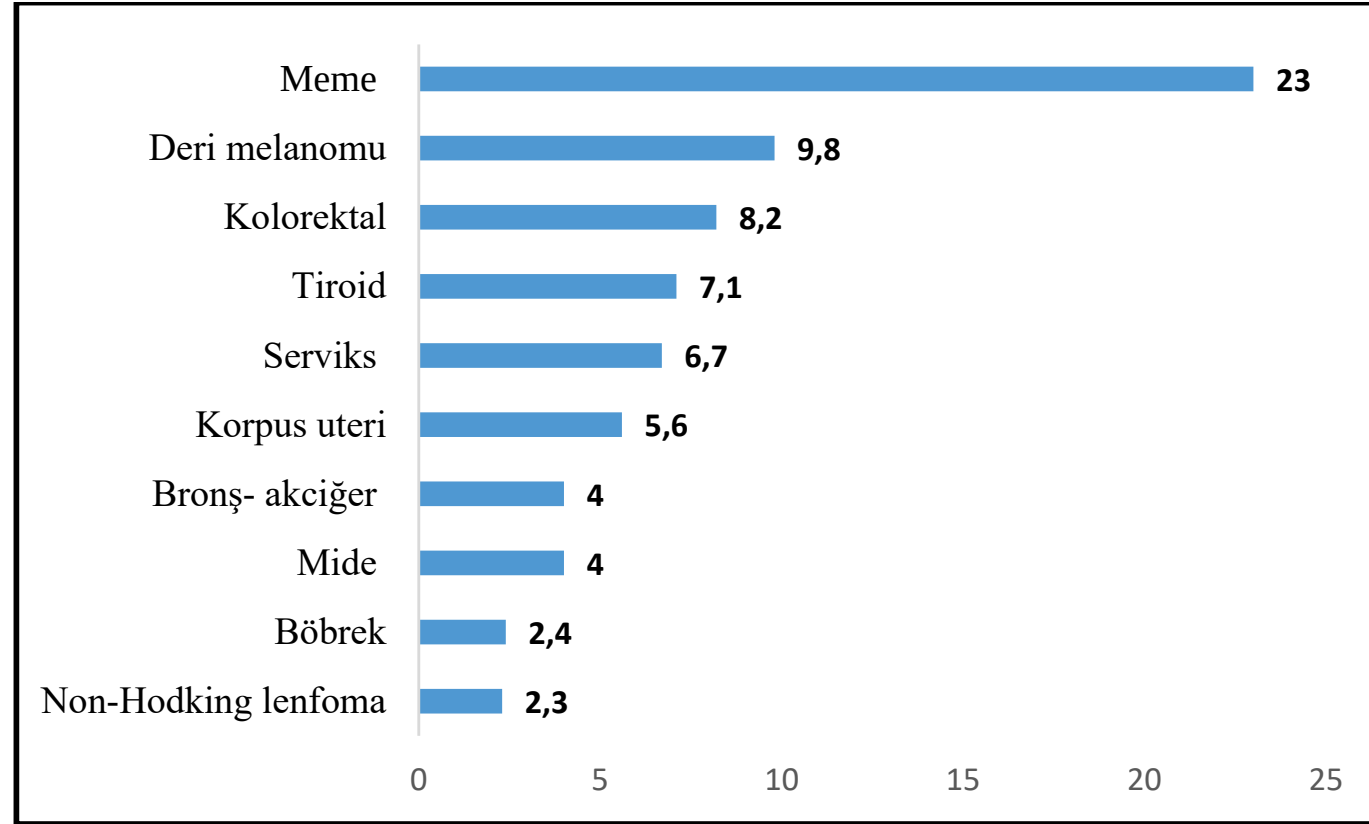
Kanser türlerinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde erkeklerde ağız,-farinks, sindirim ve solunum organ kanserleri, üriner organ kanserleri yüksek iken, genital organ kanserleri, meme ve tiroit kanserleri kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bağ ve yumuşak doku, deri melanomları ise her iki cinsiyette aynı oranda saptanmıştır. ($X^2 =7112$ $p<0,001$) (Tablo 4).

Grafik 1. Hastalara tanı konulan kanser türlerinin sıklığı (2015-2018)



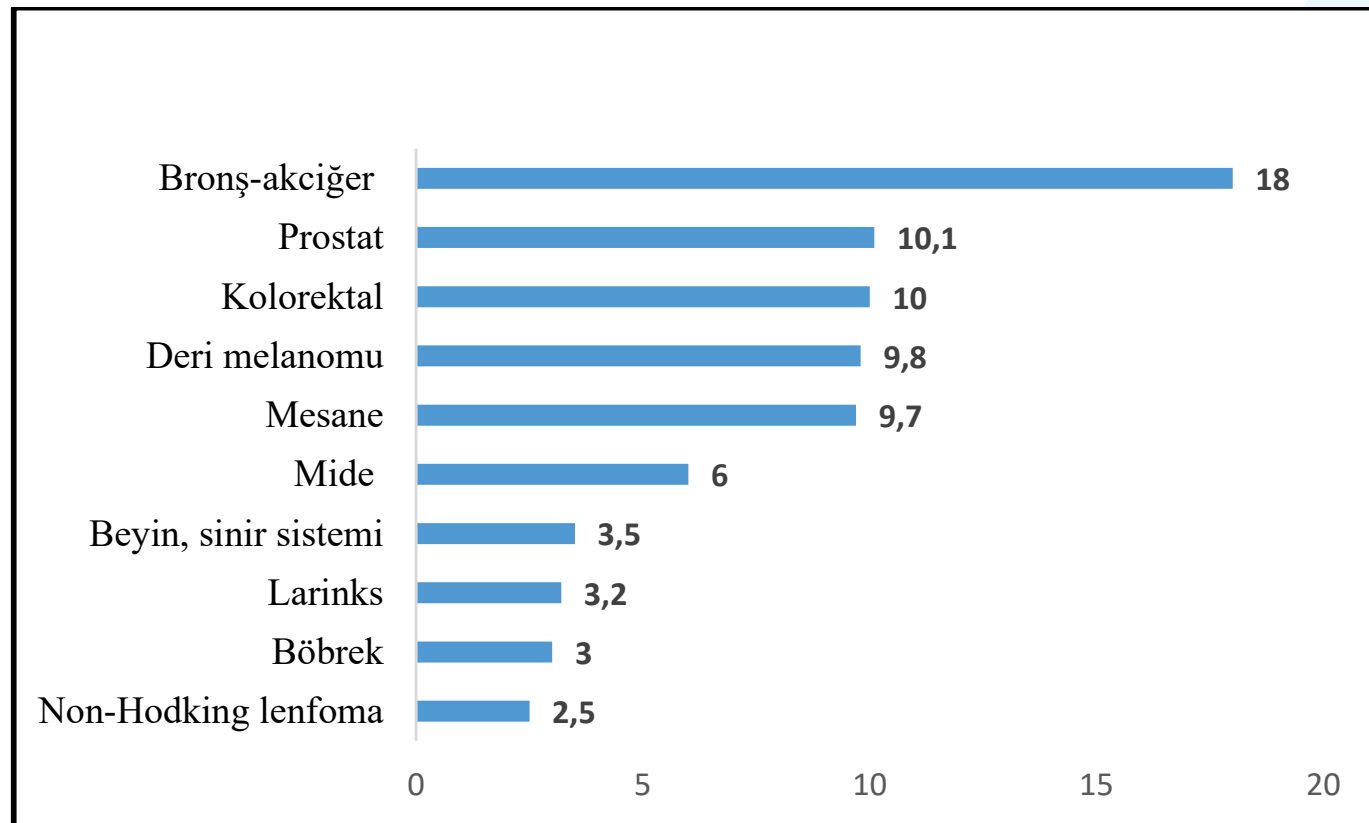
Grafik 1'de hastalara tanı konulan kanser türlerinin sıklığı gösterilmiştir. Çalışmamızda toplamda en çok tanı alan kanser türleri sırasıyla; bronş-akciğer, meme, deri melanomu, kolorektal, mesane ve prostat kanseri olarak bulunmuştur.

Grafik 2. Kadınlarda En Sık Görülen On Kanser Türünün Toplam Kanser İçindeki Oranı (%)



Kadınlarda en sık görülen kanserler Grafik 2’de gösterilmiştir. Buna göre sırasıyla meme, deri melanomu, kolorektal, tiroid ve serviks kanserlerinin ilk sıralarda olduğu belirlenmiştir

Grafik 3. Erkeklerde En Sık Görülen On Kanser Türünün Toplam Kanser İçindeki Oranı (%)



Erkeklerde en sık görülen kanserler Grafik 3’de gösterilmiştir. Buna göre sırasıyla bronş-akciğer, prostat, kolorektal, deri melanomu ve mesane kanserleri ilk beş sırada görülmektedir.

Tartışma

Nüfus tabanlı kanser kayıtçılığı, hangi bölgede olursa olsun kanserle mücadelede, nedenlerinin anlaşılmasında, kanserin teşhis, tedavi ve bakım kalitesinin değerlendirilmesinde çok büyük öneme sahiptir. Güvenilir kanser kayıt verileri olmazsa kanser kontrolü yanlış yöne kayar ve ulusal kaynaklar boş yere harcanmış olur (T.C. Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Türkiye’de birbirinden farklı kayıt sistemleri var olup Sağlık Bakanlığınca yürütülen nüfus tabanlı aktif kanser kayıt sisteminin amacı toplumda görülen her kanser olgusu ile ilgili bilgiyi toplamaktır. Kayseri ilindeki kanser kayıt merkezine kayıtlı kanserlerin tür ve dağılımlarının belirlenmesi amacıyla planlanan bu çalışmada kanser tanısı alan olgularda erkek /kadın oranı: 1.25’dir. Ülkemizde farklı illerde yapılan benzer çalışmalar değerlendirildiğinde; Bozkurt ve arkadaşlarının (2011) Şırnak ilinde yürüttükleri çalışmasında bu oran 0.68, Baş ve arkadaşlarının (2014) Çorumdaki çalışmasında 1.44, Yılmaz ve arkadaşlarının (2013) Düzce’deki çalışmasında 1.94 olarak bulunmuştur. Ül-

kemiz Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre (2019) kanser tanısı alan olgularda erkek/kadın oranı 1.41, Pakistan'da 0.66 (Qureshi et al., 2020), Amerika'da 0,85, Avusturalya ve Yeni Zelenda'da 1.18, Dünya genelinde 1,09 olup (WHO,Cancer 2021), benzer çalışmalardaki gibi çalışmamızda da erkeklerde daha fazla oranda kanser saptandığı görülmüştür. Çalışmamızda erkekler olguların %55,5'in oluştururken, Türkiye genelinde %58,6'sını, Dünya genelinde ise %52,1'ini oluşturmaktadır (WHO,Cancer 2021).

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 58.9±16.2 olarak saptanmıştır. Kadınların yaş ortalaması: 56.3±16.83, erkeklerin yaş ortalaması 61.1±15.48'di. Tanı konulduğu zaman bu hastaların %76.3'ü 50 yaş ve üzerindeydi. Bozkurt ve arkadaşları (2011) çalışmasında hastaların %61,19'unun 50 yaş ve üzerinde, genel yaş ortalamasının da 54,8 olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada olduğu gibi çalışmamızda da kanser vakalarının 50 yaş ve üzerinde pik yaptığı ve ülkemiz verileriyle benzer olduğu görülmektedir (Tablo 1) (T.C. Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Bu durum ülkemizin gelişmekte olan ülke olması, beklenen yaşam süresinin gelişmiş ülkelere göre daha kısa olması ve kanserojenlerle daha fazla karşılaşmış olmasından olabilir.

Genel kanser istatistikleri global verilerle karşılaştırabilmek için genelde malign melanom dışı deri (MMD-DK) hariç tutularak verilmektedir (Siegel et al., 2021) (WHO, 2019; Rebecca et al) Her iki cinsiyet için en fazla görülen kanser GLOBACAN 2020 verilerine göre dünyada kadın meme kanseridir (toplam vakaların % 11,7'si), bunu akciğer (% 11,4), kolorektal (% 10,0), prostat (% 7,3) ve mide (% 5,6) kanserleri takip etmektedir (Global Cancer,2020). Çalışmamızda toplamda her iki cinsiyette en çok tanı alan üç kanser türü sırasıyla bronş-akciğer, meme, kolorektal kanserleridir. Ülkemiz Sağlık Bakanlığı verilerinde de ilk sırada bronş-akciğer, meme ve kolorektal kanserler gelmekte olup, sonuçlar benzerdir (T.C. Halk Sağlığı Kurumu, 2018).

Bu çalışmada kadınlar arasında en sık görülen kanserler sırasıyla meme, kolorektal, tiroid kanseri olarak bulunmuştur (Grafik 2). Bray'in çalışmasında kadınlar arasında meme kanseri en sık görülen ve en çok ölüme neden olan kanser meme kanseridir. Bunu kolorektal ve akciğer kanserleri izlemektedir (Bray et al., 2021). Türkiye verilerinde ise kadınlarda ise ilk sırada meme kanseri yer alırken, bunu sırasıyla tiroid ve kolorektal kanserleri takip etmektedir. Haydaroğlu ve arkadaşlarının 2019 yılında İzmir ilinde yaptıkları benzer çalışmada ise kadınlarda en sık görülen kanserler sırasıyla meme, tiroit ve korpus uteri kanseridir. (Haydaroğlu et al., 2019) . Ülkemizin cinsiyete göre sınıflandırılmış kanser türleri sıklığı ile karşılaştırıldığında üst sıralarda bulunan kanser türlerinin benzer olduğu görülmektedir. (Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019) . Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ve neredeyse tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1'i meme kanseridir. Çalışmada meme kanseri tanısı alan kadınların %46,1'inin 50-69 yaş arasında olduğu, %40,4 ünün ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı saptanmış olup, ilimizdeki bu durum Türkiye verileriyle örtüşmektedir.(Sağlık İstatistik Yıllığı, 2019; T.C. Halk Sağlığı Kurumu, 2018) .

Dünyada kadınlar arasında meme kanseri, 4 kanser vakasından 1'ini ve 6 kanser ölümünden 1'ini oluşturmaktadır. Meme kanserinin 185 ülkenin 159'unda insidansı en yüksek ve 110 ülkedeki ölüm oranı ile ilk sırada yer almaktadır. Avustralya / Yeni Zelanda, Kuzey Avrupa, Kuzey Amerika ve Çin'de (Doğu Asya'nın bir bölümü) akciğer kanserinden önce gelen hastalıktır.(Sung et al., 2021) .Erken menarj, geç menapoz, ileri yaş doğum, daha az emzirme, daha az çocuk doğurma, oral kontraseptifler ve hormonal tedaviler, alkol kullanımı, fazla kilo ve fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam tarzından kaynaklanan risk faktörleri meme kanserine yakalanma riskini artırdığı bilinmektedir (Brinton et al,2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Savaş Daire Başkanlığının yayınladığı Türkiye Kanser İstatistiklerine göre erkeklerde kanser insidansında akciğer kanserleri birinci sıradadır. Bunu prostat ve kolorektal ve mesane kanserleri izlemektedir (T.C. Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Çalışmamızda erkekler arasında en sık görülen kanserler sırasıyla bronş-akciğer, prostat ve kolorektal kanser olarak bulunmuştur (Grafik 3).Amerikan kanser istatistiklerinde erkeklerde en sık görülen ilk üç kanser sırasıyla prostat, akciğer ve kolorektal kanserlerdir (Siegel et al., 2018). GLOBACAN 2020 verilerine göre Akciğer kanseri, tahmini 1,8 milyon ölümlle (% 18) kanser ölümlerinin önde gelen nedeni olmaya devam ederken,

bunu kolorektal (% 9,4), karaciğer (% 8,3), mide (% 7,7) ve kadın meme (% 6,9) kanserleri izlemektedir (Sung et al., 2021) .

Erkekler arasında akciğer kanseri 36 ülkede en sık teşhis edilen kanserdir ve 93 ülkede kanser ölümlerinin önde gelen nedenidir. En yüksek insidans oranları Mikronezya / Polinezya, Doğu ve Güney Avrupa, Doğu Asya, Batı Asya'da ve Türkiye'dir. Kanada, Danimarka, Almanya, Yeni Zelanda ve Hollanda' da erkekler arasında belirgin düşüşün aksine kadınlar arasında akciğer kanseri görülme sıklığı giderek artış göstermektedir. (Fidler-Benaoudia et al., 2020; Sung et al., 2021) .

Çalışmada dünya da ülkemizde olduğu gibi kadınlarda en sık meme kanseri teşhis edilmekte iken, dünyada akciğer ve kolon kanseri ikinci ve üçüncü sırayı alırken, ülkemizde dördüncü ve beşinci sırada ilimizde ise kolon kanseri üçüncü sıra, akciğer kanseri yedinci sırada yer almaktadır (WHO, 2020; Siegel et al., 2021). Ülkemizde ve ilimizde kadınlar arasında sigara kullanımının gelişmiş ülkelere göre daha az olması akciğer kanserinin daha alt sıralarda görülmesinin sebebi olabilir.

Çalışmada kadınlarda organlara göre en sık görülen kanserler meme kanserinden sonra kolorektal, tiroid ve serviks kanseridir meme ve tiroit kanserlerinin görülüşü Türkiye ortalamasına benzer bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşlarının (2013) Düzce ilinde yapmış oldukları çalışmada kadınlarda meme kanserinden sonra corpus uteri ve tiroid kanseri en sık görülen kanser türü olarak saptanmıştır (Yılmaz ve diğerleri, 2013). Mohan ve arkadaşlarının (2018) Hindistan'da 10 yıllık sürede toplum temelli kanser kayıtlarını inceledikleri çalışmalarında kadınlarda en sık görülen kanserin meme kanseri olduğunu, ikinci sıklıkta serviks uteri kanserinin görüldüğünü saptamışlardır(Mohan et al., 2018).

Çalışmada kanserleri mortalite açısından karşılaştırıldığında her iki cinste %25,8 ile bronş, akciğer kanserleri bulunmuştur. Bunu mide, pankreas ve kolorektal kanserleri izlemektedir. Haydaroğlu ve arkadaşlarının (2019) İzmir ilinde yaptıkları benzer çalışmada mortalite sıklığı %25 oranıyla akciğer kanserleri olarak saptanmış olup, çalışmamızla benzerlik taşımaktadır (Haydaroğlu et al., 2019). Bray ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında her iki cins bir arada yerleşim yerlerine göre kanserleri mortalite açısından karşılaştırıldığında %18,4 ile akciğer kanserini bulmuşlardır. Bunu mide ve karaciğer kanserleri, dördüncü sırada meme kanserleri izlemektedir (Bray et al., 2018). GLOBACAN 2020 verilerine göre mortalite sıklığında sıralama akciğer, kolorektal, karaciğer ve mide olarak belirlenmiştir (Global Cancer, 2020) Siegal ve arkadaşlarının (2021) Amerika'da yaptıkları çalışmalarında ölüme en çok sebebiyet veren kanserin akciğer kanseri olduğunu belirlemişlerdir (Siegel et al., 2021). Sigara akciğer kanserinin en önemli etiyolojik faktörü olarak gösterilmesi sebebiyle ilimizde bu sonuç tütün kontrolünün en öncelikli olması gerekliliğini göstermektedir.

Bu çalışmada ve diğer benzer çalışmalarda olduğu gibi en ölümcül ve en sık görülen kanserlerden biri olan akciğer kanserinin prostat ve kolorektal kanser gibi tarama yöntemleri ile kolayca erken evrede saptanamamış olmasından olabileceği düşünülebilir. Çalışmamızda da akciğer kanserinin evreleri incelendiğinde %35,0'ının lokalize, %19,4'ünün uzak metastaz yaptığı, %28,2'sinin evresinin bilinmediği saptanmıştır. Bu sonuç tanı alan her 5 akciğer kanserinden birinin metastatik evrede tanı aldığını göstermektedir. Aynı zamanda kayıtlarda evresi bilinmeyen kanserler oldukça yüksek bulunmuş olup, bu durum veri eksikliği ve kayıtlardaki yetersizlikten dolayı olabileceğini göstermiştir.

Yaş gruplarında 0-14 yaş grubunda hematopoetik ve retikuloendotelial sistem kanserleri, 15-24 yaş grubunda lenf düğümleri kanserleri, 25-49 yaş grubunda meme kanseri, 50-69 yaş grubunda bronş, akciğer kanseri ve prostat kanseri en yüksek bulunmuş olup ülkemiz sonuçları ile benzerlik taşımaktadır (T.C. Halk Sağlığı Kurumu, 2018). 0-14 yaş grubu çocukluk çağı kanserlerinde ise çocukluk çağı lösemileri en sık görülen kanser türü olup, %34,1'dir. Bu oranı çocukluk çağında her iki cinsiyette de %10,5 ile lenfomalar takip etmektedir (Tablo 4).

Çalışmada meme, mide, serviks, kolon kanserleri gibi ilk sıralarda yer alan kanserlerinin yaklaşık her 4 ki-

şiden birinin evresinin bilinmediği saptanmıştır. Özellikle kanserlerin differansiyasyon ve özet evrelerinin kayıtlarının yetersiz olması, bu kayıtlarından sorumlu kanser kayıt elemanlarının sağlıklı veri sağlayamaması ve yetersiz kalmasından dolayı olabileceğini düşündürebilir.

Dış merkezlerden kanser tanısı alıp ilimize gelen olguların yaklaşık dörtte birinin uzak evrede olup, metastaz yaptığı belirlenmiştir. Bunun nedeninin tanı yöntemi ve tedavideki yenilikler, sağlık kuruluşlarından yararlanma olasılıklarının artması ilimize tedavi amacıyla vakaların gelmesi olarak düşünülebilir.

Sonuç ve Öneriler

Kanserin günümüzdeki artan sıklığı, getirdiği ekonomik yük ve neden olduğu kaybedilen yaşam yılının büyüklüğü dikkate alındığında çalışmamızda kaliteli veri toplanması, sağlıklı veri girişlerinin sağlanması kanser kayıtçılığında önemli bulunmuştur. Kanser kayıtları halk sağlığı ile ilgili öncelikli alanların belirlenmesi, kanser tarama programlarının geliştirilmesi, kanser kontrol faaliyetlerinin etkinliğinin izlenmesi ve değerlendirilmesinde ve tüm bunların etiyolojik çalışmalar için bir malzeme kaynağı olarak kullanılmasında katkı sağlayıcıdır. Bu nedenle kanser kayıt verilerinin eksiksiz, güvenilir ve güncel olmasının sağlanması kanserin önlenmesi ve tedavisinde önemli bilgiler sağlayacaktır.

Bireye özgü temel sağlık hizmetini sağlamak için tüm bu kanser ve kanser veri tabanlarını entegre etmek ve sağlık hizmetlerinin daha öngörülü, önleyici, kişiselleştirilmiş ve katılımcı olmasını sağlamak gerekir.

Sınırlılıklar

Bu araştırma literatüre katkı sağlamakla birlikte birtakım sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak bu araştırmada verilen sonuçlar bir il verileri ile sınırlıdır. İlimiz kanser kayıtlarının verileri Canreg sistemine 2014 yılı yıl ortasından itibaren kayıt altına alınmaya başlanmış olup, tüm yılı kapsamaması nedeniyle bu yıla ait veriler kullanılmamıştır. 2019 yılları da yeni tanı konulan vakaların olması ve henüz tamamlanmamış verileri içermesinden dolayı bu yıl kapsam dışı bırakılmıştır.

Teşekkürler

Bu çalışma ile ilgili verilerin sağlanmasında Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Birimine teşekkür ederiz.

Kaynaklar

Bray, F., Laversanne, M., Weiderpass, E., Soerjomataram, I. (2021). The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer*. In press, 127(16):3029-3030.

Bozkurt, K., Bektaş, S.S., Doğru, N. (2011). Şırnak ilinin kanser istatistikleri. *Türk Patoloji Dergisi*, 27(3):230-4.

Baş, Y., Uzbay, P., Güney, G., Erenler, B.H., Yılmaz, D., Özdemir, C. (2014). A study on distribution of cancer cases diagnosed in Çorum. *Türk Patoloji Derg*, 30(2):118-23.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I and et al. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Cancer J Clin*, 68: 394-424.

Brinton, L.A., Gaudet, M.M., Gierach, G.L. (2018). Breast Cancer. In: Thun M, Linet MS, Cerhan JR, Haiman CA, Schottenfeld D, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 4. Th ed. Oxford University Press, 861-888.

Etemadi, A., Sadjadi, A., Semnani, S., Nouraie, S.M., Khademi, H., Bahadori, M. (2008). Cancer registry in Iran: a brief overview. *Arch Iran Med.*, Sep;11(5):577-80.

Fidler-Benaoudia, M.M., Torre, L.A., Bray, F., Ferlay, J., Jemal, A. (2020). Lung cancer incidence in young

women vs. young men: a sys-tematic analysis in 40 countries. Int J Cancer, 147:811-819.

Haydaroğlu, A., Fatma, S. F., Caner, A. (2019). Ege Üniversitesi Hastanesi veri tabanındaki kanser olgularının epidemiyolojik ve genel sağ kalım özellikleri. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine, 58: Ek Sayı : 1-9

Gupta, S., Aitken, J. F., Bartels, U., Brierley, J., Dolendo, M., Friedrich, P., and et al. (2016). Paediatric cancer stage in population-based cancer registries: the Toronto consensus principles and guidelines. The Lancet Oncology, 17(4).

Mohan, S., Asthana, S., Labani, S., Popli, G. (2018). Cancer trends in India: A review of population-based cancer registries (2005-2014). Indian J Public Health, Jul-Sep;62(3):221-223.

Rebecca, L., Siegel, Kimberly D. Miller., Hannah, E. Fuchs., Ahmedin Jemal. (2021). Cancer Statistics, 2021. CA Cancer J Clin, 71:7-33.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 71(3):209-249.

Siegel, R.L, Miller, K.D., Jemal, A.CA. (2018). Cancer Statistics, 2018. CA Cancer J Clin, 68: 7-30.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2019). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, Ankara.

The Global Cancer Observatory. All Rights Reserved, December, (2020). <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2015). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf 2016

Tucker, T.C., Durbin, E.B, McDowell, J.K., Huang, B. (2019). Unlocking the potential of population-based cancer registries. Cancer. 1;125(21):3729-3737.

Qureshi, MA., Khan, S., Sharafat, S., Quraishy, MS. (2020). Common Cancers in Karachi, Pakistan: 2010-2019 Cancer Data from the Dow Cancer Registry. Pak J Med Sci, 36(7):1572-1578.

World Health Organization. (2021). Cancer Key Facts. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. (Erişim Tarihi: 31.01.2021)

World Health Organization (2020). https://www.who.int/cancer/country-profiles/TUR_2020.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: 31.01.2021)

World Health Organization. (2020). Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. WHO; 2020. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death> (Erişim Tarihi: 31.01.2021)

World Health Organization. (2021). <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?sexes=0&mode=population> (Erişim Tarihi: 31.01.2021)

Wei, W., Zeng, H., Zheng, R., Zhang, S., An, L., Chen, R., et al. (2020). Cancer registration in China and its role in cancer prevention and control. Lancet Oncol, 21(7):342-349.

Young, JL, Jr, Ward KC (eds). (2013). Kanser Kayıtlığında Standartlar İçin El Kitabı. Çeviri Ed: Eser S, Ozalan S. Ankara.

Yılmaz, M., Mayda, A. S., & Erdem, S.S. (2015). Bir Üniversite Hastanesinde 2013 Yılındaki Kanser Tanılarının 65 Yaş Üstü ve Altı Dağılımı. Düzce Medical Journal, 17(3);105-110.

Türkiye’de Alkol Politikasının Analizi

Analysis of Alcohol Policy in Turkey

Arş. Gör. Mustafa Orhan¹, Prof. Dr. Yasemin Akbulut²

¹Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Menemen/İzmir Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı,

²Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Keçiören/Ankara

Özet

Giriş: Alkol tüketiminin düzenlenmesine yönelik politikalar, ulusal ve uluslararası düzeyde yoğun ilgi görmektedir. Türkiye genelinde kişi başına alkol tüketimi yıllık 2 litredir. Ancak alkol kullanımı olan kişilerin tüketimi yıllık 17,3 litre ile OECD ülke ortalamasının oldukça üzerindedir.

Amaç: Bu çalışmada, Türkiye’de uygulanan alkol politikası analiz edilmektedir. Analizin çerçevesini Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından aşırı alkol tüketiminin önlenmesi için önerilen 10 hedef alanı oluşturmaktadır. Bu yolla, aşırı alkol kullanımına bağlı akut ve kronik hastalıkların, erken yaşta alkol tüketiminin, kaçak alkol kullanımının önlenmesi konusunda ilgili taraflara önerilerde bulunulması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi kullanılmıştır. Doküman analizi, dokümanların gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi için sistematik bir prosedür olarak tanımlanmaktadır. Veriler toplanırken sistematik inceleme adımları ve prosedürleri uygulanmıştır. Verilerin toplanması sürecinde Godin vd. (2015) tarafından geliştirilen açık, tekrarlanabilir ve ilgili tüm dokümanları tanımlamayı sağlayan aşamalı tarama stratejisi kullanılmıştır.

Bulgular: Analiz sonucunda, önerilen hedef alanlardan ‘Liderlik, Farkındalık ve Bağlılık, Sağlık Hizmetlerinin Yanıtı, Topluluk Eylemi, İçkili Araç Sürme Politikaları ve Karşı Önlemler, Alkol Mevcudiyeti, Alkollü İçeceklerin Pazarlanması, Fiyatlandırma Politikaları, İçme ve Alkol Zehirlenmesinin Olumsuz Sonuçlarını Azaltmak, Yasadışı Alkol ve Gayri Resmi Olarak Üretilen Alkolün Halk Sağlığı Üzerindeki Etkilerini Azaltmak, İzleme ve Gözetim’ başlıklarında Türkiye’de çalışmaların olduğu, özellikle “Topluluk Eylemi” ve “Alkol Mevcudiyeti” alanlarında tüm önerilerin karşılandığı bulunmuştur. “Fiyatlandırma Politikaları”, “Yasadışı Alkol ve Gayri Resmi Olarak Üretilen Alkolün Halk Sağlığı Üzerindeki Etkilerini Azaltmak” ve “Sağlık Hizmetlerinin Yanıtı” alanlarında ise yasal eksiklikler bulunduğu ortaya konulmuştur.

Sonuç: DSÖ, hedef alanların “Ulusal Alkol Politikası” kapsamında ele alınmasını ve koordinasyonun sağlanmasını vurgulamaktadır. Türkiye’de alkol politikasının, çok merkezli ve koordinasyonu zayıf bir şekilde yürütüldüğü, ulusal alkol politikası kapsamında değerlendirilemeyeceği ileri sürülebilir. Bu bağlamda, ulusal bir politikanın oluşturulması, politikanın uygulanmasından sorumlu, stratejileri ve planları izleyen bir üst örgütün kurulması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Alkol politikası, doküman analizi, politika analizi, sağlık politikası

Abstract

Introduction: Policies for the regulation of alcohol consumption attract great attention at the national and international level. Alcohol consumption per capita in Turkey is 2 litres per year. However, the consumption of people with alcohol consumption is 17.3 litres per year, which is well above the OECD country average.

Objective: In this study, the alcohol policy implemented in Turkey is analysed. The framework of the anal-

ysis consists of 10 target areas recommended by the World Health Organization (WHO) for the prevention of excessive alcohol consumption. In this way, it is aimed to make recommendations to the relevant parties on the prevention of acute and chronic diseases related to excessive alcohol use, alcohol consumption at an early age, and illegal alcohol use.

Findings: As a result of the analysis, it was found that there are studies in Turkey on the suggested target areas of 'Leadership, Awareness and Commitment, Health Services' Response, Community Action, Drink-Driving Policies and Countermeasures, Availability of Alcohol, Marketing of Alcoholic Beverages, Pricing Policies, Reducing the Negative Consequences of Drinking and Alcohol Intoxication, Reducing the Public Health Impact of Illicit Alcohol and Informally Produced Alcohol, Monitoring and Surveillance' and all recommendation were met, especially in the areas of "Community Action" and "Availability of Alcohol". It has been revealed that there are legal deficiencies in the fields of "Pricing Policies", "Reducing the Public Health Impact of Illicit Alcohol and Informally Produced Alcohol" and "Health Services' Response".

Conclusion: WHO emphasizes that the target areas should be addressed and coordinated within the scope of the "National Alcohol Policy". It can be argued that alcohol policy in Turkey is multi-centred and poorly coordinated, and cannot be considered within the scope of national alcohol policy. In this context, it is recommended to establish a national policy, to establish a higher organization responsible for the implementation of the policy and to follow the strategies and plans.

Keywords: Alcohol policy, document analysis, policy analysis, health policy

Giriş

Alkol, afyon ve benzeri maddeler gibi merkezi sinir sistemi üzerinde etkisi olan, kişilerde sarhoşluk oluşturup bağımlılık yapabilen bir maddedir. Kullanımı çok eski tarihlere dayanan alkol, günümüzde birçok toplum tarafından tüketilmektedir (Gaines, 2003). Alkolün birey üzerindeki etkisi; kişinin çevresi, fiziki yapısı, ruh hali ile yakından ilişkilidir. Alkol kullanımı ile birlikte rahatlama hali, hareketlerin ve anlamının yavaşlaması, karar verme ve fiziksel hareket düzenin bozulması gibi etkiler yaşanmaktadır (Babaoğlu, 1997). Günümüz toplumlarının çoğunda, alkollü içecekler sosyal alanın rutin bir parçasıdır. Bu durum, özellikle alkolün sıklıkla sosyalleşmeye eşlik ettiği ortamlarda bulunanlar için geçerlidir. Böyle ortamlarda alkol tüketmenin neden olduğu ya da etkilediği sağlık ve sosyal zararlar göz ardı edilmektedir. Alkolün zararlı kullanımının 2016 yılında, dünya çapında tüm ölümlerin %5,3'ü olan yaklaşık 3 milyon ölüme ve tüm sakatlığa göre ayarlanmış yaşam yıllarının (DALYs) %5,1'i olan 132,6 milyon sakatlığa neden olduğu belirtilmektedir (WHO, 2018a). Ayrıca, önlenebilir ölümlerin %9'unun alkol ve uyuşturucu kaynaklı olduğu ortaya konulmuştur (Health at a Glance, 2019).

Türkiye'de kişi başına kaydedilen yetişkin tüketimi, yaklaşık 1,4 litre saf alkol civarındadır. Ülkede bazı kayıt dışı alkol üretimi de görülmektedir ve kişi başına düşen yetişkin tüketimine yaklaşık 2,0 litre eklenmektedir ve toplamda Türkiye'de kişi başına düşen toplam alkol tüketimi yetişkin başına 3,4 litredir (European Status Report on Alcohol and Health, 2010). DSÖ'nün verdiği bir başka rapora göre Türkiye'de alkol tüketimi kaçak alkolle birlikte kadın ve erkek ortalaması 2,05 litre olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2018c). Her ne kadar ortalama alkol tüketimi düşük olarak görülse de 2014 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan raporda, sadece içiciler arasında bir inceleme yapıldığında 15 yaş ve üzeri bireylerde kişi başı alkol tüketimi Türkiye'de 17,3 litre iken İsviçre'de 12,1 litre, İspanya'da 16,4 litre, Hollanda'da 11,2 litre, Yunanistan'da 15,6 litre ve İngiltere'de 13,8 litredir (WHO, 2014). Raporun 2018 versiyonunda ise Alkol tüketicilerinin yıllık alkol tüketim ortalaması 28,5 Litre saf alkol ve günlük 61,7 gram saf alkol olarak gözlemlenmektedir ve epizodik içicilik oranı %25,5 olarak gerçekleşmiştir (Global Status Report on Alcohol and Health, 2018). Alkol tüketim miktarında önemli bir artışın olduğu gözden kaçmamalıdır (WHO, 2018a). Tüketimi artarak devam eden alkolün zararlı kullanımı ilgili birimlerce oluşturulan ve uygulanan politikalar ile düzenlenmeye çalışılmaktadır. Alkol politikası, alkolle ilgili olumsuz sonuçları en aza indirmek veya ön-

lemek için hükümetler tarafından alınan yetkili kararı ifade etmektedir. Politikalar, alkol sorunları (örneğin alkol vergilerini artırmak, alkollü araç kullanımına yönelik kontrolleri artırmak) ile ilgili özel bir stratejileri uygulayabilir, kaynakların alkol kullanımını önleme veya alkole bağlı tedavi hizmetlerine tahsis edilmesini sağlayabilir (Alcohol and Public Policy Group, 2010).

Gereç ve Yöntemler

Çalışmanın amacı; Türkiye’de uygulanan alkol politikasının analiz edilmesidir. Analizin çerçevesini Dünya Sağlık Örgütü tarafından aşırı alkol tüketiminin önlenmesi için geliştirilen 10 hedef alanı oluşturmaktadır. Bu yolla, aşırı alkol kullanımına bağlı akut ve kronik hastalıkların, erken yaşta alkol tüketiminin, kaçak alkol kullanımının önlenmesi konusunda ilgili taraflara önerilerde bulunulması amaçlanmaktadır.

Yöntem

Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi kullanılmıştır. Doküman analizi, dokümanların gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi için sistematik bir prosedür olarak tanımlanmaktadır (Bowen ve diğ., 2009). Veriler toplanırken sistematik inceleme adımları ve prosedürleri uygulanmaya çalışılmıştır. Verilerin toplanması sürecinde Godin, Stapleton, Kirkpatrick, Hanning ve Leatherdale (2015) tarafından geliştirilen açık, tekrarlanabilir ve ilgili tüm dokümanları tanımlamayı sağlayan aşamalı tarama stratejisi kullanılmıştır.

Araştırmanın Verileri

Çalışmada kullanılan veriler; literatüre açık ulusal ve uluslararası kaynaklardan elde edilmiştir. Alanda yapılmış akademik çalışmalar, ilgili kamu kurumlarının web sayfaları, sivil toplum kuruluşlarının web sayfaları, raporlar, akademik araştırmalar, genelgeler, yönetmelikler, kanunlar, internet üzerinden haber yapan gazetelerin haberleri anahtar kelimeler ile taranarak elde edilmiştir. Ayrıca ikincil veri niteliği taşıyan internet üzerinde bulunan görüşlerden faydalanılmıştır.

Bulgular

Bulgular bölümünde çalışmanın temel çerçevesinde ele alınan aktörler ve içerik bölümleri için elde edilen verilerin değerlendirilmesi yapılacaktır. Aktörler başlığı altında alkol politikasına yön veren; Uluslararası kuruluşların, Türkiye’de kamu sektörünün, sivil toplum kuruluşlarının, araştırmacıların, dini aktörlerin, faaliyetleri incelenecektir. İçerik bölümünde DSÖ tarafından önerilen 10 hedef alanının Türkiye’de nasıl karşılık bulduğu değerlendirilecektir.

Aktörler

Türkiye’de alkol politikası oluşturulmasında birçok aktör faaliyet göstermektedir. Politika yapıcılar, ortaya koyulan politikanın düzenini sağlayan kolluk kuvvetleri, dini aktörler, sivil toplum kuruluşları, oluşturulan politikanın etkilerini piyasa aktörleri temel aktörler olarak değerlendirilmiştir.

Hükümet

Politika oluşturmak ve oluşturulan politikaları uygulama yetkisine sahip olan hükümetler toplum sağlığını ilgilendiren konularda çeşitli faaliyetler yürütmektedir. Zararlı alkol kullanımının önüne geçmek için Türkiye Cumhuriyeti’nde hükümetin önemli bir rolü bulunmaktadır. Her bakanlık alanına dahil olan konularda zararlı alkol kullanımının önlenmesi için çalışmalar yürütmektedir.

Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025) çerçevesinde alkol ile alakalı olarak eylem planı paydaş rolleri ve sorumlulukları incelendiğinde; Başbakanlık, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakan-

lığı, Bilim, Sanayii ve Teknoloji Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Dış İlişkiler Bakanlığı, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı ve Gümrük ve Ticaret Bakanlığı üzerine sorumluluklar yüklenmiştir (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025).

Kolluk

Alkollü içki tüketiminin legal boyutunun yanı sıra illegal olarak kaçak/sahte alkol üretim ve tüketimi de mevcuttur. T.C. İçişleri Bakanlığı öncülüğünde yürütülen çalışmalarda kolluk kuvvetleri illegal alkol piyasasının önüne geçmek için çalışmalar yürütmektedir. Bir örneği olarak 2018 yılı boyunca 1.414.329 litre kaçak/sahte alkollü içki kolluk çabaları ile yakalanmıştır (İçişleri Bakanlığı, 2018). Ayrıca Ticaret Bakanlığı'na yöneltilen bir soru önergesine verilen yanıtta 2010-2020 tarihleri arasında 1.512.187 litre kaçak alkol yakalandığı ifade edilmiştir (TBMM, 2020). İstanbul merkezli Adana, Aksaray, Hatay, İzmir, Kırklareli, Şanlıurfa, Niğde ve Tekirdağ'da gerçekleştirilen bir operasyonda 256 ton metil alkol ele geçirilmiştir (Sözcü, 2019).

Dini Aktörler

Ülkede faaliyet gösteren dini aktörler, alkolün dini reddi üzerine çeşitli faaliyetler gerçekleştirmektedir. Formal ve informal yapıda faaliyet gösteren birçok dini aktör alkolün kullanımı ile alakalı cemaatlerine vaazlar vermektedir. Formal olarak ülke de din işlerinden sorumlu kuruluş olan Diyanet İşleri Başkanlığı vaazları (Diyanet İşleri Başkanlığı, 2018a), Bağımlı Olma Huzurlu Ol! Projesi (Diyanet İşleri Başkanlığı, 2018b) gibi çeşitli etkinlikleri ile alkole karşı mücadele etmektedir. Bunun yanı sıra çeşitli iş birlikleri oluşturarak farklı kurumlarla ortak adımlar atmaktadır. Bunun örnekleri sivil toplum kuruluşu olan Yeşilay ile Erzurum 'da çeşitli meslek gruplarının bulunduğu bağımlılığa karşı mücadele ekibinin kurulması (Medimagazin, 2019) ve T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı ile imzalanan protokol ile "yurtlarda manevi rehberlik" hizmeti kapsamında Kredi Yurtlar Kurumu yurtlarına 711 imam görevlendirilmesi örnek olarak verilebilir (Diyanet İşleri Başkanlığı, 2019).

Sivil Toplum Kuruluşları

Türkiye'de alkol ve alkollü içki ile mücadele konusunda sivil toplum kuruluşları etkin kurumlar olarak ön plana çıkmaktadır. Yeşilay, Adsız Alkolikler, Madde Bağımlılığı ile Mücadele Derneği, Ahbap Platformu, Türkiye Alkol Politikaları Platformu, YENİDEN Sağlık ve Eğitim Derneği gibi birçok sivil toplum kuruluşu bulunmakla beraber, Yeşilay Derneği ülke çapında gösterdiği faaliyetler ile ön plana çıkmıştır. 19 Eylül 1934 yılından bu yana faaliyetlerine devam eden Yeşilay, hazırladığı dokümanlar, kitaplar, afişler vb. ve düzenlediği organizasyonlarla hem farkındalık yaratmakta hem de elde ettiği verilerle, vatandaşlara, kamu ve özel kurumlara önerilerde bulunmaktadır.

Yeşilay kurumu tam 46 ülke tarafından tanınmış, tütün-sigara, alkol, uyuşturucu madde, teknoloji, kumar ve diğer bağımlılık türleri ile savaşılan bir sivil toplum kuruluşudur. Sivil toplum kuruluşu olarak Yeşilay'ın danışmanlık birimi olan YEDAM (Yeşilay Danışmanlık Merkezi) kişilere tütün, alkol, madde ve internet bağımlılığı konusunda destek almak ya da tedavi olmak isteyenlere, kişiyi tedaviye yönlendirmek için gerekli yöntemleri öğrenmek isteyenlere; telefon ile danışmanlık, yüz yüze görüşme, grup terapileri, sosyal etkinlikler, bağımlılık seminerleri gibi yöntemlerle destek sağlamaktadır (YEDAM, 2019).

Uluslararası kuruluşlar

Uluslararası kuruluşlar, alkol politikasının oluşturulmasında ilgili ülkelere çeşitli şekillerde destek sağlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, düzenli olarak ilgili alanlarda istatistikler toplayarak bunları yayınlamaktadır. Çalışmanın konusunu oluşturan Alkol Politikası için 10 hedef alan önerisinde bulunmuş, ülkelere kendi sistemlerine uygun şekilde uygulamalarını tavsiye etmiştir (WHO, 2010).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi ülkelerin bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı ve sebep olduğu suçlarla alakalı olarak raporlar hazırlayıp ilgili ülkelere önerilerde bulunmaktadır. 2003 yılında Türkiye'nin 6 büyük ilinde (İstanbul, Ankara, İzmir, Diyarbakır, Adana, Samsun) çalışma yürütmüş, sonuçlarını ilgili kuruluşlara iletmiştir (UNODC, 2003).

Alcoholic Anonymous çeşitli toplantılar ile alkol konusunda bilinçlendirme çalışmaları gerçekleştirmektedir. Terimin de belirttiği gibi, bu tür toplantılar alkoliklere ve ailelerine ve kişisel bir içki problemini çözmek veya başka birine böyle bir sorunu çözmesine yardımcı olmak isteyen herkese açıktır. Türkiye için benzer toplantıları; İstanbul, Marmaris, Fethiye, Kuşadası gibi turistik bölgelerde gerçekleştirmektedir (Alcoholic Anonymous, 2020).

Politika İçeriği

Politika içeriği, DSÖ (WHO, 2010) tarafından ulusal düzeyde politika önlemleri ve müdahaleleri ile alkolün zararlı kullanımını azaltmak için önerilen 10 stratejik alanı ele almaktadır. DSÖ 10 alanın her birisi için ülkelerin kendi yapısı itibari ile uygun olanların uygulanması tavsiyesini vermiştir.

Liderlik, Farkındalık ve Bağlılık

Sürdürülebilir eylem, güçlü liderlik, sağlam bir farkındalık ve siyasi irade ve bağlılık gerektirir. Bu alanda DSÖ'nün önermiş olduğu 5 madde bulunmaktadır. Bu hedef alan için önerilen müdahaleler ve uygulamalar tabloda sunulmuştur (WHO, 2010).

Tablo 1. Liderlik, Farkındalık ve Bağlılık

Tablo 1. Liderlik, Farkındalık ve Bağlılık (Önerilen)	Liderlik, Farkındalık ve Bağlılık (Uygulanan)
Alkolün zararlı kullanımını azaltmak için mevcut, kapsamlı ulusal ve alt ulusal stratejileri, eylem planlarını ve faaliyetlerini geliştirmek veya güçlendirmek;	Ulusal Alkol Kontrol Programı ve Eylem Planı oluşturmak amacı ile Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplantılar yapıldı ise de sonuç alınamamıştır (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2008). Bulunmamaktadır.
Ulusal politikaları, stratejileri ve planları takip etmekten sorumlu olacak şekilde bir ana kurum veya ajans oluşturmak veya atamak;	TAPDK Ulusal politikaları, stratejileri ve planları takip etmekten sorumlu olacak şekilde bir ana kurum iken kapatılmış ve yeni bir kurum tanımlanmamıştır. Kurum ticari faaliyetler üzerine yoğunlaşırken, dağınık yapıda alkol ile mücadele çalışmaları devam etmiştir (Alkol ve Alkollü İçkiler Daire Başkanlığı, 2018).
Alkol stratejilerini, farklı hükümet düzeyleri arasında da dâhil olmak üzere diğer ilgili sektörlerdeki çabalarla ve diğer ilgili sağlık sektörü stratejileri ve planlarıyla koordine etmek;	Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025) ile koordinasyon amaçlanmıştır.
Ülkede yaşanan alkolle ilgili her türlü zararlı ilgili toplumun tüm düzeyleri arasında etkili bilgi ve etkili eğitim ve halkı bilinçlendirme programlarına ve etkili önleyici tedbirlerin gerekliliği ve varlığına ilişkin geniş erişimin sağlanması;	Kamu spotları ile geniş kitlelere erişim sağlanmaktadır (https://www.yesilay.org.tr/tr/video/kamu-spotlari).
Alkol tüketiminin neden olduğu, başkalarına ve hassas gruplara zarar konusunda, etiketlemeye neden olmayacak şekilde ve etkilenen gruplar veya bireylere karşı ayrımcılığı aktif olarak önleyerek farkındalığın artırılması.	Politika belgelerinde bu konuda bir düzenlemeye rastlanmamıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Yanıtı

Sağlık hizmetleri, alkol kullanım bozuklukları ve alkolün zararlı kullanımından kaynaklanan diğer sağlık durumları arasında bireysel düzeyde zarara karşı mücadelenin merkezinde yer almaktadır. Bu hedef alan için önerilen müdahaleler ve uygulamalar tabloda sunulmuştur (WHO, 2010).

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinin Yanıtı

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinin Yanıtı (Önerilen)	Sağlık Hizmetlerinin Yanıtı (Uygulanan)
Etkilenen ailelere destek ve tedavi ve karşılıklı yardım veya kendi kendine yardım faaliyetlerini destekleme dahil olmak üzere, alkol kullanımı ve alkolün yol açtığı bozukluklar ve eşlik eden hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve bakımı için sağlık ve sosyal refah sistemlerinin kapasitesinin artırılması;	YEDAM, ÇEMATEM ve AMATEM gibi kuruluşlar ile alkol kullanımı ve alkolün yol açtığı bozukluklar ve eşlik eden hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve bakımı için sağlık ve sosyal hizmetler sağlanmaktadır.
Birinci basamak sağlık hizmeti ve diğer ortamlarda tehlikeli ve zararlı içecekler için tarama ve kısa müdahaleler için girişimleri desteklemek; bu tür girişimler erken teşhis ve hamile kadınlar ve çocuk doğurma çağındaki kadınlar arasında zararlı içiciliğin yönetimini içermelidir;	Birinci basamak sağlık hizmetlerinde herhangi bir uygulama bulunmamakta, başvurular sevk ile yönlendirilmektedir.
Fetal alkol sendromu ile yaşayan bireyler ve aileler ve bununla ilişkili hastalıklar spektrumunun önlenmesi, tanımlanması ve müdahalesinin önlenmesi için kapasitenin artırılması;	Politika belgelerinde bu konuda bir düzenlemeye rastlanmamıştır.
Uyuşturucu kullanımı bozuklukları, depresyon, intiharlar, HIV / AIDS ve tüberküloz dahil olmak üzere alkol kullanımı bozuklukları ve eşlik eden durumlar için entegre ve/veya bağlantılı önleme, tedavi ve bakım stratejileri ve hizmetlerinin geliştirilmesi ve etkin koordinasyonu;	Politika belgelerinde bu konuda bir düzenlemeye rastlanmamıştır.
Sosyoekonomik durumu düşük gruplar için tedavi hizmetlerinin kullanılabilirliğini, erişilebilirliğini ve satın alınabilirliğini arttırmak;	Aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşların primi devlet tarafından ödenir ve Genel Sağlık Sigortası sahibi olur (Resmi Gazete, 2011).
(f) Düzenli raporlama mekanizmalarıyla birlikte alkolle karıştırılabilir morbidite ve mortalite kayıt ve izleme sisteminin kurulması ve sürdürülmesi;	Kayıt izleme, değerlendirme ve paylaşma T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmektedir.

3.2.3 Topluluk Eylemi

Zararlı alkol kullanımının topluluklar üzerindeki etkisi, yerel girişimleri ve yerel sorunlara yönelik çözümleri tetikleyebilir ve teşvik edebilir. Bu hedef alan için önerilen müdahaleler ve uygulamalar tabloda sunulmuştur (WHO, 2010).

Tablo 3. Topluluk Eylemi

Tablo 3. Topluluk Eylemi (Önerilen)	Topluluk Eylemi (Uygulanan)
Topluluk düzeyinde yapılan müdahaleler için eksiklikleri ve öncelikli alanları belirlemek amacıyla hızlı değerlendirmeleri desteklemek;	Sorun tanımlama ve çözme için çok sayıda destek programı desteklenmektedir (https://www.yesilay.org.tr/tr/destek-programlari). Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu tarafından değerlendirme ve destekleme çalışmaları yapılmaktadır.
Yerel düzeyde alkolle ilgili zararların tanınmasının kolaylaştırılması ve yerel olarak alkolün ve alkolün zararlı kullanımının yerel belirleyicileri için uygun etkili ve uygun maliyetli yanıtların teşvik edilmesi;	Belediyeçilik Kanunu ile gerekli görülen önlemlerin yerel düzeyde alınması kolaylaştırılmıştır. Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelikte belediyelerin kısıtlama yetkilerine vurgu yapılmaktadır.
Yerel yetkililerin, alkolün zararlı kullanımını azaltmak için belediye politikalarının geliştirilmesini destekleyerek ve teşvik ederek ve aynı zamanda toplum kurumları ile sivil toplum kuruluşları arasındaki ortaklıkları ve ağları geliştirme kapasitelerini destekleyerek ve teşvik ederek, ortak topluluk eylemlerini teşvik etme ve koordine etme kapasitelerini güçlendirmek;	
Etkili toplum temelli müdahaleler hakkında bilgi sağlamak ve bunların uygulanması için topluluk düzeyinde kapasite geliştirmek;	Politika belgelerinde bu konuda bir düzenlemeye rastlanmamıştır.
Küçük yaşta içicilerin alkol satışını ve alkol tüketimini önlemek ve alkol tüketimini önlemek ve özellikle genç ve diğer risk altındaki gruplar için alkol içermeyen ortamları geliştirmek ve desteklemek için toplulukları harekete geçirmek;	18 yaş ve altındaki bireylere alkol satışı ilgili kanun maddesi ile yasaklanmış olup, spor ve sanat gibi birçok alanda düzenlenen aktiviteler bulunmaktadır (Resmi Gazete, 2013).
Etkilenen bireyler ve aileleri için toplum bakımı ve desteği sağlamak;	ÇEMATEM ve AMATEM gibi kuruluşlar ile sağlık ve sosyal hizmetler sağlanmaktadır.

İçkili Araç Sürme Politikaları ve Karşı Önlemler

Alkolün etkisi altında araç kullanmak bir kişinin yargı, koordinasyon ve diğer motor işlevlerini ciddi şekilde etkiler. Alkollü araç kullanımı, hem içen hem de birçok durumda masum kişileri etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu hedef alan için önerilen müdahaleler ve uygulamalar tabloda sunulmuştur (WHO, 2010).

Tablo 4. İçkili Araç Sürme Politikaları ve Karşı Önlemler

Tablo 4. İçkili araç sürme politikaları ve karşı önlemler (Önerilen)	İçkili araç sürme politikaları ve karşı önlemler (Uygulanan)
Profesyonel ve genç ya da acemi sürücüler için sınırlı bir sınırla birlikte kan alkolü konsantrasyonu için bir üst sınır koymak ve uygulamak;	Hususi otomobil: 0.50 promil Diğer: 0.20 promil 1.00 promilin üzeri ayrıca cezalar (EGM, 2019a)
Ayıklık kontrol noktaları ve rastgele nefes testlerinin desteklenmesi;	Kontrol noktaları aracılığı ile rastgele nefes testleri sıklıkla uygulanmaktadır. 2019 yılı ilk 10 ay içerisinde 6.173.865 araç sürücüsü alkol testine tabi tutulmuş, 147.379 kişi işlem görmüştür (EGM, 2019b).
Ehliyetin idari olarak askıya alınması;	İlk olarak 6 ay sonrasında 2 yıl ve son olarak 5 yıl sürücü belgesine el konulur (EGM, 2019a).
Acemi sürücülere, içki sürüşüne sıfır tolerans göstererek lisanslama;	Aday sürücülerin hangi aracı kullandığına bakılmaksızın 0,20 promilin üzerinde alkol aldığı tespit edilirse sürücü belgesi ilgili memurlar tarafından iptal edilir (Resmî Gazete, 2015).
İçki içme olaylarını azaltmak için belirli durumlarda uygun olduğunda, bir ateşleme kilidi kullanmak;	Araştırmanın gerçekleştirildiği dönem için bir zorunluluk bulunmamakla birlikte, ateşleme kilidi için 14.05.2020 tarihinde ön hazırlık başlamıştır (Resmî Gazete, 2020).
Zorunlu sürücü eğitimi, danışmanlık ve uygun olan durumlarda tedavi programları;	Alkollü olarak 2. defa yakalanan bireyler T.C Sağlık Bakanlığı bünyesinde verilen Sürücü Davranışları Geliştirme Eğitimi'ne katılarak başarılı olmadan ehliyetlerini geri alamamaktadırlar (Resmî Gazete, 2004).
İçme yerleri için kapanış zamanının dolmasına kadar toplu taşıma dahil olmak üzere alternatif taşımacılık hizmetini teşvik etmek;	Politika belgelerinde bu konuda bir düzenlemeye rastlanmamıştır.
Politikaya destek olacak şekilde ve genel caydırma etkisini artırmak üzere kamusal farkındalık ve bilgilendirme kampanyalarının yürütülmesi;	Kamu spotları, ilanlar ve sivil toplum çabaları ile kampanyalar yürütülmektedir (https://www.yesilay.org.tr/tr/videolar/kamu-spotlari).
Tatil mevsimleri gibi belirli durumları veya gençler gibi izleyicileri hedef alan, dikkatli bir şekilde planlanmış, yüksek yoğunluklu, iyi yönetilen kitle iletişim kampanyalarını yayınlamak .	Kamu spotları, ilanlar ve sivil toplum çabaları ile kampanyalar yürütülmektedir.

Alkol Mevcudiyeti

Alkolün ticari veya kamusal kullanılabilirliğini yasalar, politikalar ve programlar aracılığıyla düzenlemeye çalışan halk sağlığı stratejileri, genel alkol kullanımının zararlı seviyesini azaltmanın önemli yoludur ve ayrıca, ulaşılabilirliğe ilişkin çok katı kısıtlamalar, paralel yasadışı bir pazarın gelişmesini teşvik edebilir. Bu hedef alan için önerilen müdahaleler ve uygulamalar tabloda sunulmuştur (WHO, 2018; WHO, 2010).

Tablo 5. Alkol Mevcudiyeti

Tablo 5. Alkol Mevcudiyeti (Önerilen)	Alkol Mevcudiyeti (Uygulanan)
Çeşitli önlemlerle, alkol dağıtımına ve alkol çıkışlarının işleyişine makul sınırlamalar getiren alkollü içeceklerin üretimini, toptan ve servisini düzenlemek için uygun bir sistem kurmak, işletmek ve uygulamak	<i>Alkol ve Alkollü İçki Tesislerinin Haiz Olmaları Gereken Teknik Şartlar, Kurulmaları, İşletilmeleri ve Denetlenmelerine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik</i> ile alkol ve alkollü içki satışı için lisanslama için gerekli usul belirtilmiştir.
Ergenlere satışlarına ve alkollü içeceklerin tüketimine engel olmak için alkollü içeceklerin ve diğer politikaların satın alınması veya tüketilmesi için uygun bir asgari yaşın belirlenmesi;	Alkollü içkiler, tüketilmek veya beraberinde götürülmek üzere on sekiz yaşını doldurmamış kişilere satılamaz veya sunulamaz (Resmi Gazete, 2013).
Sarhoş kişilere ve yasal yaşın altındakilere satışları önlemek için politikalar benimsemek ve satıcılara ve sunuculara ulusal mevzuata uygun olarak sorumluluk koymaya yönelik mekanizmaların kullanılmasını düşünmek;	Belirli bir yaşa yönelik kısıtlama bulunurken, içkili kişilere yönelik bir alkol satış yasağı bulunmamaktadır (Resmi Gazete, 2013).
Halka açık yerlerde veya “resmi kurumların” faaliyetlerinde ve işlevlerinde içki içmeye ilişkin politikaları belirlemek;	Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı'nın 08.08.2012 tarih ve 5119-35028 sayılı yazıları ile üniversite kampüslerinde alkol tüketimi yasaklanmış, devlet memurları sicil yönetmeliği 17. maddesinde ise amirlerin; <i>Alkol, kumar vb. alışkanlıkları memuriyetle bağdaşmayacak ölçüde sürdürme gibi halleri</i> değerlendirebilmesi sağlanmıştır (Devlet Memurları Sicil Yönetmeliği, 1986).
Alkollü içkilerin yasal olmayan veya yasadışı şekilde üretilmesi, satışı ve dağıtımının erişilebilirliği konusuna eğilmek	Yasadışı alkol üretimi, satışı ve dağıtımı kanun maddeleri ile yasaklanmış ve ilgili bakanlıklar tarafından çalışmalar yapılmaktadır.

Alkollü İçeceklerin Pazarlanması

Pazarlamanın, özellikle gençler ve ergenler üzerindeki etkisinin azaltılması, alkolün zararlı kullanımının azaltılmasında önemli bir husustur. DSÖ tarafından bu alan için 3 başlıkta öneriler bulunmaktadır ve önerilerin her biri uygulamaya koyulmuştur. Bu hedef alan için önerilen müdahaleler ve uygulamalar tabloda sunulmuştur.

Tablo 6. Alkollü İçeceklerin Pazarlanması

Tablo 6. Alkollü İçeceklerin Pazarlanması (Önerilen)	Alkollü İçeceklerin Pazarlanması (Uygulanan)
Alkol pazarlaması için, tercihen yasama esaslı düzenleyici veya ortak düzenleyici çerçeveler oluşturmak ve gerektiğinde kendi kendini düzenleme önlemleri ile desteklenmek	Alkol pazarlamasında teşvik, hediye, eşantıyon, promosyon veya bedelsiz alkol seçenekleri ilgili kanun maddesi ile yasaklanmıştır. Ayrıca pazarlama faaliyetleri için yaş sınırı da bulunmaktadır. Alkollü içkilerin satışı hacim ve alkol oranına göre sınırlandırılmaktadır. Ayrıca otomatik satış makineleri, basın ve yayın yoluyla, posta ile satış yöntemi kullanılarak satışı yapılamaz (Resmi Gazete, 2013).
Kamu kurumları veya alkol ürünlerinin pazarlanmasının izlenmesinde etkili etkin sistemlerin bağımsız kuruluşları tarafından geliştirilmesi;	Kapatılana kadar TAPDK bağımsız idari otorite olarak bu görevi ifa etmekte idi. Görev alanına giren konularda gerekli gördüğü takdirde ilgili kuruluşlardan bilgiler isteme yetkisine sahipti (T.C. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu, 2017).
Pazarlama kısıtlamaları ile ilgili ihlaller için etkili idari ve caydırma sistemleri kurmak.	Belirlenen kuralların ihlali durumlarında verilecek cezalar kanun maddesi içerisinde verilmiştir (Resmi Gazete, 2013).

Fiyatlandırma politikaları

Ağır içiciler ve gençler dahil olmak üzere tüketiciler, içecek fiyatlarındaki değişikliklere karşı hassastır. Alkollü içeceklerin fiyatının artırılması, alkolün zararlı kullanımını azaltmak için en etkili müdahalelerden biridir. Bu hedef alan için önerilen müdahaleler ve uygulamalar tabloda sunulmuştur (WHO, 2010).

Tablo 7. Fiyatlandırma Politikaları

Tablo 7. Fiyatlandırma politikaları (Önerilen)	Fiyatlandırma politikaları (Uygulanan)
İçeceğin alkollü içeriğini, uygun şekilde hesaba katabilecek şekilde etkin bir uygulama sistemi ile birlikte, alkolle ilgili yerel vergilendirme için bir sistem kurmak;	T.C. Maliye Bakanlığı öncülüğünde, 2012 yılında Bakanlar Kurulu kararı doğrultusunda 4760 sayılı vergi kanununda değişiklik ile yılda iki kez Tüketici Fiyat Endeksi'ne göre alkollü içkilerin vergilendirmesinde alkol oranları (TÜFE) ayarlı özel tüketim vergisi artışı yapılmaktadır.
Enflasyon ve gelir düzeyine göre fiyatları düzenli olarak gözden geçirmek;	<i>Alkollü içkileri üretenler, ithal edenler ve pazarlayanlar her ne amaçla olursa olsun, teşvik, hediye, eşantıyon, promosyon veya bedelsiz olarak alkollü içki dağıtamazlar</i> (Resmi Gazete, 2013).
Doğrudan ve dolaylı fiyat promosyonları, indirimli satışlar, maliyetin altındaki satışlar ve sınırsız içme veya diğer hacimli satışlar için fiyatların kullanımını yasaklamak veya kısıtlamak;	Doğrudan alkol için bir asgari fiyat tutarı belirlenmemekle birlikte, KDV ve ÖTV ile minimum satış fiyatı oluşmaktadır. Örneğin 1 Litre bira için bir taban fiyat oluşmaktadır.
Uygun olan yerlerde alkol için asgari fiyatlar belirlemek	Doğrudan alkol teması için indirim içeren bir belgeye ulaşamamıştır.
Alkolsüz içecekler için fiyat teşvikleri sağlamak	İhracat için alkol üretimi konusunda işletmelere sübvansiyonlar sağlanmaktadır (https://kolaydestek.gov.tr/).
Alkol alanındaki ekonomik işletmelere sübvansiyonun azaltılması veya durdurulması.	

İçme ve Alkol Zehirlenmesinin Olumsuz Sonuçlarını Azaltmak

Bu hedef alan, temelde alkol tüketimini etkilemeden doğrudan alkol zehirlenmesinden ve içmekten kaynaklanan zararı azaltmaya odaklanan politika seçeneklerini ve müdahaleleri içermektedir. Bu hedef alan için önerilen müdahaleler ve uygulamalar tabloda sunulmuştur (WHO, 2010).

Tablo 8. İçme ve Alkol Zehirlenmesinin Olumsuz Sonuçlarını Azaltmak

Tablo 8. İçme ve Alkol Zehirlenmesinin Olumsuz Sonuçlarını Azaltmak (Önerilen)	İçme ve Alkol Zehirlenmesinin Olumsuz Sonuçlarını Azaltmak (Uygulanan)
Alkolün plastik veya kırılmaz cam kaplarda sunulması da dâhil olmak üzere şiddet ve rahatsız edici davranışları asgari düzeye indirmek için içme ortamları yeniden düzenlenmeli ve alkolle ilgili konuların geniş çaplı toplumsal olaylarla ele alınmalıdır.	Politika belgelerinde bu konuda bir düzenlemeye rastlanmamıştır.
Sarhoşluğa neden olacak derecede alkol servisine karşı kanunların ve alkolün servisi sonucunda ortaya çıkan sarhoşluğun neden olduğu zararlı sonuçlar için yasal yükümlülüklerin uygulanması;	Politika belgelerinde bu konuda bir düzenlemeye rastlanmamıştır.
Tesislerde alkollü içkilerin sorumlu şekilde sunulmasına ilişkin yönetim politikaları geliştirilmeli ve ilgili sektörlerdeki personelin sarhoş ve agresif içicilerin önlenmesi, belirlenmesi ve daha iyi idare edilmesi yönüyle eğitilmesi.	Politika belgelerinde bu konuda bir düzenlemeye rastlanmamıştır.
Farklı içecek kategorileri içindeki alkollü gücü azaltmak;	Alkol ve Alkollü içkiler Daire Başkanlığı; alkol hacmi ve alkol oranı konusunda takip yürütmektedir.
Ciddi derecede sarhoş insanlar için gerekli bakımı veya barınağı sağlamak;	Kabahatler Kanunun 35. maddesi uyarınca huzur ve sukunu bozan kişilere idari para cezası ve ayılma süresince alıkoyma uygulanır (Kabahatler Kanunu, 2005).
Alkole bağlı zarar hakkında tüketicilere bilgi sunulması ve alkollü içkilerin bu konuda bilgi içerecek şekilde etiketlenmesi.	Alkollü içkilerde 3 adet grafik ve 1 adet yazılı uyarı bulunmaktadır (Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu, 2013).

Yasadışı Alkol ve Gayri Resmi Olarak Üretilen Alkolün Halk Sağlığı Üzerindeki Etkilerini Azaltmak

Yasadışı veya gayri resmi olarak üretilen alkol tüketimi, daha yüksek etanol içeriği ve metanol gibi toksik maddelerle potansiyel kontaminasyon nedeniyle ek olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilir. Ayrıca

hükümetlerin yasal olarak üretilen alkolü vergilendirme ve kontrol etme yeteneklerini de engelleyebilir. Bu ek olumsuz etkileri azaltmak için, yasadışı ve / veya gayri resmi alkol tüketiminin yaygınlığına ve ilgili zarara göre önlemler alınmalıdır. Bu hedef alan için önerilen müdahaleler ve uygulamalar tabloda sunulmuştur (WHO, 2010).

Tablo 9. Yasadışı Alkol ve Gayri Resmi Olarak Üretilen Alkolün Halk Sağlığı Üzerindeki Etkilerini Azaltmak

Tablo 9. Yasadışı Alkol ve Gayri Resmi Olarak Üretilen Alkolün Halk Sağlığı Üzerindeki Etkilerini Azaltmak (Önerilen)	Yasadışı Alkol ve Gayri Resmi Olarak Üretilen Alkolün Halk Sağlığı Üzerindeki Etkilerini Azaltmak (Uygulanan)
Alkollü içeceklerin üretimi ve dağıtımı konusunda iyi kalite kontrol;	Etil Alkol ve Metanolün Üretimi ile İç ve Dış Ticaretine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik ile sağlanmıştır (Resmi Gazete, 2011b).
Gayri resmi olarak üretilen alkol satışlarını düzenlemek ve vergi sistemine dahil etmek;	Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun madde 8: Ticari amaç olmaksızın, kendi ürettiği ürünleri kullanarak şahsi tüketimi için 350 litreyi aşmayan fermente alkollü içki imal edilebilir (Resmi Gazete, 2002).
Vergi damgaları dahil etkili bir kontrol ve uygulama sistemi;	Bandrol sistemi ile takibi yapılmaktadır.
Yasadışı alkol için izleme ve takip sistemlerinin geliştirilmesi veya güçlendirilmesi;	T.C. İçişleri Bakanlığı ve T.C. Ticaret Bakanlığı öncülüğünde yasadışı alkol hareketlilikleri ile mücadele edilmektedir.
Ulusal ve uluslararası düzeydeki yetkililer arasında yasadışı alkolle mücadele konusunda gerekli iş birliğinin sağlanması ve ilgili bilgilerin değiş tokuş edilmesi;	T.C. İçişleri Bakanlığı kaçakçılık ve organize suçlarla mücadele dairesi başkanlığı sınırları aşan mücadelelerde iş birliği çalışmaları yürütmektedir (EGM, 2020)
Kontaminantlar ve resmi olmayan veya yasadışı alkolden kaynaklanan diğer sağlık tehditleri hakkında ilgili kamu uyarılarını vermek	Kamu spotları ile geniş kitlelere erişim sağlanmaktadır (https://www.yesilay.org.tr/tr/videolar/kamu-spotlari).

İzleme ve Gözetim

İzleme ve gözetimden elde edilen veriler, diğer dokuz politika seçeneğinin başarısı ve uygun şekilde sunulması için temel oluşturur. Alkolle ilgili zararların büyüklüğünü ve eğilimlerini izlemek, savunuculuğu güçlendirmek, politikaları formüle etmek ve müdahalelerin etkisini değerlendirmek için yerel, ulusal ve uluslararası izleme ve gözetim gereklidir. Bu hedef alan için önerilen müdahaleler ve uygulamalar tabloda sunulmuştur (WHO, 2010).

Tablo 10. İzleme ve Gözetim

Tablo 10. İzleme ve gözetim (Önerilen)	İzleme ve gözetim (Uygulanan)
Periyodik ulusal alkol tüketimi ve alkole bağlı zarar araştırmaları ve bilgilerin değiş tokuş edilmesi ve yayılması için bir plan dahil olmak üzere izleme ve gözetim faaliyetlerine yönelik etkili çerçeveler oluşturmak;	T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından bilgi paylaşımı yapılmaktadır.
Ulusal raporların yayınlanması da dahil olmak üzere mevcut verilerin toplanmasından, toplanmasından, analiz edilmesinden ve yayılmasından sorumlu bir kurum veya başka bir örgütsel kuruluş istifade etmek veya belirlemek;	Verilerin toplanması, analiz edilmesi ve yayınlanması Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere birçok kurum tarafından yapılmaktadır. TAPDK kurumu daha önce organizasyon noktasında yönlendirici kuruluş iken kapatılmıştır.
Alkolün zararlı kullanımı hakkında bir dizi ortak göstergenin ve bu kullanımı engellemek ve azaltmak için politika yanıtları ve müdahalelerinin belirlenmesi ve takibi;	Alkolün zararlı kullanımının önüne geçmek üzere T.C. Sağlık Bakanlığı ve STK'ların belirlediği politika yanıtları, İçişleri Bakanlığınca ve ilgili bakanlıklarca takip edilmektedir.
Uluslararası düzeyde kabul edilen göstergelere dayanarak ülke düzeyinde bir veri deposu oluşturmak ve kabul edilen formatta verileri DSÖ ve diğer ilgili uluslararası kuruluşlara rapor etmek;	Toplanan veriler T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ilgili kurumlarla paylaşılmaktadır.
Alkolün zararlı kullanımını azaltmak için uygulanan politika önlemlerinin, müdahalelerin ve programların etkisini belirlemek amacıyla toplanan verilerle değerlendirme mekanizmaları geliştirmek.	Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı ile değerlendirme çalışmaları gerçekleştirilmektedir.

Tartışma

DSÖ tarafından 2010 yılında yayınlanan ve ülkelere kendi kültür ve yapılarına göre uygulamalarını önerdiği 'Global strategy to reduce the harmful use of alcohol' raporu 10 hedef alanı baz alındığında, Türkiye 10 alanın hepsi ile alakalı politikalar geliştirmiş ve uygulamaya koymuştur. Müslüman çoğunlukta ülkelerde politika müdahalelerinde İslam dininin getirdiği kurallara bağlı politikalar geliştirilebilirken (Al-ansari, Thow, Day ve Conigrave, 2015), Türkiye'de politikaların oluşturulmasında ise öncelikle hukuk kuralları ile ortaya konulan kanunların etkili olduğu, bunun yanı sıra İslam dini de Türkiye'de alkol hareketliliğini etkileyen en önemli belirleyicilerinden olduğu söylenebilir (Aydemir, 2019; Mercan ve ark., 2017).

DSÖ (2018) yayınladığı 'Global status report on alcohol and health' adlı raporda 80 ülkenin, ulusal alkol politikalarına sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, yazılı bir ulusal alkol politikasının varlığı, milli gelir seviyeleriyle birlikte artış göstermektedir. 34 yüksek gelirli ülke (%67), 23 üst-orta gelirli ülke (%43), 18 düşük-orta gelirli ülke (%42) ve dört düşük gelirli ülkenin (%15) alkolle ilgili yazılı bir ulusal politikaya sahip olduğu görülmektedir. DSÖ Avrupa Ofisi tarafından 2010 yılında yayınlanan "European Status Report on Alcohol and Health" raporu, 1942 yılında Türkiye'de yayınlanan kanunu ulusal alkol politikası olarak nitelendirerek, Türkiye'yi ilk ulusal alkol politikası oluşturan devlet olarak ifade etmiştir. Fakat DSÖ'nün 2018 yayınladığı raporda ise Türkiye için herhangi ulusal alkol politikasına sahip olmadığı belirtilmektedir. Bu tarihler arasında en önemli farklardan birisi TAPDK'nın kapanması olduğu ifade edilebilir. TAPDK alkol politikasına ilişkin kısmi koordinasyon ve denetim faaliyetlerini yürüten özerk bir kurum iken 24.11.2017 tarihi ile kapanmış, yetkileri Tarım ve Orman Bakanlığı'na devredilmiştir.

Sonuç

Alkol tüketimi, bulaşıcı olmayan hastalıklar için en önemli bireysel risk faktörlerinden biridir ve ulusal ve uluslararası pek çok örgüt zararlı tüketimin önüne geçmek adına önerilerde bulunmaktadır. En kapsamlılarından birisi DSÖ tarafından önerilen alkolün zararlı kullanımını azaltmaya yönelik önerilen 10 hedef alandır. DSÖ, hedef alanların "Ulusal Alkol Politikası" kapsamında ele alınmasını ve koordinasyonun sağlanmasını vurgulamaktadır. Türkiye'de alkol politikasının, çok merkezli ve koordinasyonu zayıf bir şekilde yürütüldüğü, ulusal alkol politikası kapsamında değerlendirilemeyeceği ileri sürülebilir.

Hedef alanlar dikkate alındığında herhangi bir politika adımının atılmadığı maddelerin olduğu görülmek-

tedir. Örneğin görülme sıklığı her gün artan Fetal Alkol Sendromu için müdahale gerekliliği açıktır. Popova, Lange, Probst, Gmel ve Rehm (2017) tarafından yapılan bir meta analiz çalışması dünya çapında ortalama her 10.000 kişiden yaklaşık 15'inin Fetal Alkol Sendromuna sahip olacağını tahmin etmektedir. Çalışmada değerlendirilen veriler ışığında bir Fetal Alkol Sendromu sürveyans sistemi kurmaya acil ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Gebelik takibi süresince geliştirilecek politikalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Alkolün toplumsal alanlarda kullanımı ve toplumsal alanlara etkisi yönünde düzenleyici tedbirlerin alınması yönünde politika müdahalelerine ihtiyaç duyulduğu ifade edilebilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde zararlı alkol tüketimine yönelik bilinçlendirme, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması gerekmektedir.

Bunun yanında alkol kullanımının ölçümüne ilişkin birtakım düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu ifade edilebilir. Ögel (2004) tarafından İlk ve Ortaöğretim öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada İlk alkol içme yaşı ortalaması 11,6, içki içerek sarhoş olma yaşı ortalaması ise 11,9 olarak bulunmuştur. Bu noktada Dünya Sağlık Örgütü'nün alkolle alakalı vermiş olduğu +15 yaş sınırlı alkol tüketim verisi gerçeklikten uzak olarak değerlendirilebilir.

Türkiye'de alkol politikasının analizi adlı çalışmanın verileri ve değerlendirilmesi ışığında yapılabilecek diğer politika önerileri aşağıda verilmektedir;

- Ülkemizde alkol tüketiminin toplum sağlığı üzerine etkisini ortaya koyabilecek Türkiye geneli çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- DSÖ önerileri doğrultusunda ulusal alkol politika stratejisi başlığı altında politikaları birleştirerek izleme, değerlendirme ve ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonu yapacak bağımsız bir kuruluşun oluşturulması önerilmektedir.
- Yapılan alkol düzenleme ve politikaların etkili uygulanması gerekmektedir.
- Evde alkol üretimi ile alakalı olarak geliştirilecek politikalar üzerine çalışmalar yapılmalı 350 Litreye kadar alkol serbestisi gözden geçirilmelidir.
- Trafikte alkol kullanımı ile alakalı cezaların artırılması ve en yüksek promil seviyesinin 0.5' in altına düşürülmesi gerekmektedir.
- Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde alkolün zararlı kullanımı için tarama ve kısa müdahale girişimleri geliştirilmelidir.
- Alkol ve alkollü içkilerin görünürlüğü ve bulunurluğu azaltılmalıdır. Ekmek, süt, yağ gibi günlük ihtiyaçların satıldığı bakkal, market, büfe gibi işyerlerinde satışı engellenmelidir.

Kaynaklar

Al-ansari, B., Thow, A.M., Day C.A., Conigrave, K.M., (2015). Extent of alcohol prohibition in civil policy in Muslim majority countries: the impact of globalization, Society For the Study of Addiction, (111): 1703-1713

Alcoholic Anonymous. (2020). AA Meetings in Turkey, <https://alcoholics-anonymous.eu/meetings/?tsml-region=turkey> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 10.06.2020

Alcohol and Public Policy Group. (2010). Alcohol: No Ordinary Commodity- a summary of the second edition, Addiction, 105:769-779

Alkol ve Alkollü İçkiler Daire Başkanlığı. (2018). Alkollü İçki Dağıtım Yetkisini Haiz Firmalar (Üretici ve İthalatçı), <https://www.tarimorman.gov.tr/TADB/Menu/23/Alkol-Ve-Alkollu-Ickiler-Daire-Baskanligi> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 02.12.2019

Aydemir, N. (2019). 2014-2016 Yılları Arasındaki Etil Alkol Verilerinin İstatistiksel Olarak Retrospektif De-

ğerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bağımlılık Toksikolojisi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir

Babaoğlu, A.N., (1997), Uyuşturucu ve Tarihi, İstanbul: Kaynak Yayınları

Belediyecilik Kanunu (2005). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5393.pdf> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 23.12.2019 Madde: 13

Bowen, A.G., (2009). Document analysis as a qualitative research method. Qualitative Research Journal, 9 (2), 27-40.

Diyanet İşleri Başkanlığı. (2018a). Cuma Hutbesi 'Bağımlılık Bir Tuzaktır', <https://www.diyaret.gov.tr/tr-TR/Kisi/Baskan/11324/cuma-hutbesi-bagimlilik-bir-tuzaktir> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 18.12.2019

Diyanet İşleri Başkanlığı (2018b) Bağımlı Olma Huzurlu Ol Projesi, <https://tokat.diyaret.gov.tr/resadiye/sayfalar/contentdetail.aspx?MenuCategory=Kurumsal&ContentId=315> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 03.12.2019

Diyanet İşleri Başkanlığı. (2019). Gençlik ve Spor Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı arasında işbirliği protokolü imzalandı, <https://www.diyaret.gov.tr/tr-TR/Kurumsal/Detay/26173/genclik-ve-spor-bakanligi-ile-diyaret-isleri-baskanligi-arasinda-isbirligi-protokolu-imzalandi> Erişim Tarihi: 02.12.2019

EGM. (2019a). <https://www.icisleri.gov.tr/1-ocak-31-aralik-2018-yili-icerisinde-yurutulen-operasyonlar>, adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 03.12.2019

EGM. (2019b). <https://egm.gov.tr/alkol-denetimi-gerceklestirildi1>, adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 04.12.2019

EGM, (2020). <https://www.egm.gov.tr/kom/isbirligi-ihciyaci> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 05.06.2020

EMCDDA. (2007). Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık ile Mücadele 2007 Yılı Ulusal Raporu Erişim Tarihi: 13.06.2020 https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/942/NR2007Tureky_tr.pdf

Gaines L.K. (2003). "The Psycho pharmacology and Prevalance of Drugs", 2. Edition, Illinois: Wavel and Press, 50-86.

Godin, K, Stapleton, J, Kirkpatrick, S.I., Hanning, R.M., Leatherdale, S.T. (2015). Applying systematic review search methods to the grey literature: a case study examining guidelines for school-based break-fast programs in Canada. Systematic reviews, 4(1), 1-10.

Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu. (2007). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5607.pdf> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 01.12.2019

Medimagazin. (2019). Doktor, psikolog, öğretmen ve imam bağımlılıkla mücadele için buluştu, <http://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-doktor-psikolog-ogretmen-ve-imam-bagimlilikle-mucadele-icin-bulustu-11-681-80750.html> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 01.12.2019

Mercan, S., Önarar, Ö.İ., İlbak, A., Atasoy, H., Teloğlu, E.Ş., Torun, P., Hayran, O. (2017) Alkol Tüketim Kültürü ve Alkol Araştırmaları ile Alkol Kontrol Politikaları Konusunda Görüşler: Nitel Bir Araştırma, The Turkish Journal on Addictions, 5(3) 1-33

OECD. (2019). Health at a glance 2019: OECD indicators.

Ögel, K., Çorapçıoğlu A., Sır, A., Tamar, M., Tot Ş., Doğan O., Uğuz Ş., Yenilmez Ç., Bilici M., Tamar D., Liman O. (2004). Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı Türk Psikiyatri Dergisi 15(2):112-118

Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel G., Rehm J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis, Lancet Glob Health, 5: e290–e299

Resmi Gazete. (2002). Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4733.pdf adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 03.03.2022

Resmi Gazete. (2004) Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Yönetmeliği, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/09/20040914.htm adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 03.12.2019

Resmi Gazete. (2011). Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/12/20111228-7.htm adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 03.12.2019

Resmi Gazete. (2011b). Etil Alkol ve Metanolün Üretimi İle İç ve Dış Ticaretine İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik,https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15462&MevzuatTur=7&MevzuatTertip= 5 adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 03.12.2019

Resmi Gazete (2013). İspirto ve İspirtolu İçkiler İnhisarı Kanunu, https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.4250.pdf adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 03.12.2019

Resmi Gazete (2020). Karayolları Trafik Yönetmeliğinde Değişiklik yapılmasına Dair Yönetmelik, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/04/20150417-3.htm adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 14.05.2020

Resmi Gazete (2020). Motorlu Araçlar ve Römorkları ile Bunlar İçin Tasarlanan Aksam, Sistem ve Ayrı Teknik Ünitelerin Genel Güvenliği ve Korunmasız Karayolu Kullanıcılarının ve Yolcuların Korunması ile İlgili Tip Onayı Yönetmeliği, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/05/20200514-2.htm adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 14.05.2020

Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. (2008). Ulusal Alkol Kontrol Programı ve Eylem Planı Çalıştayı, http://www.sdplatform.com/Haberler/Haberler/408/Ulusal-Alkol-Kontrol-Programi-ve-Eylem-Planı-Calistayi.aspx adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 18.12.2019

Sözcü Gazetesi. (2019). https://www.sozcu.com.tr/2019/gundem/istanbulda-luks-mekanlara-sahte-ic-ki-operasyonu-5509501/ adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 18.12.2019

T.C. Anayasa. (1982). https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 03.12.2019

T.C. Anayasa. (1982). Kabahatler Kanunu, https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5326.pdf adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 03.12.2019

T.C. Cumhurbaşkanlığı. (2019). Bağımlılık ile Mücadele Genelgesi, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190214-12.pdf adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 03.12.2019

T.C. İçişleri Bakanlığı. (2019). 1 Ocak – 31 Aralık 2018 Yılı İçerisinde Yürütülen Operasyonlar https://www.icisleri.gov.tr/1-ocak-31-aralik-2018-yili-icerisinde-yurutulen-operasyonlar adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 02.12.2019

T.C. Maliye Bakanlığı. (2012). Özel Tüketim Vergisi Kanunu, https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4760.pdf adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 03.12.2019

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/ozellikli_hizmetler.php adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 02.12.2019

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı Ve Engelliler Daire Baş-

kanlığı. (2017). Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Home/GetDocument/547> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 02.12.2019

T.C. Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu. (2017). https://www.tarimorman.gov.tr/TADB/Belgeler/Faaliyet%20Raporlar%C4%B1/TAPDK_Faaliyet_2017.pdf adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 04.12.2019

TBMM (2020) Yazılı Soru Önergeleri Sonuç Formu, https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/yazili_sozlu_soru_sd.sorgu_yonlendirme adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 04.12.2019

Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu. (2013). Alkollü İçki Ambalajları Üzerine Konulacak Uyarı Mesajlarıyla İlgili Tebliğ, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130811-12.htm> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 02.12.2019

UNODC. (2003). Health Services, Education And Community Action - Preventing Drug Abuse In Turkey, https://www.unodc.org/pdf/gap_turkey_drug_abuse_report.pdf adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 02.12.2019

World Health Organization. (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, https://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 03.12.2019

World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and Health 2014, https://www.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf, adresinden elde edildi. Erişim: 11.09.2019

World Health Organization. (2018). Age limits- Alcohol service/sales by country, <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1144> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 01.12.2019

World Health Organization. (2018a). Global Status Report on Alcohol And Health 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 01.12.2019

World Health Organization. (2018c). Total (recorded+unrecorded) alcohol per capita (15+) consumption, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15-\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption) adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 01.12.2019

World Health Organization Europa. (2010). European Status Report on Alcohol and Health, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107285/e94533.pdf> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 02.12.2019

YEDAM, <http://www.yedam.org.tr/> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 02.12.2019

Yeşilay. (2019). Okulda Bağımlılığa Müdahale Programı <https://yesilay.org.tr/tr/haberler/okulda-bagimliliga-mudahale-obm-programi-sonuclari-umit-verdi> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 13.06.2020

Yeşilay, <https://www.yesilay.org.tr/tr> adresinden elde edildi. Erişim Tarihi: 02.12.2019.

Oturum 3 | Session 3



Oturum Başkanı | Session Chair

Dr. Öğr. Ü. Bilal Ak

TÜSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

COVID-19 Pandemisi Birinci Faz Sonunda Türkiye ve Estonya Ülkelerinin Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması

Rapid Systematic Review of Economic Assessment Studies Regarding COVID-19

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Aslan¹, Arş. Gör. Orhan Zengin²

¹Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Bandırma/Balıkesir/Türkiye

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı COVID-19 pandemisi birinci faz sonunda Türkiye ve Estonya ülkelerinde yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Pandemi ilan edildikten üç ay sonra EUROFOUND tarafından Avrupa ülkelerinde “Yaşamak, Çalışmak ve COVID-19 Anketi” çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Aynı anketin kullanım izni alınarak Türkiye’de uygulanmıştır. Karşılaştırma amacıyla Estonya’nın seçilmesinin nedeni; gayri safi yurt içi hasıladan sağlığa ayrılan payın, kişi başına sağlık harcamasının ve işsizlik oranının ülkeler arasında benzerlik göstermesidir. Estonya’ya ait veriler EUROFOUND ile yapılan bir protokol kapsamında temin edilmiş ve araştırma için etik kurul onayı alınmıştır. Veri analizinde Epi Info 7 istatistik programı kullanılmış, bütün analizlerde istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunlukları “One-Sample Kolmogorow-Smirnow Testi” bakılarak incelenmiş, normal dağılıma uygunluk durumlarına göre parametrik veya non-parametrik testler kullanılmıştır.

Bulgular: Her iki ülkede de katılımcıların büyük kısmının yükseköğretim mezunu ve çalışan bireylerden oluştuğu tespit edilmiştir. Estonya’da yaşayanların memnuniyet puan ortalamalarının (6,44), Türkiye’de (5,44) yaşayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Her iki ülkede de katılımcıların sağlık sistemine duydukları güven puan ortalamalarının yüksek olduğu ($>6,16$) tespit edilmiştir. Estonya’da yaşayan katılımcıların geleceklerine dair iyimserlik düzeyinin, Türkiye’de yaşayan katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Estonya’da yaşayan katılımcıların devlet kurumlarına duydukları güven ortalamasının (6,13 ($\pm 2,55$)), Türkiye’den yüksek olduğu (3,91 ($\pm 2,75$)) saptanmıştır.

Sonuç: Ülkelerin salgın hastalık dönemlerinde bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler hakkında bilgi sahibi olması geleceğe dair politikalar belirlemesi açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Yaşam kalitesi, COVID-19, pandemi.

Abstract

Aim: The aim of this study is to compare the quality of life of people's living in Turkey and Estonia at the end of the first phase of the COVID-19 pandemic.

Method: Three months after the pandemic was declared, the “Living, Working and COVID-19 Survey” was conducted online by EUROFOUND in European countries. The same questionnaire was applied in Turkey by permission to use. The reason to choose Estonia for comparison is that the share allocated to health from the gross domestic product, the per capita health expenditure, and the unemployment rate are similar between these two countries. Estonian data were obtained under a protocol with EUROFOUND and ethics committee approval was obtained. Epi Info 7 statistical program was used in data analysis and statistical significance was evaluated at $p < 0.05$ level in all analyzes. The conformity of the data to the normal distribution was examined using the “One-Sample Kolmogorow-Smirnow Test”, and parametric or non-parametric tests were used according to the conformity to the normal distribution.

Results: It has been determined that most of the participants in both countries are graduates of higher education and working people. It has been observed that the average satisfaction score of those living in Estonia (6.44) is higher than in Turkey (5.44). In both countries, it was determined that the average score of participants' trust in the health system was high (> 6.16). It was found that the level of optimism about the future of the participants living in Estonia was higher than in Turkey. It was determined that the average confidence level of the participants living in Estonia in government institutions ($6.13 (\pm 2.55)$) was higher than Turkey ($3.91 (\pm 2.75)$).

Conclusion: It is important for countries to have information about the factors affecting the quality of life of people during pandemics in terms of determining policies for the future.”

Keywords: Quality of life, COVID-19, pandemic.

Giriş

Aralık 2019'da Çin'de başlayan COVID-19 pandemisi, bütün dünyada hızla yayılarak çok sayıda kişinin hastalanmasına ve ölümüne neden olmuştur. Pandemi, bireylerin yaşam kalitesini çok yönüyle etkilemiştir. Yaşam kalitesinin üzerinde görüş birliğine varılmış standart bir tanımı bulunmamakla birlikte; “bireylerin, içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algıları” şeklinde tanımlanabilir (Kuyken ve Grup, 1995). Yaşam kalitesinin tanımı öznel yargılara odaklansa da, bazı yazarlar nesnel faktörlerin de yaşam kalitesine dahil edilmesi gerektiğini savunarak “fiziksel, maddi, sosyal ve duygusal refahın nesnel tanımlayıcılarını ve öznel değerlendirmelerini içeren, kişisel gelişimin ve amaçlı aktivitenin kapsamıyla birlikte genel bir iyilik hali” şeklinde tanımlamaktadır (Felce ve Perry, 1995). Yaşam kalitesi kavramı 1960'lı yıllardan itibaren tıp literatüründe tartışılmaya başlanmıştır (Elkinton, 1966). Toplumların ulaşmayı hedeflediği en önemli evrensel değerlerden biri olan yaşam kalitesi sağlık, çevre, uluslararası kalkınma ve politika gibi çok çeşitli alanları kapsamaktadır (Streimikiene, 2015). Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili boyutu, hastaların hastalığının ve tedavisinin günlük yaşamın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri üzerindeki etkisine ilişkin öznel algısına atıfta bulunan çok boyutlu bir kavram şeklinde tanımlanmaktadır (Bottomley ve diğ., 2019). Yaşam kalitesi, kültürel faktörlere, değerlere ve manevi unsurlara göre ülkeler arasında farklılıklar gösterebilmektedir (CDC, 2020). Çalışmalar yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir seviyesi, çalışma hayatı ve psikolojik durumun yaşam kalitesiyle ilişkilendirildiğini göstermektedir (Abbasi-Ghahramanloo, Baradaran, Sohrabi, Mansori ve Gholami, 2020). Araştırmalar genel olarak ileri yaş yetişkinlerin, kadınların, dul/boşanmış bireylerin, kronik hastalığı bulunanların, eğitim, gelir seviyesi ve iş doyumu düşük kişilerin ve boş zamanlarını etkin değerlendiremeyenlerin yaşam kalitesinin önemli ölçüde düşük olduğunu göstermektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

COVID-19 pandemisi sürecinde bireylerin yaşam kalitesinin düştüğü (Park, Kim, Yang, Lim ve Park, 2021; Samlani, Lemfadli, Errami, Oubaha ve Krati, 2020), genç yaş gruplarının yaşlılara nazaran daha düşük bir yaşam kalitesine sahip olduğu (Eurofound, 2020), hastalığın şiddeti ne kadar yüksekse yaşam memnuniyetinin o derece düşük olduğu saptanmıştır (Zhang ve Ma, 2020). Gelecekte ortaya çıkabilme ihtimali bulunan pandemilere hazırlık olmak amacıyla COVID-19'un yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin araştırılması önemlidir. Özellikle COVID-19 pandemisinde yaşanan dijital dönüşüm, sağlıkta eşitsizlikler, cinsiyet eşitsizliği, aile refahını etkileyen faktörler, yaşam kalitesinin bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi, ülke ekonomisinin sürdürülebilirliği, çevrenin korunması, insan hakları ve halk sağlığı düzenlemeleri, uluslararası işbirliği ve pandemi koşullarında pozitif yaşam kalitesinin sürdürülmesi konularının derinlemesine düşünülmesi gerektiği vurgulanmıştır (Shek, 2021). Bu çalışmada COVID-19 pandemisi birinci faz sonunda Türkiye ve Estonya ülkelerinde yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinin karşılaştırılması ve politika yapıcılara önerilerde bulunulması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntemler

Pandemi ortaya çıktıktan üç ay sonra Eurofound tarafından Avrupa ülkelerinde “Yaşamak, Çalışmak ve COVID-19 Anketi” çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Aynı anketin kullanım izni alınarak Türkiye’de uygulanmıştır. Karşılaştırma amacıyla Estonya’nın seçilmesinin nedeni; gayri safi yurt içi hasıladan sağlığa ayrılan payın, kişi başına sağlık harcamasının ve hanelere yapılan sosyal yardımların gayri safi yurt içi hasıla içerisindeki oranın ülkeler arasında benzerlik göstermesidir (Tablo 1). Estonya’ya ait veriler Eurofound ile yapılan bir protokol kapsamında temin edilmiş ve araştırma için etik kurul onayı alınmıştır (No. KY-23.09.2021/14). Veri analizinde Epi Info 7 istatistik programı kullanılmış, bütün analizlerde istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunlukları “One-Sample Kolmogorow-Smirnow Testi” bakılarak incelenmiş, normal dağılıma uygunluk durumlarına göre parametrik veya non-parametrik testler kullanılmıştır.

Tablo 1. Ülke Seçim Kriterleri

Ülkeler	GSYİH sağlığa ayrılan pay (%)*	Kişi başı sağlık harcaması (\$)*	Hanelere yapılan sosyal yardımların gayri safi yurt içi hasıla içindeki oranı (%)*
Estonya	6,8	2579	11,5
Türkiye	4,4	1337	9,7

*OECD (2019)

Bulgular

Bu bölümde katılımcıların yaşadıkları ülkeye göre dağılımı, sosyodemografik özellikleri ve yaşam kalitesi-ne göre değişkenlerin karşılaştırıldığı bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılanların yaşadıkları ülkelere göre dağılımı

Yaşanılan ülke	n	%
Türkiye	364	29,12
Estonya	886	70,88
Toplam	1250	100,0

Araştırmaya katılanların %70,88'inin Estonya'dan, %29,12'sinin Türkiye'den olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler			Yaşanılan Ülke		
			Türkiye	Estonya	Toplam
İş durumu	Çalışan	n	235	554	789
		%	64,6	63,2	63,6
	Çalışanları olan serbest meslek işyeri sahibi	n	13	21	34
		%	3,6	2,4	2,7
	Çalışanları olmayan serbest meslek sahibi	n	21	31	52
		%	5,8	3,5	4,2
	İşsiz	n	20	38	58
		%	5,5	4,3	4,7
	Uzun süreli hastalık veya sakatlık nedeniyle çalışmıyor	n	0	41	41
		%	0,0	4,7	3,3
	Emekli	n	13	140	153
		%	3,6	16,0	12,3
	Ev hanımı	n	21	31	52
		%	5,8	3,5	4,2
Eğitim seviyesi	İlköğretim	n	40	37	77
		%	11,3	4,4	6,5
	Ortaöğretim	n	70	272	342
		%	19,7	32,6	28,7
	Yükseköğretim	n	245	526	771
		%	69,0	63,0	64,8
	Toplam	n	355	835	1190
		%	100,0	100,0	100,0

Araştırmaya katılanların %63,6'sının çalışan ve %64,8'inin yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Ülkelerin Yaşam Kalitesi Değişkenlerine Göre Karşılaştırması (1 en düşük, 10 en yüksek)

Değişkenler		Yaşanılan Ülke		Toplam
		Türkiye	Estonya	
Memnuniyet durumu	n	364	883	1247
	Ort.	5,44	6,44	6,15
	ss	2,18	2,07	2,15
	t	7,649		
	p	0,000		
Sağlık sistemine güven	n	364	876	1240
	Ort.	6,16	6,81	6,62
	ss	2,63	2,40	2,48
	t	4,042		
	p	0,000		
Devlet kurumlarına güven	n	364	871	1235
	Ort.	3,91	6,13	5,47
	ss	2,75	2,55	2,80
	t	13.189		
	p	0,000		

Araştırmaya katılanların yaşadıkları ülkeye göre memnuniyet durumu, sağlık sistemine ve devlet kurumlarına güven puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Estonya'da yaşayanların memnuniyet puan ortalamalarının (6,44), Türkiye'de (5,44) yaşayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Türkiye'de yaşayanların sağlık sistemine duydukları güven puan ortalaması 6,16 ($\pm 2,63$) iken, Estonya'da yaşayan katılımcıların güven puan ortalamasının 6,81 ($\pm 2,40$) olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'den araştırmaya katılanların devlet kurumlarına güven puan ortalamasının (3,91 ($\pm 2,75$)) Estonya'da yaşayan katılımcılardan düşük olduğu (6,13 ($\pm 2,55$)) saptanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların Yaşadıkları Ülkeye Göre Gelecekleri Hakkında İyimser Olma Durumu

Değişkenler			Toplam		
			Türkiye	Estonya	Toplam
Geleceğim hakkında iyimserim	Kesinlikle Katılmıyorum	n	56	35	91
		%	15,4	4,0	7,4
	Katılmıyorum	n	69	87	156
		%	19,0	10,0	12,6
	Kararsızım	n	135	235	370
		%	37,1	26,9	29,9
	Katılıyorum	n	82	431	513
		%	22,5	49,4	41,5
	Kesinlikle Katılıyorum	n	22	84	106
		%	6,0	9,6	8,6
	Toplam	n	364	872	1236
		%	100,0	100,0	100,0

Ki-kare: 118,946 $p = 0,000$

Araştırmaya katılanların yaşadıkları ülkeye göre gelecekleri hakkında iyimser olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Genel toplamda katılımcıların %41,5'i gelecekleri hakkında iyimser olduklarını belirtmiştir. Estonya'da yaşayan katılımcıların geleceklerine dair iyimserlik

düzeyinin, Türkiye’de yaşayan katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tartışma

Araştırmaya katılanların yaşadıkları ülkeye göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, Estonya’da yaşayan bireylerin memnuniyet puan ortalamalarının (6,44), Türkiye’de (5,44) yaşayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 3). Çin’de pandeminin başlangıcında bireylerin yaşam memnuniyeti puan ortalamalarının 1 ile 5 arasında değerlendirdiği bir çalışmada, yaşam memnuniyeti puan ortalaması 3,22 (0,64) bulunmuştur (Zhang, Wang, Rauch ve Wei, 2020). Polonya’da yapılan bir çalışmada, yaşam memnuniyetinin yüksek olmasının daha düşük COVID-19 stresi ve daha düşük kaygı durumu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Trzebiński, Cabański ve Czarnecka, 2020). Norveç’te yapılan diğer bir çalışmada, adölesanların pandemi sonrası yaşam memnuniyetinin pandemi öncesi ölçümlere göre %16-21 arasında anlamlı bir düşüş gösterdiği tespit edilmiştir (Soest, Bakken, Pedersen ve Sletten, 2020).

Katılımcıların yaşadıkları ülkeye göre kişisel olarak sağlık sistemine güven durumuna verdikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Türkiye’de yaşayanların sağlık sistemine duydukları güven puan ortalaması 6,16 ($\pm 2,63$) iken, Estonya’da yaşayan katılımcıların güven puan ortalamasının 6,81 ($\pm 2,40$) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Van der Schee (2016) güveni, hastanın bakıma muhtaç olduğu hassas bir durumdayken kendisiyle ilgilenecek olan sağlık kurumlarına, sağlık hizmetlerinde çalışan meslek gruplarına veya bir bütün olarak sağlık sistemine inanması şeklinde ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerine güven, sağlık hizmeti sunucularını, sağlık profesyonellerini, geri ödeme kurumlarını kapsayan ve sağlık hizmetlerinde önemli rol oynayan unsurlardan biridir (Ozawa ve Walker, 2011). Halk, sağlık sistemine güven duyduğu ölçüde doktorunun tavsiyelerini uygular, tıbbi kayıtlarının güvenli bir şekilde muhafaza edileceğine inanır, halk olarak etkin sağlık politikalarının uygulandığına ve sağlık sisteminin bütün toplumun ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde yönetildiğine güvenir (Gille, Smith ve Mays, 2021). Yüksek düzeyde güven sağlık hizmet kalitesinin bir göstergesidir (Gopichandran ve Chetlapalli, 2013). Yüksek düzeyde güvenin iyileştirilmiş sağlık, düşük işlem maliyeti ve daha yüksek düzeyde sosyal uyum ile ilişkili olduğu (Gille ve diğ., 2021), sağlık sistemine güvenin hastalar arasındaki psikolojik sıkıntı riskini azalttığı (Ahnquist, Wamala ve Lindström, 2010), halkın güven düzeyinin sistem reformunun bir göstergesi olduğu belirtilmektedir (Abelson, Miller ve Giacobeni, 2009). Sağlık sistemine olan düşük güvenin kötü sağlık sonuçları ve sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı ile ilişkili olduğu görülmüştür (Radin, 2013; Mohseni ve Lindstrom, 2007). Bununla birlikte sağlık sisteminin performansının değerlendirilmesinde hastaların güven düzeyinin önemli olduğu (Gilson, 2003), bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının sisteme olan güvene bağlı olduğu belirtilmiştir (Anand ve Kutty, 2015). Çalışmalar sağlık hizmetlerinin kullanımı, önleyici tarama ve tıbbi önerilere uyum gibi sağlık davranışı sonuçlarında güvenin önemli bir rolü olduğunu göstermiştir (LaVeist, Isaac ve Williams, 2009; Musa vd., 2009). Koronavirüs pandemisi toplum üzerinde sağlık sistemine güven konusunda önemli bir tehdit olarak görülmüştür. Bu süreçte toplumun yaşadığı kaygı, belirsizlikler ve çelişkili durumlar bireylerin sağlık sistemine olan güven derecesini etkilemiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerine yetersiz erişimin olması, sağlık hizmet kalitesinin düşmesi, savunmasız ve dezavantajlı grupların bu hastalıktan daha fazla etkilenmesi sağlık sistemlerine duyulan güven üzerinde etkili olmuştur (Baker, 2020). Ermenistan’da yapılan bir çalışmada sağlık sistemine duyulan güven ile COVID-19 semptomlarına tedavi arama davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğu, sağlık sistemine olan yüksek güvenin COVID-19’un ilk belirtileri durumunda profesyonel tıbbi yardım arama olasılığını artırdığı tespit edilmiştir (Antinyan, Bassetti, Corazzini ve Pavesi, 2020). Norveç’te yapılan bir çalışmada katılımcıların %96’sı pandemi sürecinde sağlık profesyonellerine güvendiklerini belirtmiştir (Sætrevik, 2021). Pandemiden önce ülkemizde 18 yaş üstü 410 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada sağlık sistemine duyulan güvenin alt-orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Yeşiloğlu, 2020). Ankara’da 18-65 yaş arası okuryazar 493 yatan hasta üzerinde pandemiden bağımsız sağlık siste-

mine duyulan güvenin çok boyutlu olarak değerlendirildiği başka bir çalışmada hastaların sağlık hizmetlerine duydukları güvenin orta düzeyin üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Usta, 2016).

Araştırmaya katılanların yaşadıkları ülkeye göre devlet kurumlarına güven durumuna verdikleri puanların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Türkiye’den araştırmaya katılanların devlet kurumlarına güven puan ortalamasının ($3,91(\pm 2,75)$) Estonya’da yaşayan katılımcılardan düşük olduğu ($6,13(\pm 2,55)$) saptanmıştır (Tablo 3). Araştırmalar, daha yüksek güvenin, genel olarak COVID-19 pandemisinin başarılı bir şekilde kontrol altına alınması için daha fazla uyum (van Deth 2017; Goldstein ve Wiedemann, 2020; Murphy, Williamson, Sargeant ve McCarthy, 2020; Shanka ve Menebo, 2022) ve COVID-19 pandemisinde uygulanan sıkı politikaların daha yüksek etkinliği ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Chen, Rieger, Peng ve Wang, 2020). 20 Mart ile 22 Nisan 2020 tarihleri arasında 57 ülkeden 100.000’den fazla katılımcıyla, insanların hükümet tepkilerine ilişkin algılarının incelendiği bir araştırmanın sonuçları, ülkeler arasında büyük bir heterojenlik olduğunu göstermektedir. Pandemi tedbirlerinin daha hızlı, güçlü ve katı bir şekilde uygulanmasının ve daha az sayıda ölümün, hükümetlerin pandemiye ele almasına duyulan güvenle pozitif olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (Rieger ve Wang, 2022). Mart-Haziran 2020 tarihleri arasında Danimarka ve İsveç’te yürütülen çalışmalarda, Danimarkalıların hükümetlerine ve sağlık yetkililerine İsveçlilerden daha fazla güvendiği saptanmıştır (Nielsen ve Lindvall, 2021). Diğer yandan İtalya’dan yapılan bir araştırma, bölgesel sistemin performansına yönelik iyi bir değerlendirmenin ve güvenin, halkın virüse karşı güvende olduklarını algılamasını sağladığını ve kısıtlayıcı önlemlere bağlılığı azalttığını göstermiştir (Guglielmi ve diğ., 2020). Pandemi döneminde Amerika Birleşik Devletleri, halkın hükümete duyduğu güvenin en düşük seviyeleriyle karşı karşıya kalmıştır (Robinson ve diğ., 2021).

Katılımcıların yaşadıkları ülkeye göre gelecekleri hakkında iyimser olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Genel toplamda katılımcıların %41,5’i gelecekleri hakkında iyimser olduklarını belirtmiştir. Estonya’da yaşayan katılımcıların geleceklerine dair iyimserlik düzeyinin, Türkiye’de yaşayan katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Avustralya’da Nisan-Mayıs 2020 tarihleri arasında yapılan bir çalışmada, katılımcıların tahmini olarak %28,3’ü gelecek hakkında yüksek bir iyimserlik bildirmiştir (0: Hiç iyimser değil, 10: Aşırı derecede iyimser; puan ≥ 8) (Fisher ve diğ., 2020). Birleşik Krallık’ta yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada, COVID-19 ile enfekte olma riskinin yüksek olduğunu düşünen katılımcıların gelecek yılı düşünürken nispeten karamsar oldukları bulunmuştur (Asimakopoulou ve diğ., 2020).

Sonuç

Çalışma sonuçları pandemi döneminde halkın sağlık sistemine güven durumunun ülkeler arasında farklılıklar gösterdiğine işaret etmektedir. Her ülkenin pandemi sürecinde halkın güvenini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çalışmalar yapması ve geleceğe yönelik politikalar geliştirmesi önemlidir.

Kaynaklar

Abbasi-Ghahramanloo, A., Baradaran, H.R., Sohrabi, M., Mansori, K. & Gholami, A. (2020). Health related quality of life in patient with type 2 diabetes: the role of household food insecurity on latent class membership. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(4), 473-477. DOI: 10.1016/j.dsx.2020.04.035

Abelson, J., Miller, F.A. & Giacomini, M. (2009). What does it mean to trust a health system? A qualitative study of Canadian health care values. *Health Policy*, 91(1), 63-70.

Ahnquist, J., Wamala, S.P. & Lindström, M. (2010). What has trust in the health-care system got to do with psychological distress? Analyses from the national Swedish survey of public health. *Int J Qual Health Care*, 22(4), 250-258.

Anand, T.N. & V.R. Kutty. (2015). Development and testing of a scale to measure trust in the public healthcare system. *Indian Journal of Medical Ethics*, 12(3), 149-157.

Antinyan A, Bassetti T, Corazzini L. & Pavesi F. (2020). Trust in the healthcare system and COVID-19 treatment in the developing world. Survey and experimental evidence from Armenia. Ca'Foscari University of Venice Department of Economics Working Paper. ISSN: 1827-3580 No. 10/WP/2020.

Asimakopoulou, K., Hoorens, V., Speed, E., Coulson, N. S., Antoniszczak, D., Collyer, F., et al. (2020). Comparative optimism about infection and recovery from COVID-19; Implications for adherence with lockdown advice. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care And Health Policy*, 23(6), 1502-1511. DOI: 10.1111/hex.13134

Baker, D.W. (2020). Trust in health care in the time of COVID-19. *JAMA*, 234(23), 2373-2375.

Bottomley, A., Reijneveld, J.C., Koller, M., Flechtner, H., Tomaszewski, K.A. & Greimel, E. (2019). Current state of quality of life and patient-reported outcomes research. *European Journal of Cancer*, 121, 55-63. DOI: 10.1016/j.ejca.2019.08.016

Boylu, A.A. & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Journal of Academic Researches and Studies*, 8, 137-150.

Chen, D., Rieger, M. O., Peng, D. & Wang, M. (2020). Institutional and cultural determinants of proactivity and speed of government responses during the COVID-19 pandemic, Technical report, Working paper.

Elkinton JR. (1966). Medicine and the quality of life. *Ann Intern Med*, 64, 711-714.

Eurofound. (2020). Living, working and COVID-19. COVID-19 Series. Research Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2020/living-working-and-COVID-19/> Accessed Apr 5, 2022).

Felce D & Perry J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil*, 16, 51-74.

Fisher, J.R, Tran, T.D., Hammarberg, K., Sastry, J., Nguyen, H., Rowe, H., et al. (2020). Mental health of people in Australia in the first month of COVID-19 restrictions: A national survey. *Med J*, 213(10), 458-464. DOI: 10.5694/mja2.50831.

Gille, F., S. Smith & N. Mays. (2021). What is public trust in the healthcare system? A New Conceptual Framework Developed From Qualitative Data in England. *Social Theory & Health*, 19, 1-20.

Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Soc Sci Med*, 56(7), 1453-1468.

Goldstein, D.A.N., & Wiedemann, J. (2020). Who do you trust? The consequences of political and social trust for public responsiveness to COVID-19 orders. Special Issue Article. Published by Cambridge University Press on behalf of the American Political Science Association DOI: 10.2139/ssrn.3580547.

Gopichandran, V. & Chetlapalli, S.K. (2013). Factors influencing trust in doctors: A community segmentation strategy for quality improvement in healthcare. *BMJ Open*, 3(12), e004115.

Trzebiński, J., Cabański, M. & Czarnecka, J.Z. (2020). Reaction to the COVID-19 pandemic: The influence of meaning in life, life satisfaction, and assumptions on world orderliness and positivity, *Journal of Loss and Trauma*, 25(6-7), 544-557. DOI: 10.1080/15325024.2020.1765098

Nielsen, J.H. & Lindvall, J. (2021) Trust in government in Sweden and Denmark during the COVID-19 epidemic, *West European Politics*, 44(5-6), 1180-1204, DOI: 10.1080/01402382.2021.1909964

Murphy, K., Williamson, H., Sargeant, E. & McCarthy, M. (2020). Why people comply with COVID-19 social distancing restrictions: Self-interest or duty? *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 53(4),

477-496, DOI: 10.1177/0004865820954484

Kuyken, W. & Group, T.W. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41:1403-1409.

LaVeist, T.A., Isaac, L.A. & Williams, K.P. (2009). Mistrust of health care organizations is associated with underutilization of health services. *Health Serv Res*, 44(6), 2093-2105.

Mohseni, M. & Lindstrom, M. (2007). Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population based study. *Soc Sci Med*, 64(7), 1373-1383.

Ozawa, S. & Walker, D. G. (2011). Comparison of trust in public vs private health care providers in rural Cambodia. *Health Policy and Planning*, 26, 20-29.

Park, K-H, Kim, A-R, Yang, M-A, Lim, S-J. & Park J-H (2021) Impact of the COVID-19 pandemic on the lifestyle, mental health, and quality of life of adults in South Korea. *PLoS ONE*, 16(2), e0247970. DOI: 10.1371/journal.pone.0247970

Radin, D. (2013). Does corruption undermine trust in health care? Results from public opinion polls in Croatia. *Soc Sci Med*, 98, 46-53.

Rieger, M.O. & Wang, M. Trust in government actions during the COVID-19 crisis. *Soc Indic Res*, 159, 967-989 (2022). DOI:10.1007/s11205-021-02772-x

Robinson, S., Gupta, K., Ripberger, J., Ross, J., Fox, A., Jenkins-Smith, H., et al. (2021). Trust in government agencies in the time of COVID-19 (Elements in Public and Nonprofit Administration). Cambridge: Cambridge University Press. DOI: 10.1017/9781108961400.

Guglielmi, S., Sani, G.M.D., Molteni, F., Biolcati, F., Chiesi, A.M., Ladini, R., et al. (2020). Public acceptability of containment measures during the COVID-19 pandemic in Italy: How institutional confidence and specific political support matter. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40 (9/10), 1069-1085, DOI: 10.1108/IJSSP-07-2020-0342.

Sætrevik, B. (2021). Realistic expectations and pro-social behavioural intentions to the early phase of the COVID-19 pandemic in the Norwegian population. *Collabra: Psychology*, 7(1), 18698.

Samlani, Z., Lemfadli, Y., Errami, A.A., Oubaha, S. & Krati, K. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and well-being in Morocco. *Arch Community Med Public Health*, 6, 130-134. DOI: 10.20944/preprints202006.0287.v1

Shanka, M.S. & Menebo, M.M. (2022). When and how trust in government leads to compliance with COVID-19 Precautionary Measures. *Journal of Business Research*, 139, 1275-1283.

Shek, D.T.L. (2021). COVID-19 and quality of life: Twelve reflections. *Applied Research Quality Life*, 16, 1-11. DOI: 10.1007/s11482-020-09898-z

Soest, T.V., Bakken, A., Pedersen, W. & Sletten, M.A. (2020). Life satisfaction among adolescents before and during the COVID-19 pandemic. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 16, 140(10). English, Norwegian. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0437.

Streimikiene, D. (2015). Quality of life and housing. *International Journal of Information and Education Technology*, 5, 2, 140-145. DOI: 10.7763/IJiet.2015.V5.491.

Usta, D. (2016). Hastaların Sağlık Bakım Sistemlerine Duydukları Güven. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Van Der Schee, E. (2016). Public trust in health care: Exploring the mechanisms, NIVEL, Utrecht.

van Deth, J. W. (2017). Compliance, trust and norms of citizenship. In Zmerli, S., & van der Meer, T. W. G. (eds.), Handbook on Political Trust. Edward Elgar Publishing, chapter 13 (pp. 212–227).

Rieger, M.O. & Wang, M. (2022). Trust in government actions during the COVID-19 crisis. Soc Indic Res, 159, 967-989. DOI: 10.1007/s11205-021-02772-x

Yeşiloğlu, H.H. (2020). Sağlık Hizmetleri ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Güven. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Karabük Üniversitesi, Karabük.

Zhang Y. & Ma ZF. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in liaoning province, China: A cross-sectional study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(7), 2381. DOI: 10.3390/ijerph17072381

Zhang, S. X., Wang, Y., Rauch, A. & Wei, F. (2020). Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. Psychiatry research, 288, 112958. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112958

Uzun Süreli Çalışma Saatine İlişkin Yöneticilerin Duygu Düşünce ve Deneyimlerinin Belirlenmesi: Nitel Çalışma

Determination of Emotional Thoughts and Experiences Regarding Long-Term Working Hours: Qualitative Study

Aynur Yazıcı Sorucuoğlu¹, Hem. Neslihan Okatan¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi

Özet

Amaç: Bu çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde yönetici olarak görev yapan birim sorumlularının 24 saat aralıksız çalışmaya yönelik duygu düşünce ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Ankara’ da hizmet veren eğitim ve araştırma hastanesinde gören yapan birim sorumluları oluşturmaktadır. Araştırmada görüşmeyi kabul eden 19 birim sorumlusu ile yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır. Görüşme formunda katılımcılara uzun süreli çalışma saatleriyle ilgili duygu, düşünce, deneyimler sorulmuştur. Bu çalışmada, görüşme metni tekrarlı okumalardan sonra genel bir çerçeve içinde ve literatür çerçevesinde kodlanmıştır. Elde edilen veriler içerik analizi tekniği kullanılarak analiz edilmiştir. Bulgulara araştırmacıların yorumları da eklenmiştir. Bu yolla araştırmanın “Betimleme”, “Analiz” ve “Yorumlama” basamakları oluşturulmuştur. Ayrıca, araştırma bulgularının iç-güvenirliğini ve geçerliğini artırmak amacıyla katılımcı görüşlerinden alıntılar yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 42.94 ‘ dür. Katılımcıların % 68’ si hemşire, % 16’ sı i ebe, % 16’sı ise sağlık memurudur. Katılımcıların % 90’nı bayan, %10’ u ise erkektir. Ortalama kıdem yılları 22,84 ‘ dür. % 70 ‘i lisans mezunu, % 30’ u yüksek lisans mezunudur. % 95’ i evli, % 5 ‘ i ise bekardır. Ortalama çocuk sayısı 1,68’ dir. Katılımcıların % 100 ‘ ü yaptıkları işi sevdikleri, % 70 kanıta dayalı uygulamaları takip ettiği, % 30 ‘u kısmen kanıta dayalı uygulamaları takip ettiğini ifade etmiştir.

Sonuç olarak uzun süreli çalışma saatlerinin yorgunluğu, dikkatsizliği ve tükenmişliği artırdığını çalışan sayısı yeterli olduğu zamanlarda 24 saat kesintisiz çalışmanın bölünmesinin daha uygun olacağı ifade edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Uzun süreli çalışma saati, yönetici, deneyim.

Abstract

Aim: This study was carried out to determine the feelings, thoughts and experiences of the unit responsible, who work as a manager in a training and research hospital, towards working 24 hours a day.

Method: The universe of the research consists of the unit responsible who see it in the training and research hospital serving in Ankara. In the research, data were collected by face-to-face interviews with 19 unit managers who agreed to be interviewed using a semi-structured interview form. In the interview form, the participants were asked about their feelings, thoughts and experiences about long-term working hours. In this study, the interview text was coded in a general framework and within the framework of the literature after repeated readings. The obtained data were analyzed using the content analysis technique. The researchers’ comments were also included in the findings. In this way, the “Description”, “Analysis” and “Interpretation” steps of the research were formed. In addition, in order to increase the internal-reliability and validity of the research findings, citations were made from the participants’ views.

Results: The average age of the participants was 42.94. 68% of the participants are nurses, 16% are midwives and 16% are health officers. 90% of the participants are female and 10% are male. Average years of seniority is 22.84. 70% of them have a bachelor's degree and 30% have a master's degree. 95% of them are married and 5% of them are single. The average number of children is 1.68. 100% of the participants stated that they liked their work, 70% followed evidence-based practices, and 30% stated that they followed partially evidence-based practices.

As a result, it has been stated that long-term working hours increase fatigue, inattention and burnout, and it would be more appropriate to divide 24-hour uninterrupted work when the number of employees is sufficient.

Keywords: Long working hours, manager, experience.

Giriş

Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmetleri 24 saat kesintisiz verilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti veren hastaneler haftada 7 gün 24 saat vardiya veya nöbet sistemiyle çalışılan kurumlardır (Ünaldı ve Çakıroğlu, 2016). Hastanelerde halka kesintisiz, etkin, dengeli ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunulabilmesi için hizmet kullanıcıları talebinin zamanında karşılanması, aşırı yığılmaların önlenmesi, mesai saatleri dışında uzman düzeyinde sağlık hizmeti verilmesi, dışarıya sevklerin asgariye indirilmesi, yüksek maliyetli yatırımlar gerektiren röntgen, MR, tomografi gibi ileri teknoloji ünitelerinin atıl durumdan kurtarılarak daha verimli çalıştırılması ve nitelikli sağlık çalışanlarından optimum düzeyde yararlanmak amacıyla vardiya sistemi uygulanmaktadır (Ozvurmaz ve Öncü, 2018; Ünaldı ve Çakıroğlu, 2016).

Vardiyalı çalışma sistemi, özellikle yirmi dört saat çalışmayı gerektiren kurumlarda bir iş günü boyunca bir grup çalışanın başka bir grup çalışanla değişimini ve genellikle çalışanların şiftlerine başladıkları zamanı (gündüz, akşam, gece), bu şiftler arasındaki dönüşümü, şift uzunluğunu ve bu şiftlerin kalıcı veya geçici olup olmadığını ifade eder (Toros ve Aslan, 2021).

Hemşirelik, bilimsel, teknolojik, sosyal ve kültürel değişimlerle kendini yenileyen, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, tedavisi ve rehabilitasyon hizmetlerinden sorumlu bir meslek alanı olup 24 saat çalışmayı gerektiren bir sağlık disiplini. (Nahcivan, 2013; Ertuğrul ve Rezaki, 2004).

13/01/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin çalışma düzeni ve saatleri ile ilgili 38. maddesinde; Hastane baştabipleri, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması amacıyla personel sayısını da dikkate alarak vardiya ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir denmektedir (saglik.gov.tr 10.02.2022). Hemşirelerin çalışma koşullarının bir bileşeni olan gece çalışması nöbet olarak tanımlanmaktadır. Gündüz mesaisinin dışında ülke genelinde çoğunlukla nöbet saatleri 16-08 ve 08-08 yani 24 saat olarak belirlenmiştir (Çalık, Aktaş, Bulut ve Anahar, 2015).

Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (ILO) 149 Sayılı ‘Hemşirelik Personeli Antlaşması’na ait 157 sayılı tavsiye kararının 33. Maddesinin 1. bendinde çalışma saatlerinin 8 saat olması gerektiği, 2. bendinde ise ‘Fazla mesai de dahil olmak üzere bir çalışma gününün 12 saati aşmaması gerektiği vurgulanmıştır (ilo.org 2022).

Uzayan çalışma saatlerinin hemşirelerin sağlığı ve hasta sonuçları üzerindeki olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu etkiler hemşirelerin uyku ve klinik karar verme süreçlerini etkilemektedir. Vücut sıcaklığını, hormon seviyelerini, kan basıncını ve uyku düzenini korumaya yardımcı olan sirkadiyen ritmi bozmaktadır (Caruso 2014, Haus ve Smolensky, 2006; Geiger-Brown, Trinkoff, ve Rogers, 2011). Uykusuz kalma veya uyku hali kişinin performansını, hafızasını, zeka kapasitesini, hareket sistemini ve davranışlarını olumsuz etkilemektedir (Humm, 1996). Bununla birlikte hemşirelerde anksiyete, huzursuzluk, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma gibi sorunlara neden olmaktadır (Kunaviktikul, Wichaikhum, Nantsupawat, Nantsu-

pawat, Chontawan ve Klunklin, 2015; Kubo, Maruyama, Shirane, Otomo, Matsumoto ve Oyama, 2008)

Uzun çalışma saati dikkat dağınıklığı, konsantre olamama ve yüksek potansiyel hatalara neden olmaktadır (Aştı ve Kıvanç, 2003). Bunlar beraberinde tıbbi hataları getirmektedir. Hasta güvenliği açısından tıbbi hatalar büyük önem arz etmektedir. Tıbbi hataların ortaya çıkması durumunda tedavinin uzaması, yatış süresinin artması, sakatlık ve komplikasyonların oluşmasıyla kuruma, hastaya, hasta yakınına ve sağlık sistemine mali açıdan olumsuz etkileri olmaktadır (Güleç, 2014). Günde 16 saatten uzun çalışan hemşirelerin, advers olayları algılama olasılığı 8 saat çalışan hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur (Kunaviktikul ve diğ. 2015).

Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı'nın 2014 yılında uzun çalışma saatlerinin sağlık sektöründe çalışanlar için olumsuz etkilerini vurguladığı raporunda hemşirelerin 8 saati aşan uzun çalışma saatlerinin delici kesici alet yaralanması ve iğne batması oranlarını artırdığı belirtilmektedir (Jong, Bos, Pawlowska-Cyprysiak, Hildt-Ciupinska, Malinska, Nicolescu ve Trifu, 2014).

Beyin ve vücudun uykuya ihtiyaç duyduğu bir sırada kendini uyanık kalmaya zorlamak, işyerindeki görevi yerine getirmeye ve sürekli zinde kalmaya çalışmanın yarattığı anksiyete ve stres şiddete uğrama olasılığını artırabilmektedir (Yıldız ,Gedikli ve Küçükbiçer, 2012).

Avrupa, İngiltere ve Amerika'da yapılan büyük ölçekli uluslararası çalışmalar hemşirelerin 12 saat ve daha uzun shiftlerde çalıştıkları ve bunun düşük kalitede hemşirelik bakımı ve hasta güvenliği ile ilişkili problemlere neden olduğu belirtilmektedir (Griffiths, Dall'Ora, Simon, Ball, Lindqvist ve Rafferty, 2014; Stimpfel ve Aiken, 2013).

Hemşirelerin güvenli ve yüksek kalitede hemşirelik bakımını sunabilmek için hastalara dair anlık değişimleri gözlemlerken tetikte olmaları, bilgileri hızlı bir şekilde analiz etmeleri, zamanında müdahale etmeleri gerekir (Stimpfel, Lake, Barton, Gorman ve Aiken, 2013). Bunun için hemşirenin tam bir iyilik halinde olması gerekir. Ancak 24 saat kesintisiz nöbet, hemşirelerin fiziksel ve ruhsal iyilik halini olumsuz etkileyerek hemşirelik hizmet kalitesini düşürmektedir.

Nöbet olarak adlandırılan sistemde, 8 saati oldukça aşan bir süre ve çok sayıda hastaya, çok sayıda ve çeşitlilikte uygulamadan sorumlu olan bir hemşirenin, bir izleminde eksiklik olması, hastanın zarar görmesine, hastaya yararlı olanın yapılmamasına ve aynı zamanda hastanın hak ettiği bakımın verilmemesine yol açabilir (thder.org.tr, 2022). Uzun çalışma saatleri hasta tanımlama hataları, basınç ülserleri, iletişim hataları ve hasta şikayetleri gibi sorunlara neden olmaktadır (Kunaviktikul ve diğ. 2015).

Uzun çalışma saati ile sadece işlerin bitmesine yoğunlaşan, azalan dikkat ve azalan duyarlılığı nedeniyle hastanın gereksinimlerini algılamada yetersiz kalan hemşire; hasta bireyi bilgilendirmede, kendine yapılacaklar konusunda bireyin onamını alma ve karar verme süreçlerine katılımını sağlamada yetersiz kalmaktadır. Böyle bir durum, hastanın eksik bilgi, bilgisizlik nedeniyle, bekli de bir yanlış anlama nedeniyle gereksiz acı çekerek zarar görmesine yol açarken, aynı zamanda yararlılık, özerklik ve adalet, hakkaniyet ilkelerinin de ihlali ile sonuçlanmaktadır (thder.org.tr, 2022).

Shift uzunluğunun azaltılması uyku kalitesinin geri kazanılması, stres düzeyinin, hafıza sorunlarının ve yorgunluğun azalması da dahil olmak üzere çalışanların sağlık ve zindeliğine katkıda bulunmuştur (Gyllens-ten, Andersson ve Muller, 2017).

Uzun çalışma saatlerinin hem hastaya hem de çalışanlara olumsuz etkileri mevcuttur. Bu etkileri azaltmak için hastanemizde hafta içi mesai saatlerinde 24 saat kesintisiz çalışma uygulanmamaktadır. Bu amaçla birim sorumlusu olarak görev yapan yöneticilerin uzun süreli çalışmaya ilişkin duygu, düşünce ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın evrenini Ankara’ da hizmet veren eğitim ve araştırma hastanesinde gören yapan birim sorumluları oluşturmaktadır. Araştırmada görüşmeyi kabul eden 19 birim sorumlusu ile yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır. Görüşme formunda katılımcılara uzun süreli çalışma saatleriyle ilgili duygu, düşünce, deneyimler sorulmuştur. Bu çalışmada, görüşme metni tekrarlı okumalardan sonra genel bir çerçeve içinde ve literatür çerçevesinde kodlanmıştır. Elde edilen veriler içerik analizi tekniği kullanılarak analiz edilmiştir. Bulgulara araştırmacıların yorumları da eklenmiştir. Bu yolla araştırmanın “Betimleme”, “Analiz” ve “Yorumlama” basamakları oluşturulmuştur. Ayrıca, araştırma bulgularının iç-güvenirliğini ve geçerliğini artırmak amacıyla katılımcı görüşlerinden alıntılar yapılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 42.94’tür. Katılımcıların % 68’si hemşire, % 16’sı ebe, %16’sı ise sağlık memurudur. Katılımcıların % 90’nı bayan, %10’u ise erkektir. Ortalama kıdem yılları 22,84’tür. %70’i lisans mezunu, % 30’u yüksek lisans mezunudur. %95’i evli, %5’i ise bekaardır. Ortalama çocuk sayısı 1,68’dir. Katılımcıların % 100’ü yaptıkları işi sevdikleri, %70 kanıta dayalı uygulamaları takip ettiği, % 30’u kısmen kanıta dayalı uygulamaları takip ettiğini ifade etmiştir.

Uzun Süre Çalışmamanın Olumlu Etkileri

Daha dikkatli çalışma, yorgun olmama, İşini Daha İyi Yapma

K1) 24 saat çalışma saatinin bölünmesi personelin dinlenme ve konsantrasyon düzeyini artırıcı etkisi vardır.

K8) Hafta içi 24 saat mesailerin kaldırılması, çalışanların daha farkındalıkla , daha düzenli çalışmasına yardımcı oldu.

Uzun Süre Çalışmanın Olumsuz Etkileri

Dikkatsizlik, yorgunluk, uykusuzluk, tahammülsüzlük, tükenmişlik, hizmet Kalitesinin Düşmesi, hata yapma oranının artması, çalışana ve hastasına zarar verme riski, depresyon, kaygı bozukluğu, mutsuz ve verimsiz çalışanlar,

K2) Zorunlu ve acil haller dışında 24 saat nöbetin hasta ve çalışan açısından verimli olmadığını düşünüyorum. Çalışan dikkatsizlik , yorgunluk, uykusuzluk , tahammülsüzlük ve tükenmişlik yaşaması çok olasıdır. Bu da hem hastanın tedavisi ve bakımını hem de çalışanın fiziksel ruhsal sağlığını olumsuz etkiler.

K4) Hizmet kalitesi, dikkat, sağlık açısından kesintisiz nöbetin uygun olmadığını düşünüyorum.

K6) 24 sat kesintisiz çalışma uygulamasının kalkması konusunda çok doğru bir karar verildiğini düşünüyorum. 17 yıllık mesleki yaşantımda 24 saat nöbet tutmak zorunda kaldığım zamanlarda bu süre içerisindeki hizmetlerimde hasta ve hasta yakınlarına karşı sabrımın tükendiğini, dikkatimin dağıldığını, yanlış bir uygulama yapmama konusunda tekrar tekrar kontrol ettiğimi ve nöbet çıkışlarında en az iki gün kendime gelmeyip, aynı zamanda çocuklarıma evime, ve eşime gereken sorumluluklarını yerine getiremeyip ve bir de bu konuda kendime yüklendiğim için hayattan hiçbir haz alamıyordum. İşimin kalitesiz olduğunu düşünüyordum. Uygulamanın kaldırılmış olmasına çok sevinmiş olmalıyım, bilimsel olarak yaklaşılması Ayrıca çok takdir ettiğim bir yaklaşımdır.

K7) Sağlık alanında meslek sahibi olma haftanın 7 günü 7/ 24 iş yerinde olma ve çalışma gerektirmektedir. Bu da bireylerin hem sorumlulukları olan iş hayatı ve özel yaşamlarını koordineli bir şekilde yürütme kaygısı yaşatmaktadır. Buna bağlı olarak kişiler ve kurumlar iş devamlılığı çalışan istekleri doğrultusunda alternatifler geliştirmektedir. Bunlar arasında 24 saat kesintisiz mesai en yoğun talep gören uygulama-

lardan olmaktadır. Yetersiz personel durumunda kurumda iş devamlılığı yılın her günü ve saati mesaisi olma durumu olan, çalışan içinde daha az işe gelerek mesaisini tamamlama içinde daha az işe gelerek mesaisini tamamlama ve özel yaşamına zaman ayırma olanağı yaratmaktadır. Ancak yapılan iş ve yüklenilen sorumluluk insan hayatı olunca hata yapma ve zarar verme lüksü yoktur. Uzun süre uykusuz kalma, olumsuz olaylar ve uyaranlar bireylerin fiziksel olarak dikkat dağılmasına, hata yapma oranının artması ve hastaya – kendine zarar verme potansiyelini artırmaktadır. 24 saatlik kesintisiz mesai psikolojik olarak ta (uykusuzluk, yorgunluk) depresyon, huzursuzluk, kaygı bozukluğu ve benzeri sorunlara neden olarak aile, arkadaş ve hastalarıyla olan iletişimlerinde sorun çıkmasına neden olur. Bu olaylar birbirlerini zincirleme olarak tetikleyeceğinden mutsuz ve verimsiz bireyler, buna bağlı olarak da bakımda ve sunumda yetersiz bir kurum görüntüsü oluşturmaktadır. Bu meslekte özellikle hemşirelikte çoğunluğun kadın olması ve kadına düşen eş, anne, hemşirelik üç sorumlulukla başetme yöntemi olarak uzun süreli mesai tercih etme yoluna gitmektedir. Kurumda çalışan sayısı yeterli olduğu zaman fazla mesailer çok olmayacağından çalışanlarda daha kısa süreli mesailerin daha avantajlı ve daha az yorucu olduğu kanısayacaktır.

K10) Hemşirelerin 24 saat aralıksız süre ile aktif olarak çalışmasının doğru olduğunu düşünmüyorum. Bu yüzden dolayısı ile 24 saat mesainin kalkmasının hasta güvenliği açısından malpraktislerin engellenmesi açısından çok doğru bir karar olduğunu düşünüyorum. 24 saatlik mesailerde dikkat dağınıklığının, hoşgörüsüzlüğün, yorgunluğun, arttığını düşünüyorum. Bununda hemşireleri tükenmişliğe sürüklediğini düşünüyorum

K11) 24 saatlik çalışma süresi mesleğimiz için uzun bir süreydi. Çalışma süresinin haftalık 40 saatinde uzun bir süre olduğunu düşünüyorum.

K12) İnsan hayatı emanet edilen bir meslek grubu mensubu olarak bakım kalitesinin yüksek olması açısından 24 saatlik çalışma saatlerinin çok uzun olduğunu düşünüyorum.

K14) Hafta içi mesai saatlerinde 24 saat kesintisiz çalışma dikkat dağınıklığı yapacağı ve hasta bakım kalitesini düşüreceği için, hemşire sağlığı açısından uygun olmadığını düşünüyorum. 24 saat çalışma sistemi her zaman için kendim için ve meslektaşlarım için tasvip etmediğim bir çalışma şeklidir.

K16) Yeterli eleman sayısı ve covid süreci olmasa tabii ki hafta içi 24 kesintisiz saat çalışmak istemeyiz. Ama bu şartlar da motivasyonumuz düşükte olsa çalışmak zorunda kaldık.

Uzun Süre Çalışmanın Olumlu Etkileri

Nöbet aralıkların daha uzun olması, hastaneye daha az gelme

K3) Mesai saatlerinin 24 saat olması hemşirelerin daha dinlenerek mesaiye gelmesini sağlamaktadır.

K4) Aylık mesai saatini doldururken 24 saat kesintisiz nöbet tutulduğunda hastaneye gelme gün saati daha az olduğu için nöbet tutmak cazip gelebilir. Daha az geldiği için aileme daha fazla vakit ayırabiliyordum.

K9) Ameliyathanede 24 saat daha uygun mesai sonuna doğru başlayan vakaların nöbetçi ekip tarafından başlatılması, nöbet saatinde ekip değişikliğine gidilmesi gerek olmuyor.

K13) Vardiyalı çalışmayı sistemini şahsen insancıl bulmuyorum. 24 saat kesintisiz çalışma sisteminin ve zorlukları olmasına karşın izin ve dinlenme ve iş hayatı dışı aktiviteler için makul süreler tanımaktadır.

K18) 24 saat kesintisiz çalışma her ne kadar yorucu olsa da çalışanların özellikle pandemi döneminde hastaneye az gelmek için isteyebilmektedirler. 24 sat çalışma listesi yapmak daha kolay ve birisi hastalandığında yerine birisi bulmak daha kolaydır.

Tartışma

Hemşireler mesleki yaşamları süresince, vardiyalı ve nöbetli çalışma sisteminin getirdiği zorluklarla mücadele etmektedir. Çalışmamızda yönetici hemşireler 24 saat gibi uzun çalışma saatlerinin dikkatsizlik, yorgunluk, uykusuzluk, tahammülsüzlük, hizmet kalitesinin düşmesi, hata yapma oranının artması, çalışana ve hastasına zarar verme riski, fiziksel ve ruhsal sıkıntılar gibi birden fazla olumsuz etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Uzun saatler çalışarak, biyolojik ritmi bozulan, yorgun, uykusuz bir hemşire; görevini yapmaya çalışırken hem hasta bakımında yetersiz kalmakta hem de kendi güvenliğini olumsuz etkilemektedir. Yorgunluk ve beraberinde dikkat dağınıklığı, çalışanlar açısından, büyük ölçüde, kesici-delici alet yaralanmaları ile sonuçlanmaktadır. Çalışmamızda 24 saatlik mesailerde dikkat dağınıklığının arttığını düşünüyorum(K10, K6) görüşü yer almaktadır. Rogers, Hwang, Scott ve Aiken (2004) ile Olds ve Clarke (2010) uzun çalışma saatlerinde hatalı tıbbi uygulamaların, ilaç hatalarının ve iğne uçlarıyla ilgili kazaların 8 saatlik bir çalışmaya göre daha fazla arttığını bildirdikleri çalışmaları bu görüşü destekler niteliktedir. Ayrıca bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da 12,5 saat süren vardiyada çalışan hemşirelerin hata yapma riski, 8,5 saat çalışan hemşirelere göre 3 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Hemşirelerin yaralanma riski, çalışma süresinin ilk saatinde düşükken, 2. ve 5. saatinde yükselmekte, 8. saatten sonra gözle görünür şekilde artmaktadır (Türk Hemşireler Derneği [THD], Ursavaş ve Ege, 2004; Yıldızan ve diğ. 2012) Yine çalışmamızdaki 24 saat nöbet tutmak zorunda kaldığım zamanlarda dikkatimin dağıldığını, yanlış bir uygulama yapmama konusunda tekrar tekrar kontrol ediyorum görüşünü; on iki saatlik gece shiftinde çalışan hemşirelerin hata yapma konusunda endişe duyduklarını belirten bir başka araştırma desteklemektedir (Banakhar, 2017; Clendonve Gibbons, 2015).24 saat çalışma saatinin bölünmesi personelin konsantrasyon düzeyini artırıcı etkisi vardır görüşü (K1) ise bahsi geçen hataların önlenmesi açısından anlamlı ve destekler niteliktedir.

Uyku sürecinde bozulma bilişsel süreçlerde azalmaya, kişinin tepki verebilmesi için daha çok zamana ihtiyaç duymasına ve koordinasyonunun azalmasına neden olur. Çalışmamızda hafta içi 24 saat mesailerin kaldırılması, çalışanların daha farkında ve daha düzenli çalışmasına yardımcı olur görüşü yer almaktadır (K8)Yapılan çalışmalarda gece boyu süren uykusuzluk hali ile dikkat azalması ve bilişsel işlevlerdeki performansın düşmesi arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır. (THD 2012; Seki ve Yamazaki, 2006; Rogers ve diğ. 2004).

Beyin ve vücudun uykuya ihtiyaç duyduğu bir sırada kendini uyanık kalmaya zorlamak, işyerindeki görevi yerine getirmeye ve sürekli zinde kalmaya çalışmanın yarattığı anksiyete ve stres şiddete uğrama olasılığını artırabilmektedir (Yıldız ve diğ. 2012). Yirmi dört saat nöbet tutmak zorunda kaldığım zamanlarda bu süre içerisindeki hizmetlerimde hasta ve hasta yakınlarına karşı sabrımın tükendiğini düşünüyorum görüşü (K6). ve 24 saatlik mesailerde, hoşgörümün azaldığını düşünüyorum görüşü (K10) bu durumu desteklemektedir. Kunaviktikul ve diğerleri (2015) yaptıkları çalışmada shift sürelerinin uzamasıyla, iletişim hataları ve hasta şikayetleri gibi hasta sonuçlarının arttığını tespit etmişlerdir.

Hemşirelerin güvenli ve yüksek kalitede hemşirelik bakımını sunabilmek için hastalara dair anlık değişimleri gözlemlerken tetikte olmaları, bilgileri hızlı bir şekilde analiz etmeleri, zamanında müdahale etmeleri gerekir (Stimpfel ve diğ.2013). Bunun için hemşirenin tam bir iyilik halinde olması gerekir. Ancak 24 saat kesintisiz nöbet, hemşirelerin fiziksel ve ruhsal iyilik halini olumsuz etkileyerek hemşirelik hizmet kalitesini düşürmektedir. Avrupa, İngiltere ve Amerika'da yapılan büyük ölçekli uluslararası çalışmalar hemşirelerin 12 saat ve daha uzun shiftlerde çalıştıkları ve bunun düşük kalitede hemşirelik bakımı ve hasta güvenliği ile ilişkili problemlere neden olduğu belirtilmektedir (Stimpfel ve diğ. 2013). Chellappa, Morris ve Scheer (2019) çalışmalarında sürekli gece shiftinde çalışanlarında, özellikle 11 saatlik planlanmış uyanıklıktan sonra, sürdürülebilir dikkat, bilgi işleme ve görsel motor performansı ile ilişkili görevlerde performansın düştüğünü belirtmişlerdir. Çalışmamızda da 24 saat nöbet tutmak zorunda kaldığım zamanlarda işimin kalitesiz olduğunu düşünüyorum görüşü ile hafta içi mesai saatlerinde 24 saat kesintisiz çalışma dikkat

dağınıklığı yaparak, hasta bakım kalitesini düşüreceği görüşleri (K14, K12) diğer çalışmalarını destekler niteliktedir. Yine Çalışmamızda hafta içi 24 saat mesailerin kaldırılması, çalışanların daha farkında ve daha düzenli çalışmasına yardımcı olur (K8) görüşü kaliteli hizmet sunumu açısından anlamlıdır.

Uzun çalışma saatlerinin önemli sonuçlarından biri aile ve sosyal ilişkiler üzerine olan etkileridir. Bu şekilde çalışan bireyler, kendileri için önemli olan diğer kişilerle iletişimlerini azaldığı için sosyal izolasyona maruz kalmakta, aile ve arkadaş çevrelerinden uzaklaşmakta, sosyal ve aile içi rollerini yerine getirmekte güçlük yaşamaktadırlar. Nöbet çıkışlarında en az iki gün kendime gelemeyip, aynı zamanda çocuklarıma evime ve eşime gereken sorumluluklarını yerine getiremeyip ve bir de bu konuda kendime yüklediğim için hayattan hiçbir haz alamıyordum(K6) görüşü bu durumu destekler niteliktedir.

Uzun çalışma saati dikkat dağınıklığı, konsantre olamama ile yüksek potansiyel hatalara neden olmaktadır (Aştı ve Kivanç 2003). Çalışmamızda 24 saat nöbet tutmak zorunda kaldığım zamanlarda yanlış bir uygulama yapmama konusunda tekrar tekrar kontrol ediyorum (K6) 24 saat mesainin kalkmasının hasta güvenliği ve malpraktislerin engellenmesi açısından çok doğru bir karar olduğunu düşünüyorum görüşü yer almaktadır (K10). Kunaviktikül ve diğerleri (2015) yaptıkları çalışmada günde 16 saatten uzun çalışan hemşirelerin, advers olayları algılama olasılığı 8 saat çalışan hemşirelere göre daha düşük bulunmuştur.

Uzun çalışma, hemşirelerin çalışma planında yer alan ve hemşirelik literatüründe yaygın olarak belirtilen bir konudur (Keller, Berryman ve Lukes, 2009). Özellikle hastane ortamlarında personel eksikliklerini veya hasta yoğunluğunu karşılamak için giderek daha fazla kullanılan bir yönetim aracı olmaktadır (Stimpfel ve diğ. 2012). On iki saatlik shiftlerin fazla dinlenme günü ve uygunluğu nedeniyle bazı hemşireler tarafından tercih edildiği belirtilmektedir (Stone, Du, Cowell, Amsterdam, Helfrich ve Linn, 2006). Bu bağlamda Çalışmamızda da 24 saat nöbet tutulduğunda hastaneye gelme gününün daha az olduğu (K4), iş hayatı dışı aktiviteler için makul süreler tanıdığı (K13) ve 24 saat çalışma listesi yapmanın daha kolay olduğu görüşleri de bulunmaktadır.

Çalışma sonuçlarımızın, 24 saat nöbet usulu çalışmanın, dikkat eksikliği, yorgunluk, tahammülsüzlük, tükenmişlik, hizmet kalitesinin düşmesi, hata yapma oranının artması, çalışana ve hastasına zarar verme riski, fiziksel ve ruhsal sıkıntılar gibi birden fazla olumsuz etkiye yol açtığını bildiren diğer çalışma sonuçları ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Hemşirelik 24 saat hizmet vermeyi gerektiren bir disiplindir. Bakım hizmetinin temelini oluşturan hemşireler uzun vardiya süreleri ve farklı çalışma çizelgeleri ile çalışmak zorunda kalmaktadırlar. Bakım hizmetini güvenli ve yüksek kalitede sunabilmelerini etkileyen faktörlerden biri çalışma koşullarıdır. Çalışma sonuçlarımız ve yapılan çalışmalarda uzun çalışma saatlerinin hemşire üzerinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkileri olduğu gibi, hizmeti alan açısından da olumsuz etkisi olduğu ortaya konulmuştur. Bu olumsuz etkileri azaltmak ya da en aza indirmek çalışma koşullarının rasyonel bir şekilde düzenlenmesi ile mümkündür. Uzun çalışma saatlerinin sebep olduğu sorunların doğru tanımlanması amacıyla yaptığımız bu çalışma sonucunda elde edilen verilere göre;

- Hastane yöneticileri ve hemşire yöneticilerin hemşirelerin çalışma çizelgelerinde shift uzunluklarını 12 saati aşmayacak şekilde düzenlemesi,
- Çalışma saatleriyle ilgili farklı hastanelerde de çalışmaların yapılması,
- Sağlık Bakanlığı tarafından uzun süreli çalışmayı önleyici mevzuatların yapılması,
- Shift uzunluğunun 12 saati aştığı durumlarda kısa süreli uyku molaları verilmesi önerilmektedir.

Sınırlılıklar

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Yapılan çalışma yalnızca tek bir eğitim ve araştırma hastanesine ilişkin bulguları yansıtmaktadır. Çalışmaya katılan yöneticiler yalnızca sağlık bakım hizmetleri müdürlüğüne bağlı birim sorumlularından oluşmaktadır.

Kaynaklar

Aştı T, Kıvanç M. (2003). Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. Atatürk Üniversitesi H.Y.O. Dergisi. 6: 14-19

Banakhar M. (2017). The impact of 12-hour shifts on nurses' health, wellbeing, and jobsatisfaction: A systematic review. Journal of Nursing Education Practice, 7(11): 69-83.

Caruso CC. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. Rehabilitation Nursing Journal, 39(1): 16-25.

Chellappa SL, Morris CJ, Scheer F. (2019). Effects of circadian misalignment on cognition in chronic shiftworkers. Scientific Report, 9(1):699.

Clendon J, Gibbons V. (2015). 12 h shifts and rates of error among nurses: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 52(7): 1231-42.

Çalık KY, Aktaş S, Bulut HK, Anahar EÖ. (2015) Vardiyalı ve nöbet sistemi şeklindeki çalışma düzeninin hemşireler üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi; 2(1): 33-45.

Haus E, Smolensky M. (2006). Biological clocks and shift work: Circadian dysregulation and potential long-term effects. Cancer Causes Control; 17(4): 489-500.

Humm, C. (1996). The relationship between night duty tolerance and personality. Nursing Standard. 10 (51): 34-39.

Ertuğrul A. , Rezaki M. (2004). Uygunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri, Türk Psikiyatri Dergisi 15(4): 300-308.

Geiger-Brown J, Trinkoff A, Rogers VE. (2011). The impact of work schedules, home, and work demands on self-reported sleep in registered nurses. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 53(3):303-7.

Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty AM, et al. (2014). Nurses' shift length and overtime working in 12 european countries: The association with perceived quality of care and patient safety. Medical Care, 52(11): 975-81.

Güleç, H. D. (2014). Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler . Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 30 (1): 1-18 .

Günaydın, N. (2014). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi. Journal Of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 5(1)

Gyllensten K, Andersson G, Muller H. (2017). Experiences of reduced work hours for nurses and assistant nurses at a surgical department: A qualitative study. BMC Nursing, 16:16 <https://www.saglik.gov.tr/TR,10518/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi-son-degisiklerle-beraber.html> (Erişim:10.02.2022)

ILO. Nursing personnel convention no. 149. International Labour Office, Geneva. (2005). https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C149 Erişim Tarihi: 05.02.2022

Jong TD, Bos E, Pawlowska-Cyprysiak K, Hildt-Ciupinska K, Malinska M, Nicolescu G, Trifu A. (2014). Current and emerging occupational safety and health (OSH) issues in the healthcare sector, including home

and community care.

Keller SM, Berryman P, Lukes E. (2009). Effects of extendedworkshiftsandshiftwork on patientsafety, productivity, andemployeehealth. AmericanAssociation of Occupational Health Nurses, 57(12): 497-504.

Kubo T, Maruyama T, Shirane K, Otomo H, Matsumoto T, Oyama I. (2008). Anxiety about starting three shift work among female workers: findings from the female shift-workers' health study. J UOEH; 1(30): 1- 10.

Kunaviktikul W, Wichaikhum O, Nantsupawat A, Nantsupawat R, Chontawan R, Klunklin A, et al. (2015). Nurses' extended work hours: Patient, nurse and organizational outcomes. International Nursing Review;62(3):386-93

Nahcivan, N. (2013). Sağlık Bakım Sistemi. T. Atabek Aşti, A. Karadağ (Edt.). Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı 1, içinde (s. 37-57). İstanbul: Akademi Yayınları.

Olds DM, Clarke SP. (2010). Theeffect of workhours on adverseeventsanderrors in healthcare. Journal of safety research, 41(2): 153-162.

Ozvurmaz, S., & Öncü, A. Z. (2018). Vardiyalı ve nöbet sistemi şeklinde çalışma düzeninin hemşireler üzerine etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(1): 39-46.

Peker, A, Karagöz, S. (2014). Vardiya sistemiyle çalışan hemşirelerin dikkat düzeyleri. Toplum ve Hekim, 29(2): 140-149.

Rogers A, Hwang W, Scott L, Aiken L, Dinges D. (2004). Theworkinghours of hospital staff nurse sand patient safety. HealthAffairs, 23(4): 202.

Seki Y, Yamazaki Y. (2006). Effects of workingconditions on intravenousmedicationerrors in a Japanese hospital. Journal of Nursing Management, 14: 128-139.

Stimpfel AW, Lake ET, Barton S, Gorman KC, Aiken LH. (2013). How differing shift lengths relate to quality outcomes in pediatrics. The Journal of Nursing Administration, 43(2): 95-100.

Stimpfel AW, Aiken LH. (2013). Hospital staff nurses' shift length associated with safety and quality of care. Journal of Nursing Care Quality, 28(2):122-9.

Stimpfel AW, Sloane DM, Aiken LH. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. Health Affairs, 31(11): 2501-9.

Stone PW, Du Y, Cowell R, Amsterdam N. (2006) Helfrich TA, Linn RW, et al. Comparison of nurse, system and quality patient care out comes in 8-hour and 12-hour shifts. Medical Care, 1099-106.

THD (Türk Hemşireler Derneği). 7 gün-24 saat / hasta başında Türkiye'de hemşirelerin çalışma koşulları. <https://www.thder.org.tr/vardiyali-uzun-sure-fazla-calisma-ve-etkileri> (Erişim 11.02.2022)

Toros E, Aslan, M. (2021). Uzun Çalışma Saatlerinin Hemşirelerin Dikkat, Yorgunluk Ve Uyku Kalitesine Etkisi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Ursavaş A, Ege E. (2004). Uyku Apne Sendromu ve Trafik Kazaları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(1): 37-41.

Ünaldı N, Çakıroğlu O. (2016). Vardiyalı-Nöbet Usulü Çalışma Düzeninin Hemşirelerin Sağlığı ve İş Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. 1. sayı. 2. Uluslararası İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Kongresi.

Yıldız AN, Gedikli FG, Küçükbiçer B. (2012). Vardiyalı çalışmalarda iş sağlığı ve güvenliği konuları. Ankara: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayını, Aydoğdu Ofset.

Türkiye’de 11. Kalkınma Planı, Orta Vadeli Program ve Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Dönemi Stratejik Planının Kamu Sağlık Politikaları Açısından Stratejik Planlama Modeli Kapsamında Analizi

Analysis of the 11th Development Plan, Medium-Term Program and Ministry of Health Strategic Plan for 2019-2023 Period in Turkey in terms of Public Health Policies within the Scope of Strategic Planning Model

Dr. M. Serdar Erbaş

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi

Özet

Kamu politikası, devletin yapmayı ya da yapmamayı seçtiği şeyler olarak tanımlanabilmektedir. Kamu politikası yasal olarak yetkili kurum ve kurullar ile çalışanlar ve paydaşlar tarafından belirlenmektedir. Kamu sağlık politikası, diğer kamu politikalarını da etkileyen önemli bir kamu politikası alanıdır. Türkiye’de, Cumhurbaşkanlığı sisteminin uygulanması ile birlikte Cumhurbaşkanı sağlık politikaları da dahil olmak üzere kamu politikalarının belirlenmesinde, üst karar verici makam olmuştur. 2018 yılında yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Cumhurbaşkanlığı Politika Kurulları oluşturulmuş, Gıda ve Sağlık Politikaları Kurulu sağlık politikalarının belirlenmesinde Cumhurbaşkanına yardımcı olmak üzere yetkilendirilmiş ve görevlendirilmiştir. 2018 yılında Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsünün çalışması düzenlenmiş, Sağlık Politikaları Bilim Kurulu adıyla bir bilim kurulu oluşturulmuştur. Kamu sağlık politikalarının belirlendiği üst politika belgeleri olarak ise 2019-2023 yıllarını kapsayan On Birinci Kalkınma Planı, Sağlık Bakanlığı 2019-2023 dönemi Stratejik Planı, 2021-2023 Arası Orta Vadeli Program Yeni Ekonomi Programı önem taşımaktadır. Kamu sağlık politikaları, sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insan gücü, sağlık endüstrisi, halk sağlığı, sağlık turizmi politikalarını içermekte küresel sağlık politikalarından etkilenmektedir. Bu çalışmada, Türkiye’de kamu sağlık politikalarının belirlendiği üst politika belgelerinde sağlık politikasına ilişkin amaçlar ve performans hedefleri ile göstergelerini ortaya koymak ve kamu sağlık politikalarını bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmek ve politikaların uygulanmasının Sağlık Bakanlığı faaliyet rapor ve performans programı üzerinden açıklanması amaçlanmıştır. Çalışmada, doküman/literatür taraması ve derleme yöntemi kullanılmıştır. Kamu politikası karar verme modellerinden Eklemeli Modelde, her yeni politikayı mevcut politikalara ilave edilen yeni bir değişken olarak değerlendirilmekte, Ussal Model ise her politika tercihinin maliyet ve faydaları açısından optimal seçim olması gerektiğini belirtmekte, Stratejik Planlama Modeli ise çevresel değişkenlere hassas, dışa dönük bir yaklaşımla politika kararları üzerinde durmaktadır. Çalışmada, Stratejik Planlama Modeli üzerinden Türkiye kamu sağlık politikaları ele alınmıştır. Üst kamu politika belgelerinde belirlenen kamu sağlık politikaları açıklanarak uygulanma sürecine ilişkin olarak 2021 yılı Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu ile 2022 yılı Performans Programı birlikte değerlendirilmiş kamu sağlık politikalarının belirlenmesi ve uygulanması süreci analiz edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planının bir politika belgesi olmasının yanı sıra Kalkınma Planı gibi üst düzey politika belgelerinde ortaya konan kamu sağlık politikalarının somutlaştırılmasında, uygulanmasında ve izlenmesinde faaliyet raporu ve performans programları ile birlikte etkili bir araç olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Kamu sağlık politikası, stratejik planlama modeli, on birinci kalkınma planı, Sağlık Ba-

kanlığı 2019-2023 stratejik planı.

Abstract

Public policy can be defined as what the state chooses to do or not to do. Public policy is determined by legally authorized institutions and boards, employees and stakeholders. Public health policy is an important public policy area that also affects other public policies. In Turkey, with the implementation of the Presidential system, the President has been the supreme decision-making authority in the determination of public policies, including health policies. With the Presidential Decree No. 1 on the Presidential Organization published in 2018, Presidential Policy Boards were established, and the Food and Health Policy Board was authorized and assigned to assist the President in determining health policies. In 2018, the study of the Health Policies Institute of Turkey was organized and a scientific committee was established under the name of Health Policies Science Board. As the top policy documents in which public health policies are determined, the Eleventh Development Plan covering the years 2019-2023, the Strategic Plan of the Ministry of Health for the period 2019-2023, the Medium Term Program between 2021-2023, the New Economy Program are important. Public health policies include health management, health economics and financing, health services delivery, health manpower, health industry, public health, health tourism policies and are affected by global health policies. In this study, it is aimed to reveal the health policy objectives, performance targets and indicators in the top policy documents in which public health policies are determined in Turkey, to evaluate public health policies with a holistic approach and to explain the implementation of policies through the Ministry of Health activity report and performance program. In the study, document/literature scanning and compilation method was used. In the Additive Model, one of the public policy decision-making models, each new policy is evaluated as a new variable added to the existing policies, the Rational Model states that each policy choice should be the optimal choice in terms of costs and benefits, while the Strategic Planning Model considers policy with an outward-looking approach that is sensitive to environmental variables. on its decisions. In the study, Turkey's public health policies were discussed through the Strategic Planning Model. By explaining the public health policies determined in the top public policy documents, the 2021 Ministry of Health Activity Report and the 2022 Performance Program were evaluated together regarding the implementation process, and the process of determining and implementing public health policies was analysed. It has been concluded that the Strategic Plan of the Ministry of Health is a policy document, as well as an effective tool in embodying, implementation and monitoring of public health policies set forth in high-level policy documents such as the Development Plan, together with the annual report and performance programs.

Keywords: Public health policy, strategic planning model, eleventh development plan, Ministry of Health 2019-2023 strategic plan.

Giriş

10/07/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (CBK) ile Cumhurbaşkanlığı Politika Kurulları oluşturulmuştur (1 sayılı CBK, 20. Madde). Türkiye’de, Cumhurbaşkanlığı sisteminin uygulanması ile birlikte Cumhurbaşkanı sağlık politikaları da dahil olmak üzere kamu politikalarının belirlenmesinde, üst karar verici makam olmuştur. Tabii ki Cumhurbaşkanı’na kamu politikalarının belirlenmesi ve uygulanmasında, yüksek istişare kurulu, bakanlar kurulu, yeni oluşturulan ofisler ve politika kurulları yardımcı olmaktadır (Hebepçi, 2020: 2). Türkiye’de 1 nolu CBK ile Gıda ve Sağlık Politikaları Kurulu oluşturulmuştur.

Politika kurulları politika oluşturma sürecinde temelde üç görevi yerine getirmektedir. İlk olarak, politika belirleme öncesinde bilgi toplama ve resmi-gayri resmi politika aktörleriyle görüş alışverişinde bulunarak detaylı bilgi toplamaktır. İkincisi ise danışmanlık görevidir. Üçüncüsü ise değerlendirme ve geri bildirim

görevleridir. Politika kurulları bu kapsamda cumhurbaşkanı tarafından belirlenen politikaların bakanlıklar ve diğer kamu kurum ve kuruluşları tarafından ne derecede uygulandığı noktasında izleme ve politika analizleri yaparak veya yaptırarak cumhurbaşkanına bu konuda rapor vermektir. Kamu politika kurullarının bu süreçte küresel ve yerel ölçekte gelişmeleri takip etmeleri önem taşımaktadır (Akıncı, 2018: 2140-2141).

2019-2023 yıllarını kapsayan 11. Kalkınma Planında kamu politikası ile ilgili olarak; “Üretim ve verimliliğin artırılması için güçlü ve somut kamu politikalarıyla özel kesim ile yakın iş birliği ve koordinasyon mekanizmalarının tasarlanmasına önem verilmiştir” (11. Kalkınma Planı: 55) ve “kamu politikaları ve düzenlemelerinde şeffaflık, istikrar, güvenilirlik ve öngörülebilirlik sağlanması” (11. Kalkınma Planı: 63) hususları belirtilmiştir. On Birinci Kalkınma Planında Sağlık politikası ile ilgili olarak ise “Sağlık Hizmetlerinin Gelişen Teknolojiye Bağlı Olarak Yeniden Kurgulanması” başlığı altında;

- Sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimlerine olan ilginin artmasıyla sağlık hizmetleri, hekim ve hizmet sunucu odaklı olmaktan kullanıcı tercihleri odaklı bir yapıya evrilmektedir.
- Sağlık bilimlerinin gelişimiyle biyoteknolojik ürün ve bireyselleştirilmiş ilaçlar gelişmekte, vücut değerlerini ölçen deri altı çipler, akıllı saatler ve bileklikler gibi giyilebilir sağlık teknolojilerinin çeşitlenmesi ve kitlesel kullanımlarının yaygınlaşması beklenmektedir.
- Nüfusun yaşlanması ile bulaşıcı olmayan ve kronik hastalıkların hastalık yükü içindeki ağırlığının artması, sağlık hizmeti sunum ihtiyaçlarını değiştirmekte, finansal yükler artmakta, akılcı ilaç ve tedavi kullanımı daha önemli hale gelmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde fiyat ve kalite olarak daha cazip ülkeler hakkında bilgiye erişimin artması ve ulaşımın kolaylaşmasıyla sağlık turizmi sektörünün büyümesi beklenmektedir.” Hususları belirtilmiştir (11. Kalkınma Planı: 9).

29 Mart 2018 tarihli ve 30375 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsünün Yapılanması ve Faaliyetlerinin Yürütülmesine Dair Yönetmelik ile Türkiye Sağlık politikaları Enstitüsünün çalışması düzenlenmiş, Sağlık Politikaları Bilim Kurulu adıyla 1 (bir) Bilim Kurulu oluşturulmuş, Enstitü bünyesinde;

- a) Sağlık Yönetimi Politikaları Birimi.
- b) Sağlık Ekonomisi ve Finansmanı Politikaları Birimi.
- c) Sağlık Hizmetleri Sunumu Politikaları Birimi.
- ç) Sağlık İnsan Gücü Politikaları Birimi.
- d) Halk Sağlığı Politikaları Birimi.
- e) Sağlık Endüstrisi Politikaları Birimi.
- f) Küresel Sağlık Politikaları Birimi.
- g) Sağlık Turizmi Politikaları Birimi.
- ğ) Ar-Ge, Proje, Eğitim ve Destek Birimi kurulabileceği belirtilmiştir (TÜSEB, 2018).

Planlama faaliyetinin kendisi makro nitelikli ve perspektifli bir kamu politikasıdır. Klasik kamu politikası analizi, devletin faaliyetlerinin kamusal karar mekanizmalarında somutlaştığını ifade etmektedir. Bir kamu politikası kararı, siyasal olan ile ekonomik ve teknik gerçeklik ile siyaset, kamu politikaları ve kamu yönetimi arasında uyumsuzlukların çözümü demektir. Kamusal karar aynı zamanda bir iktidar konusu olup pek çok disiplinin ortak noktasıdır (Çiner, 2020: 16, 19, 20). Kamu politikalarının oluşturulmasında meşru yetkilinin öncelikle seçimleri ve meşruiyeti temsil etmesi anlamında siyasal iktidar olduğu kabul edilmek-

le birlikte bu süreçte kamu yönetiminin, kurumlarının ve çalışanlarının uzmanlık bilgisine başvurulması önem taşımaktadır.

Türkiye'nin sağlık politikalarının stratejik yönetim yaklaşımıyla değerlendirilmesi önemlidir. Özellikle rekabete dayalı anlayışın hâkim hale gelmesi, özel kuruluşlar olduğu kadar kamu kuruluşlarını da etkilemektedir. Dolayısıyla kurumlar hem rekabet avantajı elde edebilmek hem de kurumsal varlığını devam ettirebilmek için yeni yöntemlere ihtiyaç duymaktadırlar. Bunların başında stratejik yönetim anlayışı gelmektedir. Kamu kurumlarında stratejik yönetim anlayışının gelişmesiyle birlikte yeni politikalara ve yeni stratejilere ihtiyaç duyulmakta olup kamu sağlık politikaları bunun en güzel örneğidir (Karataş ve Avcı, 2018: 308).

Kamu sağlık politikası, diğer kamu politikalarını da etkileyen önemli bir kamu politikası alanıdır. Kamu sağlık politikalarının belirlendiği üst politika belgeleri olarak ise 2019-2023 yıllarını kapsayan On Birinci Kalkınma Planı, Sağlık Bakanlığı 2019-2023 dönemi Stratejik Planı, 2021-2023 Arası Orta Vadeli Program Yeni Ekonomi Programı önem taşımaktadır. Kamu sağlık politikaları, sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insan gücü, sağlık endüstrisi, halk sağlığı, sağlık turizmi politikalarını içermekte küresel sağlık politikalarından etkilenmektedir. Bu çalışmada, Türkiye'de kamu sağlık politikalarının belirlendiği üst politika belgelerinde sağlık politikasına ilişkin amaçlar ve performans hedefleri ile göstergelerini ortaya koymak ve kamu sağlık politikalarını bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmek ve politikaların uygulanmasının Sağlık Bakanlığı faaliyet rapor ve performans programı üzerinden açıklanması amaçlanmıştır. Çalışmada, doküman/literatür taraması ve derleme yöntemi kullanılmıştır. Kamu politikası karar verme modellerinden Stratejik Planlama Modeli, çevresel değişkenlere hassas, dışa dönük bir yaklaşımla politika kararları üzerinde durmaktadır. Çalışmada, Stratejik Planlama Modeli üzerinden Türkiye kamu sağlık politikaları ele alınmış, kamu sağlık politikalarının belirlenmesi ve uygulanması süreci analiz edilmiştir.

Kamu Politikası, Sağlık Politikası ve Sağlık Yönetimi Politikası Kavramsal Çerçeve

Sağlık politikaları, kamu politikalarının bir bölümünü oluşturmakta olup diğer politikaları da derinden etkilemesi yönüyle özenle ele alınması gerekmektedir.

Kamu Politikası, Kamu Sağlık Politikası Tanımı

Kamu politikası, devletin yapmayı ya da yapmamayı seçtiği şeyler olarak açıklanmaktadır (Sarica, 2008:15). İngilizce “policy” kelimesinin Türkçe karşılığı olarak “yürütülen politika” ya da “yönelti” veya “siyasa” kelimelerinin kullanıldığı olmaktadır. Kamu politikasını oluşturanlar, kamu politikalarının oluşturulmasında yasal olarak yetkili birimler ile bu birimlerin yetkili çalışanlarıdır. Kamu politikalarının oluşması süreci ve gündemin belirlenmesinde çevre ve paydaşlar da etkilidir (Ergun, 2015: 303-312). Her devletin savunma politikası, sağlık politikası, eğitim politikası, mali ve sanayi politikaları, dış politikası, imar ve konut politikası gibi alanlarda kamu politikaları mevcuttur (Çevik ve Demirci, 2015: 27-37). İşte bu noktada kamu sağlık politikası, kamu politikaları arasında en önemli bir kamu politikası alanı olarak öne çıkmaktadır.

Sağlık politikası, sağlık politikacılarının topluma sunacağı sağlık hizmetinin amaç, yöntem ve içerik olarak düzenlenmesini, alternatifler arasından güncel veriler dikkate alınarak çevre koşullarını gözetererek karar vermesini ve toplum yararına politik hedefler belirleme ve açıklamasını kapsamaktadır. Sağlık sisteminin kurumlarını, kuruluşlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen tüm uygulamaları kapsamakta, sağlık üzerinde etkisi olan kamu, özel ve sivil toplum kuruluşlarının faaliyetlerini içermektedir. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra, sağlık üzerinde etkisi olan çevresel ve sosyo-ekonomik unsurları da değerlendirmektedir (Kumbasar, 2016:28).

Örneğin Türkiye örneğinde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çok önemli bir sağlık politika belgesi olup başarı ile uygulanmıştır. Sağlık politikası alanında da sağlık yönetimi politikası sağlık politikalarının belirlenmesi ve başarı ile uygulanması aşamalarında önem taşımaktadır. Sağlık yönetimi politikalarının etkin bir

şekilde oluşturulması ve uygulanması Devlet bütçesinde sağlık alanında kullanılmak üzere tahsis edilen kaynakların en etkin, verimli şekilde kullanılabilmesi ve sağlık alanında beklenen sonuçlara ulaşılabilmesi için kamu sağlık yönetimi politikaları hayati önem taşımaktadır.

Kamu Politikası Karar Verme Modelleri

Kamu politikası karar verme modelleri “eklemeli model”, “rasyonel model” ve “stratejik planlama modeli” olarak üç farklı model kapsamında değerlendirilmektedir. Eklemeli modelde, her yeni politika mevcut politikalara ilave edilen yeni bir değişken olarak değerlendirilmektedir. Rasyonel model ise her politika tercihinin maliyet ve faydaları açısından optimal seçim olması gerektiğini belirtmektedir. Stratejik planlama modeli ise çevresel değişkenlere hassas, dışa dönük bir yaklaşımla politika kararları üzerinde durmaktadır (Ergun, 2015: 313-315). Kamu politikası karar verme modelleri, rasyonel model, artırımcı model, karma model, çöp kutusu modeli, oyun teorisi modeli olarak da sınıflandırılabilir (Akman ve Aksu, 2021: 56-60). Kamu politikası sürecinde, devletler artık uluslararası paydaşlarla birlikte çalışmaya başlamışlardır (Eroğlu, 2013: 163). Politika ağırları yaklaşımına göre ise modern toplumların kamu politikaları farklı paydaşların karmaşık ilişkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Sobacı, 2013: 136).

Stratejik yönetim planlı ve geniş kapsamlı karar alma mekanizmalarını içeren bir yönetim anlayışı olarak tanımlanmaktadır. Stratejik yönetim yaklaşımına yönelik birçok farklı bakış açısının ve strateji oluşturma süreçlerine yönelik farklı yöntemlerin olması sebebiyle, stratejik yönetime ilişkin değişik ekoller ortaya çıkmıştır. Kuramsal açıdan strateji oluşturma ve uygulamaya yönelik farklı yöntemler ve bakış açılarına sahip bu ekollerin uygulama alanları, kurumların veya ülkenin mevcut durumuna göre farklılık göstermektedir (Karataş ve Avcı, 2018:283).

Gerçek hayatta bütün vatandaşlar ve paydaşlar değişik şekillerde kamu politikaları ile karşı karşıya kalmaktadır. Her politika alanına ilişkin politika yapıcılar bir analiz ve değerlendirme beklemekte, vatandaşlar ise kamu politikalarının sorunlarına çözüm bulmasını beklemektedir. Bazı zamanlarda bu konuda arz ile talep uyuşmamaktadır. Zira politika yapıcılarının, bilgidен/uzmanlıktan yeteri kadar yararlanması kamu politikasında arzın sağlanabilmesi için gereklidir. Politika yapıcılarının dışarıdan gelen uzmanlığa ihtiyaç duymamaları ya da politika alanını en iyi kendilerinin bildiğini iddia etmeleri gerçekçi kamu politikaları oluşturulması ve uygulanmasının önünde engeldir. Bu bakış açısıyla kamu politikalarına yaklaşıldığında, kamunun ya da toplumun mutluluğunun ve selametinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Aksine yaklaşım, toplumda öfke, dışlanma ve şiddet patlaması olarak kendini gösterebilmektedir (Ciner, 2020: 4-5).

Kamu Politikası Modeli Olarak Stratejik Planlama

Stratejik planlama modeli, eklemeli ve rasyonel modellerin en güçlü yönlerini toplayarak bu iki modelin eksikliklerini tamamlamaktadır. Bu yönüyle stratejik planlama, kurumların hem yerel, kısa süreli, alt düzey talepleri hem de kurum ölçeğinde uzun soluklu ve gelecekle ilgili yatırım stratejileri olduğu gerçeğinden hareket eder. Alışlagelen planlama çalışmalarından farklı olarak stratejik planlama sadece planlamacılar tarafından değil kurumun en üst yöneticisinden başlayarak orta düzeye kadar yöneticilerin de dahil olduğu bir süreçtir. Stratejik plan, kurumun geleceğine ilişkin olarak karar vericileri edilgen durumdan etkin bir konuma getirmektedir. Stratejik plan, çevresel değişimlere duyarlı, dışa dönük bir yaklaşıma sahiptir. Stratejik planlama kararlar üzerine yoğunlaşmaktadır. Karara yönelik olması nedeniyle, stratejik planlama ekonomik ve rasyonel çözümlmeleri, siyasal değerleri, paydaşların yaklaşımını kurumda bir araya getirmektedir (Ergun, 2015: 314-315).

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye’de 2003 yılından itibaren yapısal nitelikte reformları içeren bir kamu sağlık politikası değişikliği

yapılarak Dünya Sağlık Örgütü'nün de desteğiyle Sağlıkta Dönüşüm Programı hayata geçirilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm programı bileşenleri; hizmet sunumuna yönelik uygulamalar; aile hekimliği, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması, kamu-özel ortaklığı modeli, sağlık turizmi, hasta hakları uygulaması, hekim seçme hakkı, hastane seçme hakkı, tam gün yasası, evde sağlık bakım hizmetleri, kalite ve akreditasyon sistemleri ile ulusal sağlık bilgi sistemlerini içermektedir. Finansmana yönelik uygulamalar; performansa dayalı ek ödeme sistemi ve herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası konularını içermektedir. Örgütlenme ve yönetime yönelik uygulamalar; planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı ve Kamu Hastane Birlikleri konularını kapsamaktadır (Kumbasar, 2016: 250-256).

Kamu Politikası Belgelerinde Sağlık ve Sağlık Yönetimi Politikası

Bu bölümde Kalkınma Planı, Orta Vadeli Program, Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı, Performans Programı gibi kamu politikası belgelerinde belirtilen sağlık politikası ele alınmaktadır.

2019-2023 Dönemi On Birinci Kalkınma Planında Sağlık Politikası

On Birinci Kalkınma Planında sağlık politikası aşağıda belirtilen maddelerle belirlenmiştir:

“94. Ülkemizde nüfusun yaşlanmasıyla kronik hastalık yükü ve maliyetler artmakta, hizmet sunum etkinliğinin artırılması ve teknolojik gelişmelerin fırsata çevrilmesi daha önemli hale gelmekte, ülkemizin sağlık turizmi pazarındaki potansiyeli ön plana çıkmaktadır (11. Kalkınma Planı, 12).

“147.Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) projelerinin bütüncül bir çerçevede ele alınması, makroekonomik politikalarla uyumunu sağlayacak şekilde süreçlerin etkinleştirilmesi ve kurumsal kapasitenin artırılması ihtiyacı devam etmektedir” (11. Kalkınma Planı: 24).

“151.Önümüzdeki Plan döneminde sağlık hizmetlerinde kalitenin daha da artırılması ve mali sürdürülebilirliğin sağlanması hedeflenmektedir.” (11. Kalkınma Planı:25).

“363.İlaç ve tıbbi cihaz sanayiinde TÜSEB yetkinlikleri artırılarak Ar-Ge, üretim ve eğitim faaliyetleri yanında Start-Up'ları fonlayacak, simülasyon merkezleri oluşturacak, gerektiğinde şirket yapısıyla diğer şirketlerle ortaklıklara girecek, sağlık vadisi ve sağlık teknolojileri geliştirme bölgesi oluşturmada liderlik yapacak ve ihracat odaklı daha yüksek katma değerli ürünler geliştirilmesini sağlayacaktır.” (11. Kalkınma Planı:80).

“538. Kalkınma hedeflerine ulaşılmasında diğer bir önemli unsur sağlık hizmetleridir. Bu kapsamda bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan iyilik halinde olmalarının sağlanması, yaşam kalitesinin yükseltilerek, ekonomik ve sosyal hayata aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının temin edilebilmesi için kaliteli sağlık hizmet sunumu hedeflenmektedir. Sağlık hizmet sunumunda bölgeler arası dağılımın iyileştirilmesi, fiziki altyapının ve insan kaynağının niteliğinin artırılması sağlanacaktır.” (11. Kalkınma Planı:125).

11. Kalkınma Planının 2.3.3. Sağlık Başlığı altında ise;

Amaç

578. Bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, ekonomik ve sosyal hayata aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının temin edilebilmesi için kanıta dayalı politikalarla desteklenen, kaliteli, güvenilir, etkin, mali açıdan sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu ile bölgeler arası dağılımın iyileştirilmesi, fiziki altyapının ve insan kaynağının niteliğinin artırılması temel amaçtır.

Politika ve Tedbirler

579. Bulaşıcı olmayan hastalık risklerine yönelik olarak, sağlıklı yaşam tarzı teşvik edilecek; koruyucu ve tedavi edici hizmet kapasitesi geliştirilecek; çevre sağlığı, gıda güvenirliliği, fiziksel aktiviteye elverişli sa-

halar, sağlık okuryazarlığı, iş sağlığı ve güvenliği alanlarında sektörler ve kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon artırılacaktır.

579.1. Sağlıklı yaşam tarzının teşvik edilmesi için sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam alışkanlıkları kazandırılmasına yönelik eğitim, kamu spotu, kampanyalar gibi bilinçlendirme faaliyetleri yürütülecektir.

579.2. Gıda güvenilirliği, obezite, çevre sağlığı gibi konularda çok paydaşlı sağlık sorumluluğu modeli güçlendirilecektir.

579.3. Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik risk faktörlerinin azaltılabilmesi için erken teşhis hizmetlerinin etkinliği artırılacaktır.

580. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı, etkin ve verimli kullanılması sağlanacaktır.

580.1. Aile hekimlerince sunulan sağlık hizmetlerini nitelik ve nicelik olarak iyileştirmek suretiyle ihtiyacın bu aşamada karşılanması sağlanacaktır.

580.2. Sağlıklı hayat merkezlerinin sayısı artırılacak, bu merkezlerle kuvvetlendirilmiş ve entegre edilmiş bir aile hekimliği yapısı oluşturularak gerekli olan birinci basamak sağlık hizmetleri verilecektir.

580.3. Bulaşıcı olmayan hastalıklar başta olmak üzere, hastalıklara ilişkin tarama ve teşhis gibi süreçlerde aile hekimlerinin sorumlulukları artırılacaktır.

580.4. Aile hekimliği performans sistemi, ikinci ve üçüncü basamaklardaki performans sistemiyle entegre bir biçimde, teşhis ve tedavinin isabetliliği ve hizmet miktarıyla orantılı olarak yeniden tasarlanacaktır.

580.5. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılmasını sağlamak için finansal tedbirler alınacaktır.

580.6. Birinci basamak sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimler yeniden tasarlanacaktır.

581. Bağımlılıkla mücadele alanında yürütülen sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılacak, bu alandaki faaliyetlerin etkinliği periyodik olarak izlenecektir.

581.1. Kamu kurum ve kuruluşlarının bağımlılıkla mücadele konusunda etkinliğinin artırılması, sunulan hizmetlerin genişletilmesi ve erişilebilirliğinin artırılması için ihtiyaç duyulan insan kaynağının temini, alt yapının kurulması ve cari harcamaların karşılanması amacıyla bütçe imkânları artırılacaktır.

581.2. Bağımlılıkla mücadele konusunda danışmanlık, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine kolay erişiminin sağlanmasını teminen, bu hizmetlerin verildiği merkezlerin sayısı artırılacak, sunulan hizmetin kalitesi yükseltilecektir.

581.3. Zorunlu tedavi kararlarının uygulanabileceği özelleşmiş tedavi merkezlerinin sayısı artırılacaktır.

581.4. Alkol, tütün ve uyuşturucu gibi zararlı maddelerin kullanımıyla mücadele konusunda bilinçlendirme çalışmaları yürütülecektir.

581.5. Bağımlılıkla mücadeleye yönelik yürütülen faaliyetlerin sonuçları ile toplumdaki madde kullanım sıklığı periyodik olarak yapılacak bilimsel araştırmalarla izlenecektir.

582. Evde sağlık hizmetleri yaygınlaştırılacak, başta kırsalda yaşayanlar olmak üzere yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, yaşlılara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin güçlendirilmesi sağlanacaktır.

582.1. Evde sağlık hizmetleri yaygınlaştırılarak erişim, etkinlik ve kalite artırılacak ve yoğun bakım, palyatif bakım ve geriatri hizmetinin evde bakım hizmetleri ile entegrasyonu sağlanacaktır.

582.2. Yaşlılara yönelik sağlık izlemleri gerçekleştirilecek, yaşla birlikte artan hastalıklara ilişkin koruyucu ve tedavi edici hizmetler güçlendirilecek, geriatri ve palyatif bakım hizmetleri sunan merkezlerin sayısı artırılacaktır.

583. Acil sağlık, yoğun bakım, onkoloji, organ nakli hizmetleri gibi özellikli sağlık hizmetlerinin kapasitesi artırılarak hızı ve kalitesi yükseltilecektir.

583.1. Özellikli sağlık hizmetleri merkezileştirilecek ve bu alanlarda hizmet veren hekimlere yönelik yönetim modeli oluşturulacaktır.

583.2. Acil servis hasta yoğunluğuna göre ihtiyaç olan yerlerde alternatif muayene alanları oluşturulacaktır.

583.3. Acil sağlık hizmetlerinde ambulansların etkin kullanımı sağlanacak ve hastaneler ile 112 Kontrol Komuta Merkezleri arasındaki koordinasyon güçlendirilecektir.

583.4. Kamu ve özel sağlık hizmet sunucularında yoğun bakım hizmetleri amacına uygun kullanılacak biçimde etkinleştirilecektir.

584. Sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesi için hizmet sunucularına yönelik akreditasyon sistemi kurulacak, klinik kalitenin takibi ve denetiminde standart ve etkili bir süreç oluşturulacak, klinik rehberlerin kullanımı yaygınlaştırılacaktır.

584.1. Sağlık hizmetlerinde klinik kalitenin ölçümü ve geliştirilmesi sağlanacak, klinik rehberlerin uygulanması yaygınlaştırılacaktır.

584.2. Akredite olan sağlık hizmet kurulu-şu sayısı artırılacaktır.

585. Veri ve kanıta dayalı politika oluşturmada girdi olarak kullanılabilecek, bilimsel araştırma ve analizlerde kullanılmaya elverişli, uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlayan kalite ve ayrıntıda veri üretimi sağlanacaktır.

585.1. Sağlık veri setleri yeniden yapılandırılarak, veri kalitesi artırılacak ve uluslararası mukayeseye imkân veren bir veri altyapısının oluşturulması sağlanacaktır.

585.2. Kurumlar arası veri paylaşımı konusunda işbirliği ve koordinasyon geliştirilecektir.

586. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında ürün ve hizmet güvenilirliği ile standardizasyonun sağlanmasına yönelik hukuki düzenlemeler tamamlanacak, kontrol-denetim mekanizması oluşturulacaktır.

586.1. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin hukuki düzenlemeler tamamlanacaktır.

586.2. Geleneksel ve tamamlayıcı tıpta merkez sayısı ve kamu hastanelerindeki ünite sayısı artırılacak, kontrol ve denetim mekanizmaları oluşturulacaktır.

587. Tedarik zincirinin etkinliğini ve sürdürülebilirliğini sağlamak için uçtan uca yönetim yapısı oluşturulacaktır.

587.1. İhtiyaç planlama, satın alma, sipariş, stok, lojistik ve sözleşme yönetimi alanlarında hukuki düzenlemeler ve bilişim altyapısı çalışmaları yapılacaktır.

587.2. Sağlık market çalışmaları kapsamında; sağlık tesislerinde özellikle sık tüketilen ve temininde güçlük yaşanan malzeme gruplarında alternatif alım yöntemleri ile edinme maliyetleri düşürülecektir.

587.3. Simülasyon destekli tıp eğitimi, biyomedikal mühendislik eğitimi ve hastane eczacılığı eğitimi vermek amacıyla Simülasyon Destekli Eğitim ve Uygulama Merkezleri açılacaktır.

587.4. İlaç ve tıbbi sarf malzeme kullanım değerlendirme komisyonları kurularak aynı endikasyon için

hekimler tarafından oluşturulan tedavi maliyetleri karşılaştırılarak gereksiz/yetersiz kullanımların önüne geçilmesi ve akılcı ilaç, akılcı tıbbi sarf malzemesi ve akılcı laboratuvar uygulamalarının kullanılması sağlanacaktır.

587.5. Akılcı ilaç kullanımı konusunda bilinç düzeyi artırılacak, izleme ve değerlendirme çalışmaları güçlendirilecektir.

587.6. Antibiyotikler, solunum sistemi ilaçları ve psikiyatride kullanılan ilaçlar başta olmak üzere akılcı ilaç kullanımına yönelik özendirici ve zorlayıcı mekanizmalar oluşturulacaktır.

587.7. Yaşlı hastalar ve kronik hastalığı olan bireyler öncelikli olmak üzere kamuoyu bilinçlendirme faaliyetleri yoluyla akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalık artırılacaktır.

587.8. Hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda desteklenmesi ve denetimini teminen karar destek sistemi kurulacaktır.

587.9. Antimikrobiyal direncin düşürülmesine yönelik veteriner hekimlikte kullanılan ilaçların akılcı kullanımı konusunda ilgili kurumlar tarafından ortak çalışmalar yürütülecektir.

588. İlaç harcamalarının öngörülebilirliği ve sürdürülebilirliği artırılacak, harcamalarda etkinlik sağlanacaktır.

588.1. İlaç fiyatlarının ve geri ödeme kapsamının belirlenmesinde kanıta dayalı modeller güçlendirilecektir.

588.2. İlaç geri ödeme listesi periyodik olarak gözden geçirilecektir.

588.3. Yurt dışından temin edilen ilaçlar gibi gruplarda etkin bütçe kontrolü sağlanacaktır.

589. Ülkemizin sağlık turizmi alanında tanınırlığı ve tercih edilirliliği artırılacak ve sağlık turizmi hizmet kapasitesi nitelik ve nicelik olarak geliştirilecektir.

589.1. Sağlık turizmine yönelik hukuki düzenlemeler tamamlanacak, akreditasyon ve denetim altyapısı güçlendirilecektir.

589.2. Medikal turizmin, termal turizmin yanı sıra yaşlı ve rehabilitasyon turizmiyle olan entegrasyonu sağlanacaktır.

589.3. Sağlık turizmi alanında ülkemizin tanıtım ve pazarlama faaliyetleri yürütülecektir.

590. Sağlık sisteminde hizmet sunucusu ve ödeyici rolleri, hizmet kalitesi, mali sürdürülebilirlik, denetim, performans başta olmak üzere daha etkin bir biçimde yerine getirilecek şekilde güçlendirilecektir.

590.1. SGK'nın sağlık harcamalarına ilişkin denetim kapasitesinin artırılması sağlanacaktır.

590.2. Kamu kurum ve kuruluşlarıyla SGK arasında yapılan global bütçe anlaşmalarının hazırlık ve uygulama süreçlerinde hizmet, fiyat ve maliyet etkinlik analizlerinin yapılmasını sağlayacak sistem ve süreçler oluşturulacaktır.

590.3. Sağlık hizmet sunumunda kullanılan hizmet sunum fiyat yapısının doğru, gerçekçi ve verimliliği özendiren bir yapıya kavuşturulmasını sağlamak üzere Teşhis İlişkili Gruplar yöntemi uygulanarak yeni ve etkin bir fiyatlandırma yapısına geçilecektir.

590.4. Üniversite hastanelerinin hastane işletmeciliği ayrıştırılarak, eğitim ve öğretim hizmetlerinin etkin bir şekilde sunumuna imkân verecek şekilde yönetim, hizmet sunumu ve finansman yapısı itibarıyla sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulacaktır.

591. Sağlık harcamalarında etkinliğin sağlanması için arz ve talep yönlü düzenlemeler hayata geçirilecektir.

591.1. İhtiyaç dışı tetkik, tahlil ve diğer işlemlerin azaltılması için tıbbi verilerin sis-teme daha iyi enteg-re olması sağlanacaktır.

591.2. Ortalamanın üzerinde yapılan tetkik ve tahlil işlemlerine ilişkin bir izleme ve bilgilendirme siste-mi kurulacaktır.” Amaç ve sağlık politikalarına yer verilmiştir (11. Kalkınma Planı: 134-138).

11. Kalkınma Planında belirlenen 2023 yılı sağlık hedefleri Tablo 1.’de gösterilmektedir:

Tablo 1. On Birinci Kalkınma Planında Belirlenen Sağlık Hedefleri

	2018	2023
On Bin Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısı	27,9	30
Yüz Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı	186	230
Yüz Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	206	280
Aile Hekimliği Birimi Başına Düşen Nüfus	3.207	2.700
Nitelikli Hasta Yataklarının Tüm Hasta Yataklarına Oranı	60,3	84
Bebek Ölüm Hızı (Bin Canlı Doğumda)	9,1	8,5
Anne Ölüm Oranı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	14,6	13
Obezite Görülme Sıklığı (15 yaş ve Üzeri) (%)	30	29,1
15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Tütün Ürünü Kullanım Sıklığı (%)	31,6	27

Kaynak: 11. Kalkınma Planı, 138.

Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Dönemi Stratejik Planında Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı 2019-2023 dönemi Stratejik Planında nihai amaç, “Vatandaşlarımızın sağlığını korumak, geliştirmek ve herkesin hakkaniyet içinde kaliteli sağlık hizmetine erişmesini sağlamak” olarak belirlenmiştir. Nihai amaca ulaşılmasını sağlayacak 6 amaç belirlenmiştir. Bu amaçlara yönelik 41 hedef ve 192 strateji belirlenmiştir. Hedeflerin ölçümü ve takibi için 216 performans göstergesi belirlenmiştir (S.B. Stratejik Planı, 68). Bu 6 amaç (S.B. Stratejik Planı, 12):

- Sağlıklı yaşamı teşvik etmek ve yaygınlaştırmak,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini artırmak,
- Sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak,
- Sağlık hizmetlerinde bütünsel sağlık hizmet modelini hayata geçirmek,
- Vatandaş ile sağlık çalışanının memnuniyetini artırmak ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak,
- Ülkemizin sosyoekonomik kalkınmasına ve küresel sağlığa katkıda bulunmak; sağlık endüstrilerinde milli teknolojiyi geliştirmek ve yerli üretimi artırmak olarak belirlenmiştir.

“Sağlıklı yaşamı teşvik etmek ve yaygınlaştırmak” amacına yönelik hedefler (S.B. Stratejik Planı, 13):

- “Hedef 1.1. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazandırmak ve geliştirmek
- Hedef 1.2. Hareketli hayat alışkanlıklarını kazandırmak ve geliştirmek
- Hedef 1.3. Tütün ve tütün ürünleri ile mücadeleyi sürdürmek ve kullanımlarını azaltmak
- Hedef 1.4. Alkolün zararlı etkilerinden tüm toplumu korumak
- Hedef 1.5. Uyuşturucu kullanım oranlarını azaltmak
- Hedef 1.6. Ruh sağlığına ilişkin risklerden bireyleri korumak ve ruhsal bozukluklar konusunda farkındalığı artırmak
- Hedef 1.7. Toplumsal farkındalığı artıracak sistematik iletişim faaliyetleri ile sağlıklı hayat tarzını yaygın-

laştırmak

- Hedef 1.8. Kendi sağlığının öneminin farkında olan, sağlık sistemini etkin olarak kullanan ve sağlık okur-yazarlığı yüksek bir toplum oluşturmak” şeklinde belirlenmiştir.

“Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini artırmak” amacına yönelik hedefler (S.B. Stratejik Planı,13):

- “Hedef 2.1. Kuvvetlendirilmiş bir aile hekimliği yapısıyla çok disiplinli ve tercih edilen birinci basamak sağlık hizmetleri vermek
- Hedef 2.2. Birinci basamak performans sistemini tüm paydaşlar için kalite, memnuniyet ve çıktı odaklı bir yapıya dönüştürmek
- Hedef 2.3. Bütün adımları baştan sona planlanmış, standart ve bireyin takibini etkin şekilde yapan sistemler ve teknolojik araçları bünyesinde barındıran birinci basamak hizmet süreçleri oluşturmak
- Hedef 2.4. Birinci basamak sağlık personeli yetkinliklerini; uzmanlık programları, eğitim müfredatlarında yapılacak iyileştirmeler ve hizmet içi eğitimlerle destekleyerek geliştirmek” şeklinde belirlenmiştir.

“Sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak” amacına yönelik hedefler (S.B. Stratejik Planı,14):

- “Hedef 3.1. Sağlık hizmetlerinde klinik kaliteyi iyileştirmek
- Hedef 3.2. Ayakta tedavi ve acil servis sağlık hizmetlerindeki etkinlik ve verimliliği artırmak
- Hedef 3.3. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini artırmak ve sürdürülebilirliğini korumak
- Hedef 3.4. Acil durum ve afetlerde sağlık hizmetlerini daha hızlı ve kaliteli verecek şekilde güçlendirmek
- Hedef 3.5. Kamu hastanelerinde uygulanan performans yönetimini ve ek ödeme yöntemini sağlık sisteminin amaç ve ihtiyaçlarına uygun şekilde güncellemek” şeklinde belirlenmiştir.

“Sağlık hizmetlerinde bütünleşik sağlık hizmet modelini hayata geçirmek” amacına yönelik hedefler (S.B. Stratejik Planı,14):

- “Hedef 4.1. Bulaşıcı olmayan hastalıkların erken teşhisinde ve hastalıklara bağlı komplikasyonların yönetilmesinde etkinliği artırmak
- Hedef 4.2. Anne sağlığına yönelik koruyucu tedbir ve destek sağlayacak sistem geliştirerek anne ölümlerini en aza indirmek
- Hedef 4.3. Bebek ve çocuk sağlığı alanında risk faktörlerini önleyen ve koruyucu hizmet sunan sistemi güçlendirerek bebek ve çocuk ölümlerini en aza indirmek
- Hedef 4.4. Bulaşıcı hastalıklardan kaynaklı hastalık yükünü en aza indirmek
- Hedef 4.5. Bireylerin ruh sağlığını takip etmek, korumak ve iyileştirmek
- Hedef 4.6. Bedensel ve zihinsel şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan bireylerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlamak
- Hedef 4.7. Çalışan sağlığı hizmetlerini iyileştirerek çalışanların sağlığını korumak ve geliştirmek
- Hedef 4.8. Göç sağlığı hizmetlerinde etkinliği ve kapasiteyi artırmak
- Hedef 4.9. Uyuşturucu ve diğer bağımlılık yapıcı ürünlere yönelik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde erişim ve kaliteyi artırmak

- Hedef 4.10. Uluslararası sağlık risklerine karşı halkımızı etkin bir şekilde korumak
- Hedef 4.11. Çevresel faktörlerin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak
- Hedef 4.12. Sağlık sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik çok paydaşlı yönetim modelini güçlendirmek” şeklinde belirlenmiştir.

“Vatandaş ile sağlık çalışanının memnuniyetini artırmak ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak” amacına yönelik hedefler (S.B. Stratejik Planı, 15):

- Hedef 5.1. Sağlık hizmetlerinden duyulan vatandaş memnuniyetini artırmak
- Hedef 5.2. Sağlık çalışanlarının memnuniyetini sürekli olarak iyileştirmek
- Hedef 5.3. Tedarik zincirinin etkinliğini ve sürdürülebilirliğini sağlamak için uçtan uca yönetim yapısı oluşturmak
- Hedef 5.4. Sağlık hizmet sunumu ve karar alma süreçlerinde bilgi teknolojilerinin kullanımını artırarak sağlık sistemini güçlendirmek
- Hedef 5.5. Sağlıkta insan kaynakları sürdürülebilirliğini sağlamak ve planlamasını iyileştirmeye devam etmek
- Hedef 5.6. Sağlıkta insan kaynaklarının yetkinlik düzeyini artırmak ve sağlık yönetimini daha etkin hale getirmek
- Hedef 5.7. Şehir Hastanesi Modeli ile sağlık hizmet sunumunu güçlendirmek
- Hedef 5.8. Sağlık finansman modelini finansal sürdürülebilirlik ve bireylerin finansal riskten korunmasını da dikkate alarak güncellemek” şeklinde belirlenmiştir.

“Ülkemizin sosyoekonomik kalkınmasına ve küresel sağlığa katkıda bulunmak; sağlık endüstrilerinde milli teknolojiyi geliştirmek ve yerli üretimi artırmak” amacına yönelik hedefler (S.B. Stratejik Planı, 15):

- Hedef 6.1. İlaçların, biyolojik ürünlerin ve tıbbi cihazların erişilebilirliğini, güvenliğini ve akılcı kullanımını sağlamak ve kozmetik ürünlerde güvenliliği tesis etmek
- Hedef 6.2. Sağlıkta AR-GE ve yenilikçiliği teşvik etmek, millîleşme ve yerlileşmeyi sağlamak, ihracatı artırmak
- Hedef 6.3. Ülkemizin sağlık turizminde tercih edilen ülkeler arasına girmesini sağlamak
- Hedef 6.4. Küresel ve bölgesel sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanmasında lider-belirleyici ülkeler arasında olmak” şeklinde belirlenmiştir.

Plan dönemi başlangıcı 2019 yılına göre plan dönemi sonu olan 2023 yılında temel performans göstergelerindeki iyileştirme hedefleri Tablo 2’de gösterilmektedir:

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı Temel Performans Göstergeleri

Gösterge Alanı	Göstergeler	Plan Dönemi Başlangıç Değer	Plan Dönemi Sonu Hedeflenen Değer
Toplumun Sağlık Durumu	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yaş)	78,3	80
	Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğumda)	13,6	13
	Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda, Tüm Haftalar)	9,2	8,5
	5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda, Tüm Haftalar)	11,3	10,6
	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklardan Oluşan Hastalık Yüğü (Bin DALY/Yüz Bin Kişi)	19,37	19,42
	Bulaşıcı Hastalıklar, Anne, Yenidoğan ve Beslenme ile İlgili Hastalıklardan Oluşan Hastalık Yüğü (Bin DALY/ Yüz Bin Kişi)	2,1	1,16
	15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Tütün Ürünü Kullanım Sıklığı (Her Gün ve Ara Sıra Kullananlar) (%)	31,6	27
	Obezite Prevalansı - (15 Yaş ve Üzeri Bireylerde Ölçüme Dayalı) (%)	31,5	29,1
	Fiziksel Aktivite Düzeyi Düşük Olanların Oranı (15 Yaş ve Üzeri) (%)	42,4	39,9
	Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Yüksek (Yeterli ve Mükemmel) Olanların Oranı (%)	31,1	40
	Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Düşük Olanların Oranı (%)	68,9	60
Vatandaş ve Sağlık Çalışanı Memnuniyeti	Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı (%)	70,4	74
	Sağlık Çalışanları Memnuniyet Oranı (%)	64,6	70
Finansal Koruma	Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hane Oranı (%)	0,36	0,36
	Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı (%)	17,1	16,7
Sürdürülebilirlik	Toplam Sağlık Harcamasının GSYH'ye Oranı (%)	4,5	5
	Toplam Kamu Sağlık Harcamasının GSYH'ye Oranı (%)	3,5	3,8
	Kişi Başı Cari Sağlık Harcaması, SGP ABD \$	1.124	1.425
Verimlilik	OECD Tarafından Takip Edilen ve Ülkemiz Tarafından Karşılanan Klinik Kalite Göstergeleri İçerisinde OECD Ortalaması Yakalanan Gösterge Oranı (%)	47,62	60
	Nitelikli Yatak Oranı (Sağlık Bakanlığı) (%)	67,4	84
	Aile Hekimine Gitmeyen Nüfusun Oranı (Kayıtlı Vatandaşlar Arasında) (%)	22,4	18,25
Erişim	10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısı	28,3	32,9
	Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı	9,5	9,3
	100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı	187	245
	100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı	301	425

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı, 15-16.

Yeni Ekonomi Programı 2021-2023 Arası Orta Vadeli Programda Kamu Sağlık Politikaları

Yeni ekonomi programında belirlenen kamu sağlık politikaları aşağıda sayılmaktadır:

- E-nabız sisteminde yapılacak iyileştirmelerle mükerrer işlemlerin önüne geçilerek doğru ve etkin faturalandırma yapılacaktır.
- Kanser, kronik ve nadir hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile önlenmesinde etkin, özgün ve katma

değeri olan ürünlerin geliştirilmesi için kişisel ve dönüşümsel tıp alanında uygulamalı projeler hayata geçirilecektir.

- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kanıta dayalı bir şekilde sağlık sistemine entegrasyonu sağlanacak, klinik araştırma kapasitesi artırılarak inovasyon ve Ar-Ge altyapısı güçlendirilecektir.
- Ülkemizdeki yaşlı bireylerin tıbbi bakım ihtiyacının tespit edilmesi ve yaşlılıkta tanı, tedavi ve izleme hizmetlerinin uygun ve etkin işleminin sağlanması amacıyla Türkiye Yaşlılık ve Sağlık Araştırması yapılacak ve Yaşlı İzlem Projesi hayata geçirilecektir.
- Akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalık ve izleme-değerlendirme faaliyetleri yürütülerek ilaç kullanımının optimize edilmesi ve ilaç maliyetlerinin azaltılması konusunda projeler uygulamaya konulacaktır.
- Sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesi ve uzaktan sağlık hizmeti sunulabilmesine imkan sağlayacak tele-tıp uygulamaları hayata geçirilecektir (2021-2023 OVP, 49-50).

Sağlık Bakanlığı 2021 Faaliyet Raporu

Sağlık Bakanlığı 2021 yılı faaliyet raporunda, 11. Kalkınma Planındaki amaçlar sıralanmış (Sağlık Bakanlığı 2021 Faaliyet Raporu: 39-44), Sağlık Bakanlığı Stratejik Planındaki amaç ve hedeflere yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2021 Faaliyet Raporu, 45-47) Cumhurbaşkanlığı 2021 yılı Yıllık Programı tedbirlerine yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2021 Faaliyet Raporu: 48-49), Cumhurbaşkanlığı 4. ve 5. 180 Günlük İcraat Programının sağlıkla ilgili tedbirler bölümüne yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2021 Faaliyet Raporu: 50-51). Bu şekilde faaliyet raporu ile 11. Kalkınma Planı, Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı, Cumhurbaşkanlığı yıllık Programı, 180 günlük icraat programları arasındaki bağlantı kurulmuştur. Bu uygulama, üst politika belgelerinin alt politika belgelerine aktarılması ve uygulama konması açısından stratejik yönetimin önemli ve başarılı bir uygulaması olarak göze çarpmaktadır.

Kamu sağlık politikaları da dahil olmak üzere kamu politikalarını kimin uyguladığı kamu politikaları açısından çok önemli bir sorudur. Zorunlu olarak kamu politikalarını uygulayan yapıya yani kamu yönetimine, bürokrasiye ve özelliklerine göndermede bulunur. Kamu yönetiminden kamu politikasına, kamu işletmeciliğinden kamu yönetişimine kadar gelişen ve değişen süreçte, bürokrasinin konumu da değişmekte ve kamu politikalarının başarısını etkilemektedir. Yine özel sektör yönetim yöntemlerinin kamu yönetimi tekniklerine üstün olup olmadığı önemli bir tartışma sorusudur (Çiner, 2020: 14-15).

Kamu sağlık politikasına yönelik üst politika belgelerinde belirlenen sağlık politikalarının hayata geçirilmesine yönelik olarak Sağlık Bakanlığınca yürütülen projeler (Sağlık Bakanlığı 2021 Faaliyet Raporu: 22-29):

1. Sağlık Bilişim Ağı (SBA)
 2. Dijital Hastane Faaliyetleri
 3. Kayıt Tescil Sistemi (KTS)
 4. Kimlik Paylaşım Sistemi (KPS)
 5. Transplantasyon Diyaliz ve İzlem Sistemleri (TDİS)
 6. Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS)
 7. Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS)
- Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS) Web Uygulaması
 - Dış Muayene Modülü

- Kanser Tarama ve Takip Modülü
 - Evde Sağlık Hizmetleri Sistemi
 - Bağışıklama Uygulamaları Modülü
 - Misafir Anne Takip Modülü
 - Influenza Sürveyans Uygulaması
 - Ulusal Tüberküloz Uygulaması
 - Tüberküloz Mobil Tarama Modülü
 - Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Uygulaması
 - Sosyal Yardım Uygulaması
 - Okul Sağlığı Uygulaması
 - Fiziksel Aktivite Takip Modülü
 - Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM) Uygulamaları
 - Kullanıcı Rol Yönetim Modülü
8. Filyasyon ve İzolasyon Takip Sistemi (FİTAS)
9. Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS)
10. Hastalık Yönetim Platformu (HYP)
11. Merkezi Entegre Laboratuvar İşletim Sistemi (MELİS)
12. Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS)
13. Çevre Sağlığı Bilişim Sistemleri
- Su Kalite Takip Sistemi
 - Mobil Su Uygulaması (İçme Suları)
 - Kaplıca Suları Takip Sistemi (Kaplıca Arama Portalı)
 - Yüzme Suyu Takip Sistemi (Portal)
 - Biyosidal Ürünler Takip Sistemi
 - Ambalajlı Sular Sistemi
14. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS)
- İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS)
 - Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS)
 - Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi (SKYS)
 - Yatırım Takip Sistemi (YTS)
 - Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)
15. Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)
16. Analitik Bütçe Sistemi
17. Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)

18. Malzeme Kaynaklar Yönetim Sistemi (MKYS)

19. Ek Ödeme Bordro Sistemi (EKOBS)

20. E-Nabız Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi

21. Mekânsal İş Zekâsı (MİZ) Platformu

- Hava Kirliliği ve Solunum Yolu Hastalıkları Güncellemeleri

22. MİZ Raporlama Ekranları

- 10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayıları
- Sağlık Merkezleri Başına Düşen Kişi Sayısı
- Obezite
- Halk Sağlığı CBS Modülü
- Gezici Raporları Ekranı
- Bina Detay Bilgileri Ekranı
- Sağlık PANO Modülü
- Denetim Modülü

23. Karar Destek Sistemi (KDS)

24. Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) Platformu

25. Beyaz Kod Uygulaması

26. Ulusal Engelliler Veri Bankası (UEVB) Uygulaması

27. Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü Hasta Takip Sistemi Uygulaması

28. Ulusal Kaza ve Yaralanma (UKAY) Uygulaması

29. E-Rapor Sistemi

- e-Doğum Raporu
- e-Sporcu Raporu
- e-Sürücü Raporu
- e-Yoklama ASAL
- e-Psikoteknik Raporu
- e-Erişkinler İçin Engellilik Sağlık Kurulu Raporu
- e-ÇÖZGER Raporu
- e-Durum Bildirir Tek Hekim Raporları
- e-Durum Bildirir Sağlık Kurulu Raporları
- e-İstirahat Raporu (COVID-19)

30. GİZ Sistemi

31. Hayat Eve Sığar (HES) Uygulaması

32. HealthPass Uygulaması

33. Teleradyoloji Uygulaması
 34. Ulusal Tarama Mamografisi Raporlama Sistemi
 35. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)
 36. Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM) Uygulaması
 37. Neyim Var Projesi
 38. Web İçerik Yönetimi Sistemi
 39. Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı Uygulaması
 40. Uzmanlık Eğitimi Takip Sistemi (UETS)
 41. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Anket Uygulaması
 42. Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) Uygulaması
 43. Gizlilik Sözleşmeleri Portalı
 44. Sağlık Tesisleri Denetim ve İzleme Sistemi (Den-İz)
 45. E-Nabız Sistemi'nin Mobil Uygulaması
 46. Bilişim Teknolojileri Envanter Sistemi
 47. Ortak Giriş Noktası Uygulaması
 48. Tasarruf Geliştirme Platformu
 49. Bulut Yerel DevOps Sistemi
 50. Şehir Hastaneleri Bilişim Sistemleri
- Proje ve faaliyetleri sayılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2021 Performans Programı

Sağlık Bakanlığı 2022 yılı performans programında, 11. Kalkınma Planındaki amaçlar sıralanmış (Sağlık Bakanlığı 2022 Performans Programı: 22-26), Cumhurbaşkanlığı 2021 yılı Yıllık Programı ve 2022-2024 OVP tedbirlerine yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2022 Performans Programı: 26-28), Sağlık Bakanlığı Stratejik Planındaki amaç ve hedeflere yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2022 Performans Programı, 30-32), Program-Alt Program-Alt Program Hedefleri-Stratejik Plan ilişkisini gösteren tabloya yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2022 Performans Programı, 32).

Bu şekilde performans programı ile 11. Kalkınma Planı, Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı, Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı, 2022-2024 OVP arasındaki bağlantı kurulmuştur. Her yıl kurumlarca performans programı ve faaliyet raporu hazırlanması 5018 sayılı yasa kapsamında zorunlu tutulmuş olan ve uygulama, üst politika belgelerinin alt politika belgelerine aktarılması ve uygulama konması açısından stratejik yönetimin ve kamu sağlık politikalarının hayata geçirilmesi açısından önemli ve başarılı bir uygulaması olarak göze çarpan bir uygulama olarak değerlendirilmektedir.

Sonuç

Kamu politikası karar verme modellerinden Eklemeli Modelde, her yeni politikayı mevcut politikalara ilave edilen yeni bir değişken olarak değerlendirilmekte, Rasyonel Model ise her politika tercihinin maliyet ve faydaları açısından optimal seçim olması gerektiğini belirtmekte, Stratejik Planlama Modeli ise çevresel değişkenlere hassas, dışa dönük bir yaklaşımla politika kararları üzerinde durmaktadır. Stratejik Planlama

Modeli üzerinden Türkiye kamu sağlık politikaları ele alındığında, 11. Kalkınma Planı, Orta Vadeli Program, Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı ile Sağlık Bakanlığı 2021 yılı faaliyet raporu ile 2022 performans programı arasında bağlantı olduğu, Sağlık Bakanlığı Stratejik Planının bir politika belgesi olmasının yanı sıra Kalkınma Planı gibi üst düzey politika belgelerinde ortaya konan kamu sağlık politikalarının somutlaştırılmasında, uygulanmasında ve izlenmesinde faaliyet raporu ve performans programları ile birlikte etkili bir araç olduğu, stratejik planlama modelinin kamu politikalarının belirlenmesi ve uygulanmasında sistematik bir yaklaşım ortaya koyduğu, kamu politikalarının somutlaştırılması ve uygulanması için sonuçların izlenmesi ve raporlanmasını ve tekrar kamu politikası sürecinde değerlendirilmesini mümkün kılan bir yaklaşım getirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Kaynaklar

Akıncı, B. (2018). Türkiye’de kamu politikası oluşturma sürecinde yeni aktör: Cumhurbaşkanlığı politika kurulları, Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, Yıl:8, cilt:9, Sayı:16, s:2128-2146.

Akman, E., Aksu, D. (2021). Kamu politikası: uygulama, analiz ve karar verme modellerine ilişkin genel bir perspektif, Uluslararası kamu politikaları, kavram, teori, aktörler, uygulamalar, Editör: Kutlu, Önder; Sayın, Yusuf; Usta, Sefa, Ankara: Nobel Yayınevi.

Çiner, C. U. (2020). Kamu politikaları, perspektifler, temalar ve tezler, Türkiye’de kamu politikaları: güncel konular ve eğilimler, Editör: Çiner, Can Umut, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları Yayın No: 624.

Çevik, H.H., Demirci, S. (2015). Kamu politikası, 3. Baskı, Ankara: Seçkin Yayınevi.

Ergun, T. (2015). Kamu yönetimi, kuram, siyasa, uygulama, 2. Basım, TODAİE Yayın No: 385, TODAİE, Ankara.

Eroğlu, H. T. (2013). Türkiye’de kamu politikası oluşturulmasında uluslararası aktörlerin rolü (148-165), (Ed.) Yıldız, M., Sobacı, M.Z., Kamu politikası, kuram ve uygulama, Ankara: Liberte Yayınevi.

Hebepçi, A. (2020). Cumhurbaşkanlığı hükûmet sisteminde kamu politikası yapımı ve politika kurulları, Yüksek Lisans Tezi, YÖK tez veri tabanından elde edildi, Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı.

Karataş, A, Avcı, S. B. (2018). Türkiye’nin sağlık politikalarının stratejik tasarım okulu perspektifinden değerlendirilmesi, Bildiri, Ardahan Üniversitesi, 1. Uluslararası Siyaset ve Sosyal Bilimler Sempozyumu, s:283-312.

Kumbasar, A. (2016). Sağlık politikaları ders notları, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, Sağlık Yönetimi Ön Lisans Programı, http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikkurumlariisletmeciligi_ao/saglikpolitikolari.pdf; 13.03.2022.

Sarica, F. H. (2008). Türkiye’de kamu politikalarının toplumsal-siyasal kökenleri üzerine bir değerlendirme, Yüksek Lisans Tezi, YÖK tez veri tabanından elde edildi, Mersin Üniversitesi, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı.

Sobacı, M. Z. (2013). Aktörler arası ilişkiler üzerinden kamu politikasını anlamak, (Ed.) Yıldız, M., Sobacı, M.Z., Kamu politikası, kuram ve uygulama, (131-147), Ankara: Liberte Yayınevi.

1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. (2018). 10 Temmuz 2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazete.

11. Kalkınma Planı (2019-2023). Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/07/OnbirinciKalkinmaPlani.pdf>;

Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Dönemi Stratejik Planı, <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,61665/tc-saglik-bakanligi-2019-2023--stratejik-plani.html>; 11.03.2022.

Sağlık Bakanlığı 2021 yılı Faaliyet Raporu, (2021). <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/42666/0/2021-faaliyet-raporupdf.pdf>; 23.03.2022.

Sağlık Bakanlığı 2022 Performans Programı, (2021). 2022-yili-performans-programi-31012022pdf.pdf (saglik.gov.tr), 23.03.2022.

Yeni Ekonomi Programı (2021-2023 Arası Orta Vadeli Program), 29 Eylül 2020 tarihli ve 31259 (mükerrer) sayılı Resmi Gazete, 3030 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararı.

Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Mevzuatın Hastaneler Açısından İncelenmesi

Analysis of the Legislation on Occupational Health and Safety in Türkiye in Terms of Hospitals

Dr. Demet Gökmen Kavak¹, Prof. Dr. Yasemin Akbulut²

¹TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü, Çankaya/Ankara

²Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Keçiören/Ankara

Özet

Giriş: Sağlık çalışanlarının biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal çok çeşitli tehlikelerle karşı karşıya olduğu bilinmektedir. Çalışanların sağlığını tehdit eden risklerin ciddi boyutlara ulaştığı, mesleki faaliyetleri yerine getirirken engeller oluşturduğu araştırmalarla ortaya konulmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği uygulamalarını destekleyici yasal düzenlemelere duyulan ihtiyaç, pandemi ile birlikte daha da artmıştır.

Amaç: Bu çalışmada, Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliğine (İSG) yönelik mevzuat kapsamının hastaneler açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmada, 2012-2021 yılları arasında hastanelerde İSG’ne yönelik uygulamaların çerçevesini belirleyen mevzuat, doküman analizi yöntemi ile incelenmiştir. Doküman araştırması, herkes tarafından erişilebilen, hükümet ve hükümet dışı aktörler tarafından hazırlanan kanunlar, kararnameler, yönetmelikler, yönergeler, raporlar gibi ulusal belgeleri kapsamaktadır.

Bulgular: Çalışma sonucunda, Türkiye’de İSG’ne yönelik uygulamaların, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ve Sağlık Bakanlığı olmak üzere iki ayrı kurum bünyesinde ve birbirinden bağımsız olarak organize edildiği saptanmıştır. Hastanelerde İSG’ne yönelik uygulamalar, ÇSGB tarafından yürürlüğe konulan “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” ile Sağlık Bakanlığı’nca hazırlanan “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” olmak üzere iki temel mevzuat çerçevesinde yürütülmektedir. Ek olarak İSG’ne yönelik çalışmaları düzenleyen, yönetmelik, yönerge, usul esas içeren 37 adet yasal düzenlemeye ulaşılmıştır. Sağlık Bakanlığı çatısı altında doğrudan İSG’ne yönelik bir örgütsel yapılanma bulunmamaktadır. Bu alana yönelik çalışmalar, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulan ilgili Daire Başkanlıkları tarafından koordine edilmektedir.

Sonuç: Türkiye’de İSG çalışmalarına yönelik temel aktör her ne kadar ÇSGB olsa da, çok tehlikeli sınıfta yer alan hastaneler için ÇSGB ile koordineli olarak spesifik mevzuat hazırlanması önerilmektedir. Hastanelere özgü mevzuatın hem uygulamada yaşanan sorunları, hem de kavram karmaşasının önlenmesi açısından önemli olduğu söylenebilir. Özellikle kamu hastanelerinde çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik ayrı bir bölümün kurulması değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Hastane yönetimi, iş sağlığı, sağlık çalışanı, sağlık politikası.

Abstract

Introduction: It is known that healthcare workers are faced with a wide variety of biological, chemical, physical, ergonomic and psychosocial hazards. The research revealed that the risks threatening the health of the employees have reached serious dimensions and creates barriers in performing professional ac-

tivities. The need for legal regulations supporting occupational health and safety practices has increased with the pandemic.

Aim: The aim of this study is to examine the scope of the legislation on occupational health and safety (OHS) in Türkiye in terms of hospitals.

Method: In the study, the legislation that determines the framework of practices for OHS in hospitals between the years 2012-2021 was examined by document analysis method. Document search includes national documents, such as laws, decrees, regulations, directives, reports, prepared by government and non-governmental actors, which are accessible to everyone.

Results: It has been determined that practices for OHS in Türkiye are organized independently under two separate institutions, the Ministry of Labor and Social Security (MoLSS) and the MoH. Practices for OHS in hospitals put into effect based on two main legislations which are “Occupational Health and Safety Law” by the MoLSS and “Regulation on the Development and Evaluation of Health Service Quality” by the MoH. It has been reached 37 sub-legislations, such as regulations, directives, procedural principles that regulate practices. There is no organizational structure directly related to OHS affiliated to the MoH. Practices in this area are coordinated by the relevant Departments established under the General Directorate of Health Services, the General Directorate of Management Services, the General Directorate of Public Hospitals and the General Directorate of Public Health.

Conclusion: Although the main actor for OHS in Türkiye is the MoLSS, it is recommended to prepare specific legislation for hospitals with high risk group in coordination with the MoLSS. It can be said that the legislation specific to hospitals is important both in terms of problems experienced in practice and in terms of preventing conceptual confusion. It should be considered that establishment of a separate department for OHS especially in public hospitals.

Keywords: Hospital management, occupational health, health worker, health policy.

Giriş

Sağlık sektörü, iş kazaları ve meslek hastalıkları açısından en riskli çalışma ortamlarının başında gelmektedir. Sağlık hizmeti özellikleri nedeniyle sağlık çalışanları açısından önemli tehlike ve riskler içermekte, sağlık çalışanları toplumun ve bireylerin sağlığını korurken, iyileştirirken kendi sağlıkları ile ilgili de olumsuzluklar yaşayabilmektedir (Oğan, 2014: 5) Çalışanların maruz kaldıkları bu tehlike ve risklerin bertaraf edilerek iyilik halinin sürekliliğinin sağlanması ancak iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili düzenlemelerinin belirlenmesi ve etkin olarak uygulanması ile mümkündür. Bu etkinlik sadece sağlık hizmetlerinde çalışanlar açısından değil aynı zamanda sunulan sağlık hizmetinin kalitesi ve sürekliliğinin sağlanması, bu hizmetlerden yararlananlar açısından da son derece önem arz etmektedir (Aravacı, 2014: 2).

Sağlık sektörünün en önemli hizmet sunum ortamlarından birisi olan hastanelerde, sağlık çalışanları biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik ve psikososyal olarak sınıflandırılabilir çeşitli tehlikelerle karşı karşıyadır. Bu tehlikeler, sağlık çalışanlarında kimi zaman kesici-delici alet yaralanmaları, çarpma, düşme ve burkulma, şiddete maruz kalma vb. ne bağlı iş kazalarına neden olabilirken, kimi zaman da bulaşıcı enfeksiyonlar, kimyasal ajanlar, radyasyon, kas iskelet sistemi harabiyeti, cilt problemleri ve stres gibi faktörlere bağlı meslek hastalıklarına neden olabilmektedir (Parlar, 2008: 548-552; Zewde, 2020). Türkiye’de ve dünyada yapılan birçok araştırma, son yıllarda bu sorunların ciddi boyutlara ulaştığını ve çalışanların meslek etkinliklerini yerine getirmede engeller oluşturduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarına sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı sağlayabilmek için çağdaş iş sağlığı uygulamalarına ve iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarını destekleyici yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır ve bu ihtiyaç 2019 yılında ortaya çıkan Covid-19 pandemisi ile birlikte daha da artmıştır. Bu çalışmada, Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliğine (İSG) yönelik mevzuat kapsamının hastaneler açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışmada Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliğine yönelik mevzuatın hastaneler açısından incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada nitel araştırma tekniklerinden biri olan doküman analizi yöntemi kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Doküman analizi araştırılması hedeflenen bir konuda bağlam sağlamak, konuyla ilgili zaman içindeki değişimi izlemek, diğer araştırma verilerini desteklemek ve diğer kaynakları doğrulamak için kullanılabilen dokümanların gözden geçirilmesi veya değerlendirilmesi için kullanılan sistematik bir prosedür olarak tanımlanmaktadır (Bowen, 2009). Sağlık politikası araştırmalarında en yaygın kullanılan ve güçlü yöntemlerden biridir (Dalglish ve ark, 2020).

Kapsam

Çalışmanın kapsamını, 2012-2022 yılları arasında T.C Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ve Sağlık Bakanlığı’nın (SB) iş sağlığı ve güvenliği kapsamındaki mevzuatı oluşturmaktadır.

Verilerin Toplanması

Türkiye’de iş sağlığı ve güvenliğine yönelik mevzuatın hastaneler açısından değerlendirilmesinde kullanılan başlıca veri kaynakları; herkes tarafından erişebilen, hükümet ve hükümet dışı aktörler tarafından hazırlanan kanunlar, kararnameler, yönetmelikler, yönergeler, raporlar ve konu ile ilgili web sayfalarıdır. Buna göre, çalışmada kullanılan veriler 2012-2022 yılları arasında konu hakkındaki bilimsel ve teknik yayınlardan, ilgili kurumların resmî internet sitelerinden, SB ve ÇSGB’nin raporlarından ve Resmî Gazete’de yayımlanan ilgili mevzuat ve ilanlardan elde edilmiştir. Dahil etme kriterleri olarak “iş sağlığı ve güvenliği, sağlık, hastane, sağlık çalışanı, çalışan sağlığı, çalışan güvenliği” anahtar kelimelerini içeren belgeler araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Bu bağlamda çalışmada 2012 ile 2021 arasında yayınlanan 32 ilgili belge tanımlanmıştır (Tablo 1).

Verilerin Analizi

Doküman analizi süreci, gözden geçirme, okuma ve yorumlamayı içermekte, içerik analizi öğelerini birleştirerek tematik analiz yapmayı gerektirmektedir (Corbin ve Strauss, 2008). Bu bağlamda, doküman analizi, problemin tanımlanması, mevzuatın kapsamı ve tarihçesi, mevzuatın hastaneler için değerlendirmesi temaları altında yapılmıştır. Tematik analiz, ortaya çıkan temaların analiz kategorileri haline gelmesiyle birlikte, veriler içinde bir örüntü tanıma biçimi olarak tanımlanmaktadır. Süreç, verilerin dikkatli, daha odaklı bir şekilde yeniden okunmasını ve gözden geçirilmesini içermektedir (Fereday ve Muir-Cochrane, 2006).

Tablo 1. Analiz Edilen Belgelere Genel Bakış

	Doküman Adı	Doküman Türü	Yayın Tarihi
1	Çalışanların Sağlık Gözetimine Yönelik Tıbbi Tetkiklerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik	Yönetmelik	20.01.2022
2	Sağlık Çalışanlarına Karşı Şiddetin Önlenmesine Yönelik Kanun	Kanun	15.04.2020
3	Asansör İşletme ve Bakım Yönetmeliği	Yönetmelik	6.04.2019
4	Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliği	Yönetmelik	1.03.2019
5	Asansör Periyodik Kontrol Yönetmeliği	Yönetmelik	4.05.2018
6	Basınçlı Ekipmanlar yönetmeliği	Yönetmelik	3.03.2018
7	Basit basınçlı kaplar yönetmeliği	Yönetmelik	3.11.2016
8	İlkyardım Yönetmeliği	Yönetmelik	29.07.2015
9	İşyerlerinde İşveren veya İşveren Vekili Tarafından Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerine İlişkin Yönetmelik	Yönetmelik	29.06.2015
10	Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik	Yönetmelik	27.06.2015
11	İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ	Tebliğ	03.05.2014
12	Sağlık ve Güvenlik İşaretleri Yönetmeliği	Yönetmelik	11.09.2013
13	Geçici veya Belirli Süreli İşlerde İş Sağlığı ve Güvenliği Hakkında Yönetmelik	Yönetmelik	23.08.2013
14	Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik	Yönetmelik	16.08.2013
15	Çalışanların Gürültü ile İlgili Risklerden Korunmalarına Dair Yönetmelik	Yönetmelik	28.07.2013
16	Elle Taşıma İşleri Yönetmeliği	Yönetmelik	24.07.2013
17	Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik	Yönetmelik	24.07.2013
18	İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik	Yönetmelik	20.07.2013
19	İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik	Yönetmelik	17.07.2013
20	Hijyen Eğitimi Yönetmeliği	Yönetmelik	5.07.2013
21	Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik	Yönetmelik	2.07.2013
22	İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik	Yönetmelik	18.06.2013
23	Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik	Yönetmelik	15.06.2013
24	Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik	Yönetmelik	15.05.2013
25	Ekranlı Araçlarla Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik	Yönetmelik	16.04.2013
26	İş Ekipmanlarının Kullanımında Sağlık ve Güvenlik Şartları Yönetmeliği	Yönetmelik	25.04.2013
27	İşyerlerinde İşin Durdurulmasına Dair Yönetmelik	Yönetmelik	30.03.2013
28	İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik	Yönetmelik	18.01.2013
29	İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği	Yönetmelik	29.12.2012
30	İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik	Yönetmelik	29.12.2012
31	Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri Ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik	Yönetmelik	5.07.2012
32	6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu	Kanun	30.06.2012

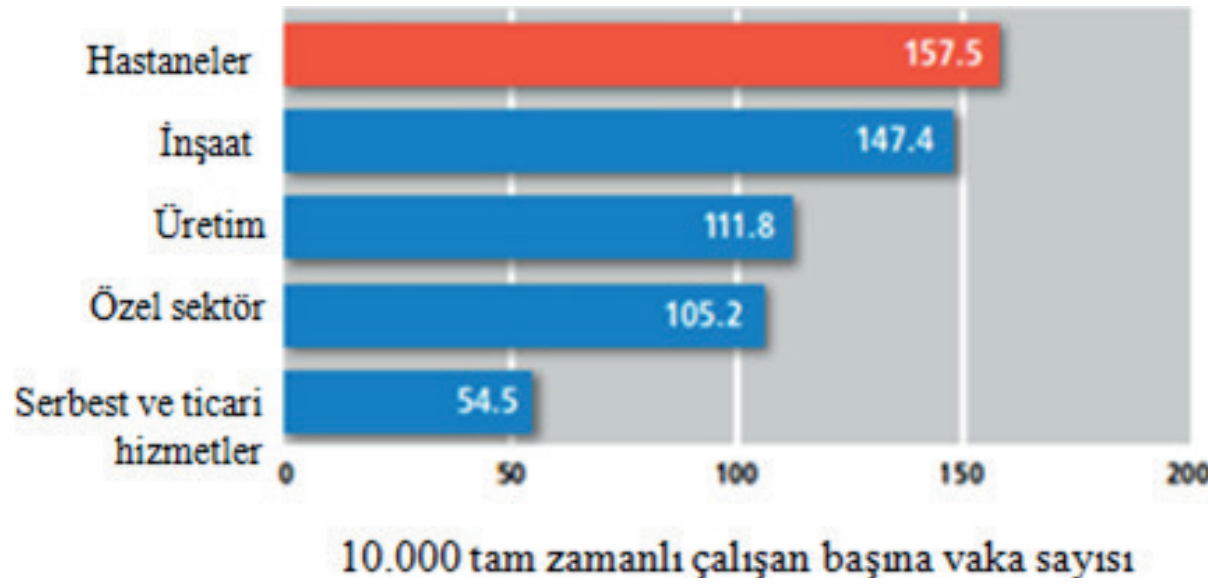
Bulgular

Problemin Tanımlanması

Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliğini tehdit eden çok sayıda tehlike ve riskler nedeniyle yaşanan iş kazaları ve hastalıkları çalışanların tazminat ve sigorta harcamalarını artırabilmekte, personel iş akışını boza bilmekte, işten erken ayrılma, işyeri maneviyatının bozulması gibi sonuçlara neden olabilmektedir. Hizmet sektörlerine göre, her 10.000 tam zamanlı çalışan için, hastalık ve yaralanma sonucu işten uzak kalma durumlarına yönelik yapılan çalışmalar, hastanelerde görev yapan çalışanların, geleneksel olarak daha

yüksek olacağı düşünülen inşaat ve üretim sektörlerinde çalışanlardan daha yüksek oranda işten uzak kaldıklarını göstermektedir (Şekil 1)

Şekil 1. Hastalık ve Yaralanma Sonucu İşten Uzak Kalma Durumu, 2011



(Occupational Safety and Health Administration, OSHA, 2013)

3.2. Mevzuatın Kapsamı ve Tarihçesi

Türkiye’de hastanelerde İSG’ne yönelik politikalar iki temel aktör tarafından yürütülmektedir. Bu aktörlerden ilki ÇSGB, diğeri ise SB’dır. Hastanelerde İSG’ne yönelik uygulamalar temelde ÇSGB tarafından Türkiye genelinde tüm çalışma alanlarına özgü olarak yürütülen İSG’ne politikalarına dayanmaktadır. Bununla birlikte SB tarafından doğrudan hastanelere özgü politikalar da oluşturulmuş durumdadır.

Türkiye’de İSG politikalarının oluşturulmasında Avrupa Birliği’ne tam üyelik süreci etkin rol oynamıştır. Avrupa Birliği’ne üyelik amacıyla, bir yandan ülke mevzuatında önemli değişiklikler yapılırken, bir yandan da kamu ve özel kesimdeki kuruluşlarda yapısal reformlar uygulamaya konulmuştur. Bunun yanı sıra Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization-ILO)’nün 155 ve 161 sayılı sözleşmelerin getirmiş olduğu çalışma ortamı ile uyumlu ulusal politika oluşturulması ve denetiminin yapılması gibi adımlar da Türkiye’de İSG uygulamalarının yaygınlaşmasını hızlandırmıştır. Bu kapsamda bütün faaliyetlerde iş güvenliği ve ekonomik faaliyetlerin bir arada yürütülmesinin önü açılarak tüm işçilerin haklarının korunmasıyla iş risklerinin incelenerek iş sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesi gibi önemli adımlar atılmıştır.

Türkiye’de İSG konusunda ilk kapsamlı düzenlemeler ise 08.06.1936 tarihinde kabul edilen, 16.06.1937 tarihinde yürürlüğe giren ve 1967 yılına kadar yürürlükte kalan 3008 sayılı İş Kanunu ile yapılmıştır. Bu kanun kapsamında iş kazaları ve meslek hastalıkları riskinden korunmak amacıyla 27.06.1945 tarihli 4772 sayılı “İş Kazaları ile Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu” çıkarılmıştır. Ayrıca 09.07.1945 tarihli ve 4792 sayılı yasa kapsamında İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. 28.01.1946 tarihli 4841 sayılı Çalışma Bakanlığı Kuruluş Yasası ile bakanlığın görevleri arasında sosyal güvenlik de yer almıştır. Bakanlığın bünyesinde İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğü oluşturularak iş sağlığı ve güvenliğine yönelik çalışmaların tek elden yürütülmesi amaçlanmıştır. ILO 81 sayılı Sözleşmenin 9. maddesinin onanmasına dair 13.12.1950 tarihli ve 5690 sayılı Kanun yürürlüğe girmesiyle işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği açısından denetim yapmak, çalışma hayatını düzenlemek ve gerekli uyarılarda bulunmak üzere hekim, kimyager ve mühendis gibi teknik elemanların görevlendirilmesine dair 174 sayılı Kanun yürürlüğe girmiştir. 12.01.1963 tarihinde İstanbul, Ankara, Zonguldak ve İzmir illerinde İş Güvenliği Müfettişleri Grup Başkanlıkları kurulmuştur. Daha sonra diğer illerde de kurulan grup başkanlıkları aracılığı ile iş sağlığı ve iş güvenliği yönünden işyerlerinin denetimi gerçekleştirilmiştir. 3008 sayılı İş Kanunun yetersiz kalmasından dolayı yerine 28.07.1967 yılında 931 sayılı İş Kanunu çıkarılmasına rağmen Anayasa Mahkemesi tarafından usul yönünden bozulması üzerine, metinde herhangi bir değişiklik yapılmadan 25.08.1971 yılında 1475 sayılı İş Kanunu yürürlüğe konmuştur. Bu kanun ve ona uygun olarak çıkarılan 14 tüzük ve yönetmelikler ile iş sağlığı ve güvenliği açısından kapsamlı düzenlemeler yapılmıştır. 1475 sayılı İş Kanunu ile işverenin iş sağlığı ve güvenliği açı-

sından yükümlülükleri belirlenmiş ve bu hususta gerekeni yapmak, tedbirleri almakla yükümlü kılınmıştır. Ayrıca işçilerin de usul ve şartlara uymak zorunda oldukları belirtilmiştir. Bu yasanın 76. maddesiyle iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi amaçlanmış ve iş yerlerinde iş sağlığı ve güvenliği kurullarının kurulması, kuruluş, yetki ve sorumluluklarının tüzükle saptanması belirtilmiştir. 17.07.1964 tarihinde kabul edilen ve 01.03.1965 tarihinde yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu (SSK) ile sosyal sigorta uygulamalarına yönelik değişik zamanlarda çıkarılmış yasalar bir araya getirilmiştir. Bu yasa ile sigortalıların sağlık durumlarının denetlemesi amaçlanmış, iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası tarafından işçilere ve hak sahiplerine sağlanacak yardım ile ödemeler belirtilmiştir. 3008 sayılı İş Kanunu gibi 1475 sayılı İş Kanununda da günün koşullarına cevap verememesi ve gelişen teknolojinin getirdiklerine uyum sağlamak amacıyla 10.06.2003 tarihinde 4857 sayılı İş Kanunu çıkarılmıştır. Bu yasa Avrupa Birliği ve ILO normları dikkate alınarak hazırlanmıştır. 1475 sayılı İş Kanununda “İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği” kavramı bu yasa ile “İş Sağlığı ve Güvenliği” şeklinde daha geniş bir anlamda kullanılmıştır. Bu kanunun 5. bölümü iş sağlığı ve güvenliğine ayrılmış olup, hak ve yükümlülükler, önlemler, çocuk ve kadınların korunması ile teknik elemanlar ve kurullar şeklinde dört grupta toplanmıştır.

Türkiye’de doğrudan hastanelere özgü yasal düzenlemelerin temelini ise 06/04/2011 tarihli ve 27897 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” oluşturmaktadır. Bu yönetmelik, sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından 2015 yılında hazırlanan “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” in 06/08/2013 tarihli ve 28730 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmesi ile Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

Türkiye’de İSG’ne yönelik güncel düzenleme 20.06.2012 tarihinde kabul edilen ve 30.06.2012 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan 6331 sayılı “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu”dur (ÇSGB, 2012). Hastaneler de dahil olmak üzere tüm çalışma alanlarında İSG’ne yönelik uygulamalar bu temel politika direktifleri doğrultusunda yürütülmektedir.

Hastanelere özgü İSG uygulamalarının temelini oluşturan diğer düzenleme ise T.C. Sağlık Bakanlığı (2015) Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan ve 27/06/2015 tarihli ve 29399 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” tir. Bu yönetmeliğin amacı; sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlık hizmet kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir. Bu Yönetmelik; teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti ile koruyucu sağlık hizmeti sunan tüm kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

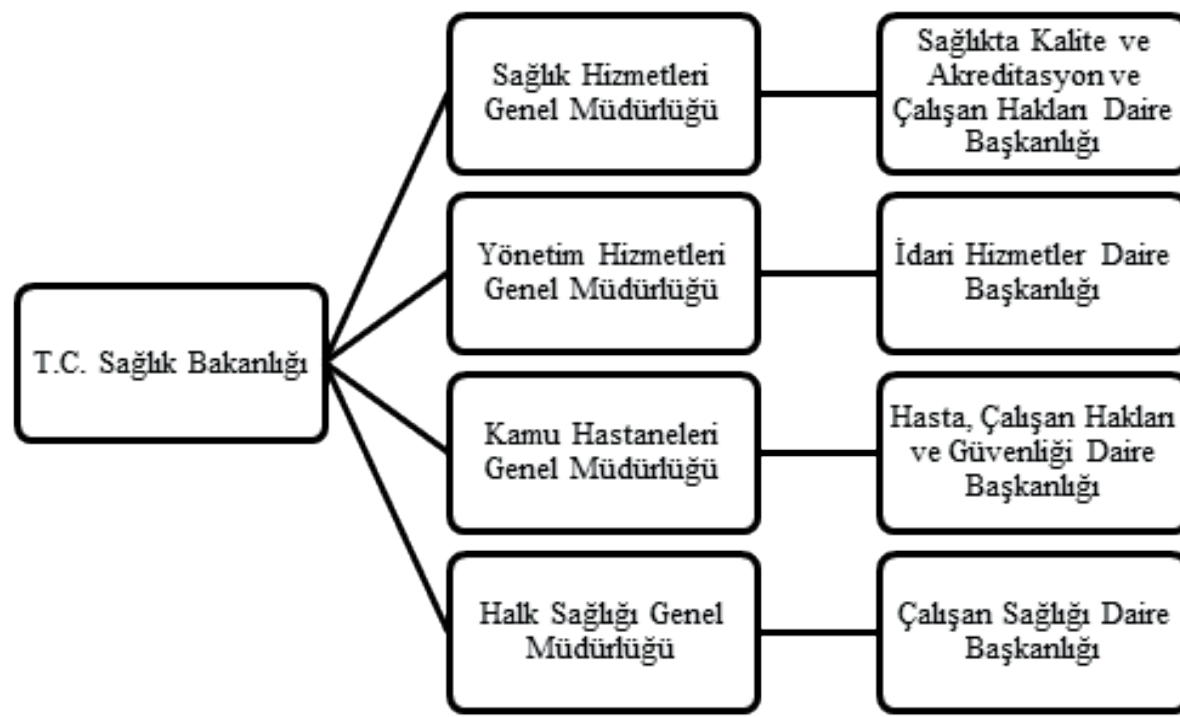
Mevzuatın Uygulanması ve Aktörler

Türkiye’de İSG’ne yönelik sistemin temel uygulayıcısı ÇSGB’dir. Bakanlık bu görevini kendi bünyesinde bulunan asli nitelikte görevli dört birim ve İSG konusunda çeşitli düzeyde faaliyetleri bulunan, Sağlık Bakanlığı’nın da aralarında yer aldığı yardımcı nitelikteki kurumlar aracılığıyla yürütmektedir (ÇSGB, 2022). Bununla birlikte 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 21 inci maddesi ile Türkiye genelinde iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili politika ve stratejilerin belirlenmesi için tavsiyelerde bulunmak üzere Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi kurulmuştur. Söz konusu Konseyin kuruluş amacı, oluşumu, görevleri ve ça-

İşma usul ve esaslarını düzenlemek üzere hazırlanan “Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi Yönetmeliği” 05.02.2013 tarih ve 28550 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2022) çatısı altında doğrudan ve yalnızca İSG’ne yönelik çalışmalar yürütmek üzere kurulmuş bir organizasyon yapısına rastlanılamamakta, kurumsal yapının oldukça dağınık bir görünümde olduğu izlenmektedir. Bu alana yönelik çalışmalar Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM), Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü (YHGM), Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (KHGM) ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne (HSGM) bağlı ilgili Daire Başkanlıkları tarafından yürütülmektedir (Şekil 2).

Şekil 2. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar İSG Yapılanması (Yazarların kendi çizimi)



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün görev tanımlarından birisi, 2011 yılında hazırlanarak yürürlüğe konulan 663 Sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK)” nin sekizinci maddesi kapsamında, “hasta hakları ile hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapma” şeklinde tanımlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 2011). Burada İSG kavramının terminolojik açıdan farklılaştığı dikkati çekmekte ve İSG kavramının “çalışan sağlığı ve güvenliği” olarak kullanıldığı izlenmektedir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde görev yapan “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı” tarafından çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik kapsamlı çalışmalar yürütülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının “nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” hedefi çerçevesinde 2007 yılında faaliyete başlayan Daire Bakanlığı görevlerini halen SHGM bünyesinde yürütmektedir. Temel çalışma alanını Türkiye’de sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda kalite ve akreditasyon faaliyetleri oluşturmakla birlikte, hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapma görevi 27/04/2015 tarihli ve 1557 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan “Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün Görevlerine Dair Yönerge” kapsamında bu Daire Başkanlığına verilmiştir (SHGM, 2015).

Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü-YHGM’nde İSG uygulamalarına yönelik çalışmalar, “İdari Hizmetler Daire Başkanlığı” tarafından yürütülmektedir. Daire Başkanlığının görev tanımlarından birisi “iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek” olarak tanımlanmıştır (YHGM, 2022).

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü-KHGM bünyesinde “Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Daire Başkanlığı” adıyla bir yapı kurulmuştur. Konuyla ilgili çalışmalar “Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi” ve “İSG Birimi” olmak üzere iki ayrı birim tarafından yürütülmektedir. İSG Birimi ile 6331 sayılı İş sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında tüm sağlık tesislerinde iş sağlığı ve güvenliği yükümlülüklerinin etkin verimli ve güvenli bir şekilde yürütülmesinin sağlanması amaçlanmış, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi’nin görev-

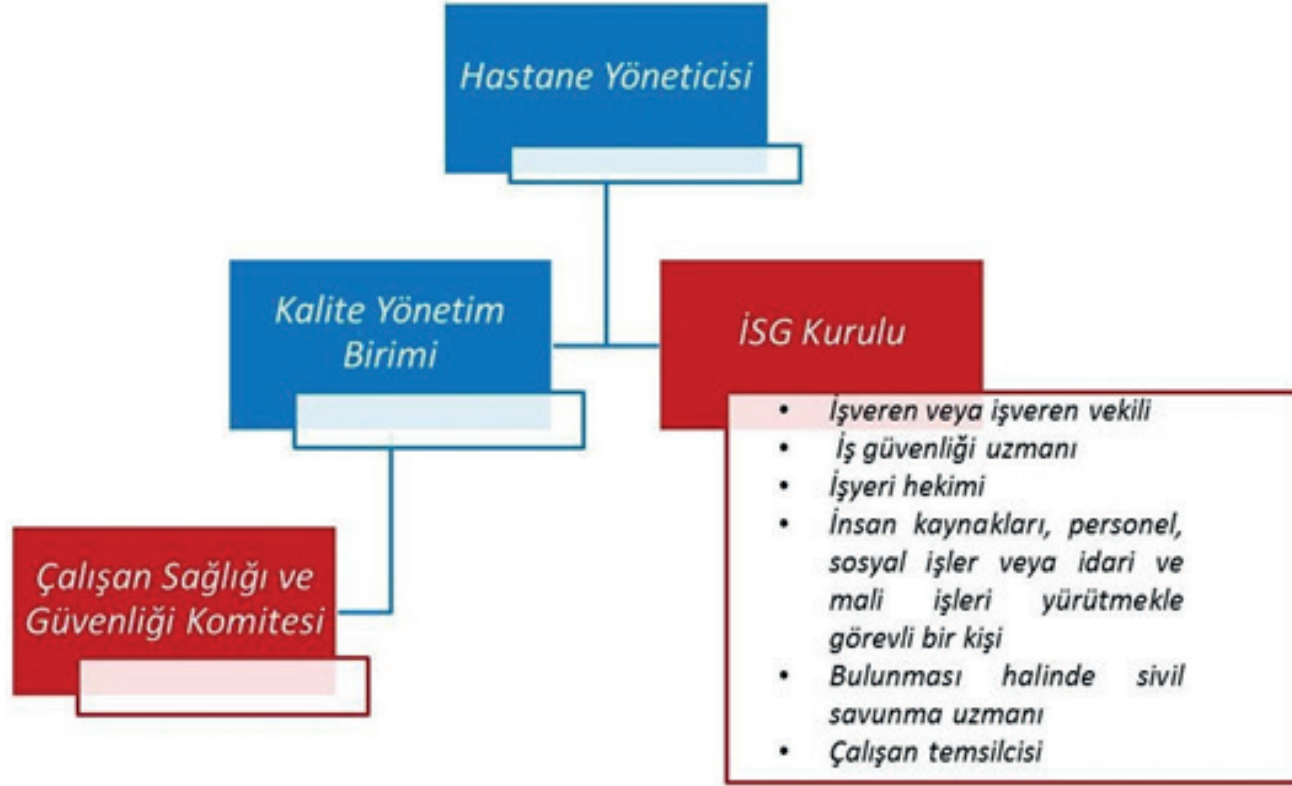
leri ise aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır (KHGM, 2022);

- Genel Müdürlüğe bağlı sağlık tesislerinde Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimlerinin kurulmasını sağlamak ve işleyişlerini takip etmek,
- Genel Müdürlüğe bağlı sağlık kuruluşlarında çalışan hakları ve güvenliği uygulamalarının mevzuata göre yürütülmesini sağlamak,
- Genel Müdürlüğe bağlı sağlık kuruluşlarında çalışan hakları ve güvenliği uygulamalarına yönelik projeler üretmek,
- Doğrudan Genel Müdürlüğe yapılan başvuruları, ilgili kuruma yönlendirmek, başvuruların zamanında sonuçlandırılmasını sağlamak,
- Mobbing ve şikâyet başvurularının değerlendirilmek,
- Sağlık çalışanına karşı şiddetin önlenmesi ve hizmet sunumunun kalitesinin artırılmasını sağlamak,
- Sağlık personelinin çalışma koşulları ve sundukları hizmetten dolayı karşılaşılabilecekleri tehlikeleri tanımlamak,
- Sağlık personelinin yasal mevzuat hakkında bilgilendirmek,
- Sağlık personeline eğitim modülleri ile hak ve uygulamaları aktarmak,
- Sağlık çalışanlarının güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması amacıyla sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik tedbirler almak,
- Sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşması durumunda uyulması gereken iş akışını belirlemek,
- Genel Müdürlüğümüze şahıs/kurumlardan gelen görüş taleplerini, mevzuat kapsamında değerlendirerek yanıtlamak,
- ALO 113/ Beyaz Kod verilerini toplamak ve değerlendirerek düzenleyici ve önleyici faaliyetlerde bulunmak.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü-HSGM’nde ise sağlık alanına özgü İSG uygulamaları ile ilişkili olarak “Çalışan Sağlığı Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Söz konusu daire başkanlığı, çalışanların sağlığının korunması amacıyla, ulusal ve uluslararası alanda araştırma, geliştirme ve denetim faaliyetlerde bulunmak, ortak projeler yürütmek, mesleki risklere ait veri ve istatistikler toplamak ve gerekli sürveyans çalışmaları planlamak ve uygulanmasını sağlamakla görevlidir (HSGM, 2022).

Hastanelerde İSG’ne yönelik organizasyonel yapılanma Şekil 3’de verilmektedir. İSG’ne yönelik çalışmaların tamamı doğrudan hastane yöneticisine bağlı olarak görev yapan, Hastane Kalite Yönetim Birimlerine bağlı kurulan “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi” ve 6331 sayılı İSG Kanunu’nda kurulması zorunlu olan “İSG Kurulu” işbirliğiyle yürütülmektedir.

Şekil 3: Türkiye’de Hastanelerde İSG Uygulamaları, Yönetsel Yapı



(Yazarların kendi çizimi)

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulunun görev ve yetkileri “İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik” kapsamında aşağıdaki şekilde belirlenmiştir (ÇSGB, 2013).

- İşyerinin niteliğine uygun bir iş sağlığı ve güvenliği iç yönerge taslağı hazırlamak, işverenin veya işveren vekilinin onayına sunmak ve yönergenin uygulanmasını izlemek, izleme sonuçlarını rapor haline getirip alınması gereken tedbirleri belirlemek ve kurul gündemine almak
- İş sağlığı ve güvenliği konularında o işyerinde çalışanlara yol göstermek
- İşyerinde iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin tehlikeleri ve önlemleri değerlendirmek, tedbirleri belirlemek, işveren veya işveren vekiline bildirimde bulunmak
- İşyerinde meydana gelen her iş kazası ve işyerinde meydana gelen ancak iş kazası olarak değerlendirilmeyen işyeri ya da iş ekipmanının zarara uğratma potansiyeli olan olayları veya meslek hastalığında yahut iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bir tehlike halinde gerekli araştırma ve incelemeyi yapmak, alınması gereken tedbirleri bir raporla tespit ederek işveren veya işveren vekiline vermek
- İşyerinde iş sağlığı ve güvenliği eğitim ve öğretimini planlamak, bu konu ve kurullarla ilgili programları hazırlamak, işveren veya işveren vekilinin onayına sunmak ve bu programların uygulanmasını izlemek ve eksiklik görülmesi halinde geri bildirimde bulunmak
- İşyerinde yapılacak bakım ve onarım çalışmalarında gerekli güvenlik tedbirlerini planlamak ve bu tedbirlerin uygulamalarını kontrol etmek
- İşyerinde yangın, doğal afet, sabotaj ve benzeri tehlikeler için alınan tedbirlerin yeterliliğini ve ekiplerin çalışmalarını izlemek
- İşyerinin iş sağlığı ve güvenliği durumuyla ilgili yıllık bir rapor hazırlamak, o yılki çalışmaları değerlendirmek, elde edilen tecrübeye göre ertesi yılın çalışma programında yer alacak hususları değerlendirerek belirlemek ve işverene teklifte bulunmak
- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 13 üncü maddesinde belirtilen çalışmaktan kaçınma hakkı talepleri ile ilgili acilen toplanarak karar vermek
- İşyerinde teknoloji, iş organizasyonu, çalışma şartları, sosyal ilişkiler ve çalışma ortamı ile ilgili faktörlerin etkilerini kapsayan tutarlı ve genel bir önleme politikası geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmak

Hastanelerde İSG'ne yönelik uygulamaların yürütülmesinde kurulan organizasyonel yapının diğer ayağını ise “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi” oluşturmaktadır. Bu yapı, SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane-Sürüm 6 kapsamında çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik hazırlanan standartlardan biridir ve söz konusu komitenin görevleri aşağıdaki konuları içermektedir (SHGM, 2020: 84).

- Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması
- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması
- Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması
- Sağlık tarama programının hazırlanması, takibi

Bununla birlikte, SKS Hastane-Sürüm 6, çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik çeşitli standartlar içermektedir. Bu standartlardan bazıları aşağıda belirtilmektedir (SHGM, 2020).

- Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunması
- Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesinin kurulması
- Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması
- Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanması
- Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânların sağlanması, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçlarının karşılanması
- Personelin sağlık durumlarına ve ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılması
- Çalışanların görüş, öneri ve şikâyetlerinin alınması ve değerlendirilmesi
- Çalışan geribildirim anketlerinin uygulanması
- Çalışanlara yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme bulunması

Hastaneler bu standartları yerine getirmekle yükümlü olup “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” çerçevesinde, Türkiye’de teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti ile koruyucu sağlık hizmeti sunan kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşları, yılda bir defa Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde Bakanlıkça zorunlu olarak değerlendirilmektedir.

Mevzuatın Değerlendirilmesi

Türkiye’de, Avrupa Birliği’ne tam üyelik ve ILO sözleşmelerine uyum amacıyla yürütülen çalışmalar doğrultusunda İSG bakımından oldukça önemli mesafe kat edilmiştir. Türkiye’de İSG’ne yönelik çalışmaların özellikle 6331 sayılı kanunun yürürlüğe girmesiyle önemli bir ivme kazandığı gözlenmektedir. Kanun, Türkiye’de ilk defa olarak iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini müstakil bir kanun ile düzenleyerek konunun önemini ortaya koymuş, mevzuat alanında yaşanan sıkıntıları da ortadan kaldırmıştır. Kanun, kapsam itibarıyla bütün işçilerle birlikte diğer çalışanları da kapsamına almış, ayrıca düzenlemelerde bir çalışan sınırı getirmemiştir. Başka bir ifadeyle, bin işçi çalıştıran da bir işçi çalıştıran da kanunun kapsamı içinde yer almış olması bakımından önemlidir. Kanun genel anlamda, kapsam itibarıyla getirdiği yeni düzenlemeler sayesinde kurumlar açısından oldukça çağdaş ve AB standartlarına uyumlu bir yasaya kavuşulmasını sağlamıştır.

Öte yandan Kanunun sektörel farklılıkları gözetmeksizin, adı, içeriği ve ekleri itibarıyla “iş” kavramını te-

mel alırken, insanı/çalışanı işin herhangi bir unsuru olarak değerlendirmesi, hastanelerle uyumlu olmadığı oysa sağlık ve güvenlikle ilgili tüm düzenlemelerin esas olarak insanı/çalışanı temel alması gerektiği üzerinde durulmaktadır (Oğan, 2014; 6). Bununla birlikte, hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliği olarak ifade edilen ve İSG’ne karşılık gelen uygulamalara ilişkin terminolojik farklılığın, hastanelerdeki uygulamalar açısından kavram karmaşasına neden olduğu belirtilmekte, “iş sağlığı ve güvenliği” kavramlarının sağlık çalışanları tarafından doğru kavranması, bilinmesi ve benimsenmesinin konuya yönelik çalışmaların başarısını arttırmada önemli olduğuna dikkat çekilmektedir (Oğan 2014: 6).

Sağlık Bakanlığı’nın 6331 sayılı Kanun’un önemli paydaşlarından birisi olmasına rağmen, Kanun’un hazırlık çalışmaları sırasında Bakanlıklar arasında koordinasyon eksikliği olduğundan söz edilmektedir. Oysaki, İSG çalışmaları, alanla ilişkili işveren, işçi, tıp, hukuk, mühendislik, teknoloji gibi tüm unsurların yer aldığı multidisipliner bir çalışma ortamını gerektirdiği ve bunun meslek hastalıklarının ve iş kazalarının önlenmesi üzerine pozitif yönde etkisi olabileceği aşikârdır.

Sağlık Bakanlığı düzeyinde İSG çalışmalarına yönelik organizasyonel yapı dağınık bir görünümündedir. Bu yapıların tamamı doğrudan ÇSGB tarafından 30/06/2012 tarihli ve 28339 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanarak yürürlüğe giren “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” ile 18/01/2013 tarihli ve 28532 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanarak yürürlüğe giren “İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine dayanılarak ve söz konusu mevzuatlarda geçen “elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde bu yapıların kurulma zorunluluğu maddesi (Md 2) doğrultusunda oluşturulmuştur. Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığı bünyesinde doğrudan sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliğine yönelik çalışmaları yürütecek bir üst yapının varlığına dair bir eksiklik olduğu belirtilmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nca Sağlıkta Kalite Standartları ile kurulması istenen “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi” ile 6331 sayılı Kanunun zorunlu tuttuğu İSG Kurulları şeklinde tanımlanan yapılar kafa karışıklığına neden olmakta, oysa her iki yapının da aynı işi yapmakta olduğu ve bu yüzden rol karmaşası yaşattığı belirtilmektedir.

SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından 2011 yılında konuya spesifik olarak hazırlanan ilk mevzuat olan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”in 2015 yılında yine aynı Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan bir başka yönetmelikle (Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik) yürürlükten kaldırılmasına sağlık çalışanları tarafından anlam verilememektedir. Doğrudan konuya özgü spesifik bir mevzuatın varlığı sağlık çalışanlarını öncelleyen bir yaklaşım olması gerekçesiyle önemli görülmektedir.

Hastanelerde kurulması zorunlu olan İSG Kurulunda görev alacak kişilerden birisi olan İSG uzmanının A sınıfı İSG belgesine sahip olması gerekmektedir. İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve İzleme Programı (2019) verilerine göre, Türkiye’de 14 bin 168 A sınıfı iş güvenliği uzmanı bulunmaktadır. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu’na (2022) kayıtlı iş yeri sayısı 1.879.771, Sağlık Bakanlığı (2020) verilerine göre hastane sayısı ise 1534’tür. Buna göre, Türkiye’de A sınıfı uzman sayısının, toplam iş yeri sayısı ve hastane sayısı göz önünde bulundurulduğunda, hastanelerin ihtiyacı olan sayıyı karşılaması bakımından yeterli olmadığı değerlendirilmektedir.

Öte yandan SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında yer alan çalışan sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamaların değerlendirilmesine ilişkin literatür nispeten azdır. Deveci ve Paşalı (2015) tarafından İzmir ili Güney Sekreterliğine bağlı hastanelerde görev yapan sağlık çalışanları üzerinde yapılan, ‘Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Standartlarının Çalışan Güvenliği Açısından Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi’ne yönelik araştırma sonuçları, hastanelerde İSG uygulamalarına yönelik politikaların değerlendirilmesi açısından anlamlıdır. Araştırmanın sonuçlarına göre;

- Çalışanların çoğunluğu SKS’nin bürokratik ve kırtasiye işlemlerini artırdığını düşünmektedir. SKS’nin

hastalara daha fazla zaman ayrılmasını sağladığı, çalışan motivasyonuna olumlu katkı sağladığı ve hastane yöneticilerinin çalışanlar üzerindeki baskısını artırmadığını düşünenlerin oranı daha azdır.

- Çalışanlar içerisinde hastanede mesleki risklere yönelik koruyucu önlemlerin alındığını belirtenlerin oranı %50'dir.
- Araştırmanın uygulandığı hastanede kişisel koruyucu ekipmanlara çalışma alanlarında kolaylıkla ulaşıldığını, buna rağmen hastane yönetiminin çalışanların sağlığını korumadığını belirtenlerin oranı daha yüksektir.
- Çalışanlar, kendilerinin çalışan güvenliği konusunda yaptığı faaliyetlerin yeterli olduğunu düşünmektedir. Ancak aynı çalışanlar devletin çalışan güvenliği sağlamaya yönelik standardını ve yaptığı faaliyetleri yetersiz bulmaktadır. Çalışanlar mesleki sağlığının ve iş güvenliğini olumsuz değerlendirmektedir.
- Araştırmada elde edilen bulgularında birisi de acil ve radyoloji çalışanlarının çalışan güvenliğini değerlendirme de diğer meslektaşlarına nazaran düşük skorlar vermesi olmuştur. Radyoloji çalışanları radyasyon başta üzere olmak üzere diğer mesleki risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır. Yine acil servislerde sunulan hizmetlerin ivedi ve ertelenemez olması nedeniyle yoğun stres yaşamakta ve çalışanlar sıklıkla sözel ve fiziksel şiddete maruz kalmaktadır.

Center of Disease Control-CDC'nin tahminlerine göre hastane çalışanlarında her yıl 385 bin enjektör yaralanması ve günde ortalama 1000 kesici alet yaralanması olmaktadır. Bir hastanede 100 yatak/yıl için ortalama 30 enjektör ve diğer kesici alet yaralanması olmaktadır. Kan ve vücut sıvılarına maruziyet olan bu yaralanmalara en fazla hemşireler (%44), hekimler (%28) ve teknisyenler (%15) maruz kalmaktadır. Perkutan yaralanmaların %32'si tek kullanımlık enjektörlerle, %19'u sütur iğneleriyle ve %12'si kanatlı çelik iğnelerle olmaktadır. Veriler ayrıca kesici alet yaralanmalarının yetersiz rapor edildiğini göstermektedir. Yapılan bir araştırmaya göre bu kazaların %60 kadarı rapor edilmemektedir. Sadece tıbbi personel değil temizlik işçileri ve çamaşırhane personeli de risk altındadır. En önemli risk kanla bulaşan hastalıklardır. Yaralanma sonucu 20 kadar kan yoluyla bulaşan patojene maruziyet olabilmektedir (Yeşildal, 2005: 283).

Bununla birlikte sağlık çalışanlarında ıslak zemin, yüksek basamaklar, zemindeki düzensizlikler gibi ortama ait faktörler kayma, düşme, burkulma, çarpma gibi iş kazaları da yaygın olarak görülebilmektedir. Bir işin yapılması sırasında fizik güç kullanılması (hasta taşıma-kaldırma, malzeme kaldırma), uygun olmayan duruş, vücutta gerginliğe yol açacak omuz hizasından yükseğe uzanma sonucunda vücudun bükülme veya dönmesi gibi durumlarla hastanelerde sıklıkla karşılaşilmektedir. Özellikle hasta taşıma ve kaldırma eylemleri nedeniyle ortaya çıkan is kazaları hastanelerde karşılaşılan is kazalarının üçte birini oluşturmaktadır (Carrivic ve ark, 2005)

Sağlık çalışanlarında şiddete uğrama riski de diğer hizmet sektörü meslek gruplarına göre 16 kat fazladır. Finlandiya'da yapılan bir araştırmaya göre psikiyatri hemşireleri, hapishane gardiyanları ve polis memurlarının ardından şiddete maruz kalma sıralamasında 3. Sırayı (500/1000 maruz kişi), doktorlar 4.sırayı (234/1000 maruz kişi), hemşireler 5. sırayı (229/1000 maruz kişi) almışlardır. Sağlık çalışanları içinde en fazla şiddete maruz kalanlar acil servis çalışanlarıdır ve risk faktörlerinin başında madde bağımlılığı ya da psikiyatrik hastalığı olan hastalar gelmektedir (Yeşildal, 2005: 282)

Sonuç ve Öneriler

Hastanelerin çok tehlikeli sınıfta yer alan bir sektör olması, çalışanlar tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin insan hayatına mal olabilecek ciddi sonuçları olabilmesi gibi nedenlerle hastanelerde İSG diğer sektörlerde nazaran ayrıca önem taşıyan bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Uluslararası alanda sağlıkta İSG'ne yönelik uygulamalar Türkiye'deki uygulamalarla benzerlik göstermekte, tüm sektörler için ortak hazırlanan direktiflerin sağlık kurumlarına da uyarlandığı görülmektedir. Oysa sağlık kurumları çok sayıda, nitelikte ve kapasitede personelin görev yaptığı, buna karşılık çok sayıda tehlike ve riskler barın-

dıran ortamlar olması nedeniyle, çalışanın sağlığının korunmasına yönelik sağlığa spesifik, pratik, kolay anlaşılabilir, uygulanabilir, etkili ve güvenlik kültürünü önceleyen özel ve farklı modellerin geliştirilmesi ve uygulamaya sunulması bir gereklilik olarak değerlendirilebilir.

Türkiye’de sağlık alandaki İSG uygulamaları her ne kadar Sağlık Bakanlığınca geliştirilen Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde belirlenmiş ve yol gösterici bir unsur olarak kullanıma sunulmuş olsa da hastanelerdeki uygulamalar sıklıkla ÇSGB’nin direktifleri doğrultusunda şekillendirilmektedir. 6331 sayılı İSG Kanunu hangi sektörde ve alanda çalıştığına bakılmaksızın tüm çalışanları kapsamakta ve bu nedenle hastanelerdeki uygulamalar da bu kanun hükümleri doğrultusunda yürütülmektedir. Bu durum hastanelerde yürütülen uygulamalar açısından karışıklıklara neden olabileceği gibi yöneticiler için baskı unsuru oluşturabilmektedir.

Türkiye’de İSG çalışmalarına yönelik çatı yapıyı, her ne kadar ÇSGB oluşturuyorsa da konunun paydaşları açısından özellikle çok tehlikeli sınıfta yer alan sektörlerden biri olan hastaneler için ÇSGB ile koordineli olarak spesifik mevzuat çalışmalarının yapılması konusu gerek uygulama gerekse kavram karışıklıklarını önleme açısından tekrar gözden geçirilebilir.

Sektörel özellikleri bakımından Sağlık Bakanlığı düzeyinde, İSG çalışmalarını koordine etmekle görevli bir üst organizasyonel yapının kurulması, Sağlık Bakanlığı ve ÇSGB arasında koordinasyonun sağlanması, hastanelerdeki İSG uygulamalarının başarısını artırması ve buna paralel olarak da sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına yönelik olumlu çıktıları olabileceği değerlendirilebilir. Bununla birlikte, hastanelerde çalışan güvenliği kapsamında yürütülen uygulamalar bağlamında;

- Sağlık çalışanlarının belirli aralıklarla eğitim gereksinimleri anket ve gözlem çalışmalarıyla değerlendirilerek, hizmet içi eğitim programları nicelik ve nitelik açısından geliştirilebilir.
- Sağlık çalışanlarının güvenliği kapsamında yaşanan olayların rapor edilmesini artıracak güvenlik raporlama kültürünün geliştirilmesine yönelik yeni stratejiler belirlenebilir.
- Mesleki riskleri önleme ve azaltmaya yönelik güvenli tıbbi malzemelerin (iğneyi enjektörden ayırmadan atılabilecek, kutunun tamamen dolmasını /elin atıklara değmesini engelleyen atık kutuları; kullanıldıktan sonra içeri çekilebilir ya da iğnenin üzerine kayan başlık sistemleri olan iğne /enjektörler v.b.) sağlık bakım hizmetlerinde kullanılması ve kullanılan delici ve kesici aletlerin hemen imha edilebilmesi için delinmez enfekte atık kutularının hasta odalarında yer alması yaralanmaları azaltacağı değerlendirilebilir.

Kaynaklar

Aravacık, E.D. (2014) “Sağlık Hizmetleri Bakımından İş Sağlığı ve Güvenliği” Adli Bilimciler Derneği, 1. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi

Bowen GA. 2009. Document analysis as a qualitative research method. Qualitative Research Journal 9: 27-40.

Carrivick PJW, Lee AH, Yau KKW, Stevenson MR. (2005) Evaluating the effectiveness of a participatory ergonomics approach in reducing the risk and severity of injuries from manual handling”, Ergonomics, 48 (8) s.907.

Corbin J, Strauss A. (2008). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage

Dalglish SL, Khalid H, McMahon SA. (2020) Document analysis in health policy research: the READ approach. Health Policy and Planning, 35: 1424-1431

Devebakan N, Paşalı N. (2015) Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi standartlarının çalışan güvenliği aç-

sından çalışanlar tarafından değerlendirilmesi: İzmir ilinde bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.18(2): 123-142

Fereday J, Muir-Cochrane E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. International Journal of Qualitative Methods, 5(1), 80-92.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü-HSGM. (2022). Çalışan Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/calisansagligi-anasayfa>

International Labour Organization-ILO. (1981). 155 No'lu İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin Sözleşme. Resmi Gazete Yayımlı Tarihi ve Sayısı: 13.01.2004 / 25345

International Labour Organization-ILO. (1985). 161 No'lu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Sözleşme. Resmi Gazete Yayımlı Tarihi ve Sayısı: 13.01.2004 / 25345

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü-KHGM. (2022). Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Dairesi Başkanlığı. Erişim adresi: <https://khgmcalsan haklaridb.saglik.gov.tr/TR-33900/birimler.html>

Kuckartz U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse Methoden. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 2. baskı. Beltz Juventa: Weinheim Basel; 2014

Occupational Safety And Health Administration-OSHA. (2013). “Facts About Hospital Worker Safety “Lessons From High-Performing Hospitals” Erişim Adresi https://www.osha.gov/sites/default/files/1.2_Factbook_508.pdf

Oğan H. (2014). Sağlık Çalışanları İçin İşçi Sağlığı ve Güvenliği. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Grubu, Türk Tabipler Birliği, Ankara

Parlar, S.(2008). “Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı” Çalışma Ortamı TAF Preventive Medicine Bulletin. 7(6).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü-SHGM. (2015). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Görevlerine Dair Yönerge, Erişim Adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/36036/0/scan-gorevpdf.pdf>

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü-SHGM. (2020). Sağlıkta Kalite Standartları Hastane-Sürüm 6 . Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/38654/0/skshastanesetiv62020revize29082020pdf-linkpdf.pdf>

Sosyal Güvenlik Kurumu-SGK. (2022). Sigortalı ve İş Yeri İstatistikleri. Erişim Adresi: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari

T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı-ÇSGB. (2012). “6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” Art Ofset Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara, ISBN 978-975-455-176-1. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf>

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2013). İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik Tarih: 18 Ocak 2013, Sayı: 28532

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2013). Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Konseyi Yönetmeliği. Resmî Gazete Tarihi: 05.02.2013 Resmî Gazete Sayısı: 28550 Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17095&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı-ÇSGB. (2019). İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve İzleme Programı. Erişim: <https://isgkatip.csgeb.gov.tr/>

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2022). Web Sitesi Erişim Adresi: <https://www.csgeb.gov.tr/is->

ggm

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” Resmi Gazete, Tarih:27.06.2015, Sayı: 29399. Erişim Adresi: https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/28352/0/saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair_yonetmelikpdf.pdf?_tag1=E-5B24F5681DE95F54DD045037A4553919AAFCDF9

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Web sitesi: <https://www.saglik.gov.tr/>

T.C. Resmi Gazete. (2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Tarih: 2 Kasım 2011, Sayı: 28103

Walt G, Gilson L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy and Planning, 9(4), 353-370.

Yeşildal, N. (2005). “Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi” TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005: 4 (5)

Yıldırım A, Şimşek H. (2018). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (11. Baskı). Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2022). İdari Hizmetler Daire Başkanlığının Görevleri. Erişim adresi: <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR-34926/dairenin-gorevleri.html>

Zewde GT. (2020). Assessment of Occupational Hazards and Safety Measures Among Health Care Workers in Jugol Hospital, Harari Region, Eastern Ethiopia 2018. Journal of Medical and Health Sciences. 8(2): 20-27

Oturum 4 | Session 4



Oturum Başkanı | Session Chair

Dr. Tuba Saygın Avşar

Research Fellow of Health Economics in the Department of Applied Health
Research at UCL, United Kingdom

Türkiye’de Yenilikçi Sağlık Teknolojilerinin Geliştirilmesinde Değerleme Sorunu ve Yeni Bir Değerleme Yaklaşımı

The Valuation Problem in the Development of Innovative
Health Technologies in Turkey and A New Valuation
Approach

**Tamer Işın, Zişan Cihangir Işın, Doç. Dr. Mustafa Kemal Topçu, Hilal Fidan,
Nagihan Ünsal, İrem Demirci, Prof. Dr. Bahtiyar Demiralp**

Imed Surgical Technology A.Ş. Hacettepe Teknokent - Üniversiteler Mah. Çankaya/Ankara

Özet

Türkiye’de kalkınma politikaları kapsamında Ar-Ge ve yatırım destekleri açısından öncelikli alanlar arasında tıbbi cihaz sektörü yer almaktadır. Tıbbi cihaz ekosisteminde sanayi tabanının geliştirilmesi ve diğer alanlara bilgi ve teknoloji transferi yapılabilmesi için yenilikçi, katma değer üretebilen ve uluslararası ticarileşme potansiyeli olan Ar-Ge çıktılarının artırılması önemlidir. Ne var ki, en büyük alıcının kamu olması ve kamunun alım yöntem ve kuralları yenilikçi yerli ve milli teknolojik ürünlerin ortaya çıkmasını sınırlandırmaktadır.

Bu sınırlılıkların içerisinde yenilikçi ürünü ve/ya teknolojiyi değerlendirme sorununun önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir. Ekosistem içerisinde değerini bulamayan bir ürünün/ teknolojinin gelişimi mümkün değildir. Teknolojinin değeri ile birlikte üretimin menşei ülke fiyatları; ürün ve işletmenin yerel ve global piyasa değerini tayin etmektedir.

Bu nedenle bir taraftan kamu menfaatlerini koruyacak, diğer taraftan girişimcilerin önünü açacak ve aynı zamanda yenilikçi ürünleri teşvik edecek, bir ürün değerlendirme yöntemine ihtiyaç bulunmaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmada kamu ve girişimci açısından ihracata dönük ticarileşmeyi teşvik edici bir değerlendirme ile birlikte girişimcilik ekosistemi için örnek bir ticarileşme yöntemi geliştirilmiştir.

Geliştirilen yöntem; işletmenin ihracat hedef ve taahhütlerine göre yurt içinde kamu alım desteği ile desteklenmesi esası üzerine kuruludur. İhracat performansına göre yurt içinde; alım miktarı ve ürüne yapılacak ödeme ile milli ve yerli teknolojinin uluslararası pazarda değerinin korunması sağlanmaktadır. Bu çerçevede milli teknoloji ile işletmelerin değeri korunurken, ihracat getirisi doğrultusunda kamunun; ürüne yaptığı ödeme miktarı tayin edilmekte, kamu doğrudan ürün fiyatı üzerinden değil, ihracat gelirine, aynı

zamanda global değeri ile yerinde ürün ve işletmelerin oluşumuna endeksli bir kazanım elde etmektedir.

Anahtar kelimeler: Tıbbi cihaz, medikal, yeni ürün geliştirme, değerlendirme, inovasyon.

Abstract

In order to increase the innovative, value-added and international commercialization potential in the medical device sector, which is among the priority areas in terms of R&D and investment supports in Turkey, the biggest buyer is the public sector and the public procurement methods and rules are limited. As a result, it is thought that the most important obstacle in the emergence of innovative domestic and national technological products is valuation.

It is impossible for a technology to develop without finding its value.

Due to the fact that local prices of technology and manufacturing appoint the local and global value of the product and the business, the valuation method to be applied in the purchase of national technology is of great importance in public procurement.

For this reason, there is a need for a product valuation method that will protect public interests on the one hand, pave the way for entrepreneurs on the other, and encourage innovative products at the same time.

In our study, an exemplary commercialization method has been developed for the entrepreneurship ecosystem, along with a valuation that encourages export-oriented commercialization in terms of the public and the entrepreneur.

The developed method is based on the principle of supporting the enterprise with domestic public procurement support according to its export targets and commitments.

According to the export performance, the amount of domestic purchase and the payment to be made for the product ensure that the value of national technology is preserved in the international market.

In this way, while the value of the enterprises is protected with our national technology, the amount of payment made by the public to the product is determined in line with the export return, the public gains not directly on the product price, but also on the export income, the formation of products and enterprises with high global value.

Keywords: Medical device, medical, new product development, valuation, innovation.

Giriş

Günümüz koşullarında iletişim başta olmak üzere teknolojiye baş döndürücü ilerleme sonucu ortaya çıkan yeni süreç ve ürünler, inovasyon ekosisteminde de son derece etkili ve hızlı bir değişimi beraberinde getirmektedir. Ekosistem içerisindeki bu hızlı değişim büyük bir karmaşa oluşturmakta ve aktörlerin oryante olması uzun zaman almaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde inovasyon kavramı ve algısı dahi temel bir sorun oluşturmaktadır. Bugün gelişmiş ülkelerde de tartışılan ve birçok açıdan farklı anlamlar ile yorumlanan ve bu çalışmanın temelini oluşturan değerlendirme kavramı, inovasyon kavramından ne anlaşıldığı veya ne anlaşılması gerektiği ile doğrudan bağlantılıdır. Değerlemeye esas olan ürünün inovasyon açısından tanımı ve doğru konumlandırması değerlemenin ilk adımını oluşturmaktadır. Doğru inovasyon sınıflaması ile ürünün teknoloji olgunluk düzeyi, rekabet gücü, pazarı, ihracat potansiyeli ve karlılığı analiz edilebilir.

Literatürde inovasyon bağlamında yeni (new), yenilik (newness), yenilikçilik (innovativeness) kavramları ve bu kavramlara bağlı olarak araştırma-geliştirme (Ar-Ge), ürün geliştirme (Ür-Ge) ve inovasyon kavramları çoğunlukla birbiri yerine kullanılmaktadır. Bu durum, ortaya çıkan ürünün konumlandırılmasında,

ticarileştirilmesinde ve değerlemesinde soruna yol açmaktadır. Bir şeyin yeni olması için inovasyon şartı gerekmezken inovasyon için değişim etkisi oluşturacak düzeyde yeni olması gerekir. Buradan hareket ile her yeni inovasyon olarak nitelenemezken her inovasyonun yenilik içerdiği ifade edilebilir (Blythe, 1999).

Geniş ve çeşitlilik arz eden inovasyon tanım ve sınıflandırması yöntem ve örnekleri içerisinde bu çalışmada kullanılmak üzere basitleştirilmiş bir inovasyon sınıflaması esas alınmıştır. Gelişmekte olan ülkelerin ithalatı ve dışa bağımlılığı azaltma hedefleri doğrultusunda başlangıç ve gelişme dönemlerinde taklit politikasını kapsamı açısından ikame inovasyon da bu sınıflamaya dahil edilmiştir. Bu doğrultuda bu çalışmada benimsenen inovasyon sınıflaması aşağıdaki gibidir.

1. Çığır Açıcı İnovasyon
2. Radikal İnovasyon
3. Artımsal İnovasyon
4. İkame İnovasyon

Radikal inovasyonlar köklü bir değişikliği ifade ederken; artımsal inovasyonlar mevcut ürün ve süreçler üzerinde küçük değişiklikleri içermektedir (Sorescu, Chandy and Prabhu, 2003). Yatırımcılar ve fonlayıcılar açısından radikal inovasyon riskli bulunmakta ve mesafeli durulmaktadır. Ayrıca, radikal inovasyona dayalı yeni bir tıbbi cihazın pazara çıkış süresinin diğer sektörler göre daha uzun olmasından dolayı finansmana erişim ciddi sorun teşkil etmektedir. İkame inovasyon ise tersine mühendisliğin çokça uygulandığı, yenilik beklenmeyen, gelişme politikalarının doğal sonucu uygulanan ve geliştirmekte olan ülkelerde uygulanan mevcut bir ürün veya sürecin taklit edilmesi esasına dayanmaktadır. Oslo Kılavuzunun yeniliğin tanımlarken firma veya ülke için yeni olmasını kriter olarak tanımlaması ikame inovasyonun yenilik olarak tanımlanmasına yol açmaktadır. Her ne kadar gelişmiş ülkelerde bu tür bir inovasyon kabul görmüyor olsa da geliştirmekte olan ülkelerde bu yaklaşımın kabul görmesi ve uygulamaya dönüştürmesi gerek makro ekonomik kazanımlar gerekse KOBİ'lerin gelişimi açısından hayatın olağan akışı içerisinde makul algısı oluşturmakta ve desteklenmektedir.

Sonuç olarak inovasyondaki seviye, finansmana erişim seviyesini tayin etmekte ve tıbbi cihaz inovasyonu üreten girişimler özellikle gelişmiş ülkelerde çoğunlukla kamu tarafından erken aşamalarda büyük oranlarda hibe yolu ile desteklenmektedir. Erken aşamada tıbbi cihaz gibi risk faktörü yüksek ve pazara giriş süresi uzun inovatif ürünler geliştirmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelerdeki yöntemlerle fonlanamayacağından rekabetçi olabilmeleri ancak kamunun alım garantisi ve fiyat desteği vermesi ile mümkün olabilecektir. Buradan hareketle bu çalışmada geliştirmekte olan ülkelerdeki yenilikçi ürünlerin değerlemesinin yapılabilmesi için kamu desteği tabanlı bir sistematik geliştirilmiş ve tıbbi cihaz sektöründe örnek bir uygulaması sunulmuştur. Bu çerçevede öncelikle kavramsal inceleme yapılmakta, değerlendirme için kullanılan yöntemler tanıtılmakta ve çalışma kapsamında geliştirilen yeni yöntem uygulamalı olarak izah edilmektedir.

İnovasyon ve Patent

İnovasyon ile elde edilen bilginin korunması için endüstride çeşitli yöntemler uygulanmaktadır. Patent ile korunmaya çalışılan bilgi kamuya açık hale geldiği için bu bilginin üzerine yenilik geliştirilmesi mümkün olmaktadır. Patent bir yandan mevcut bilgi için koruma sağlarken diğer yandan yenilik geliştirmek için açığa çıkan bilgi temelinde rekabet fırsatları oluşturmaktadır. Patent ile korumaya çalışılan yenilik 20 yıllık süre kısıtlaması yönünden de yeniliğin ortaya çıkmasından sonra ürünün pazara giriş zamanına kadar geçen süre açısından değer kaybı olarak görülmektedir. Patent bir yandan koruma sağlarken diğer yandan yenilikçi ürünün pazara giriş süresi işletme üzerinde zaman baskısı oluşturmaktadır. Bunlarla birlikte patent koruma süreçlerinin uzunluğu ve yüksek maliyeti yenilikçi ürün açısından riskler barındırmaktadır. Patent, resmi maliyetleri dışında hukuki süreçler açısından kaçınılması mümkün olmayan referans teşkil

etmesi sebebi ile ilave risk ve yükler getirmektedir. Patent sahibi olası ihlal davaları ile doğrudan karşı karşıya kalabilmektedir. Patent davaları için ihlale bakılmaksızın özellikle KOBİ düzeyindeki firmalar için açılacak kötü niyetli davalar bir yıldırma ve ele geçirme politikası olarak kullanılabilir. Bu yönden yenilikçi bir ürünün pazara girişi ve hızı yeniliğin korunması için çok büyük önem arz etmektedir. Pazara giriş ve ekonomik güçlenme geciktikçe patent, korumada daha çok saldırıya açık hale getiren bir faktör olmaktadır. Bununla birlikte birçok patent, teknolojik veya ekonomik bir değer taşımazken koruması olmayan yenilikler ise çok yüksek değere sahip olabilmektedir. Bu yönüyle de patenti inovasyon açısından önemli belirleyici kriter olarak görmek her zaman doğru olmayabilir (OSLO, 2005).

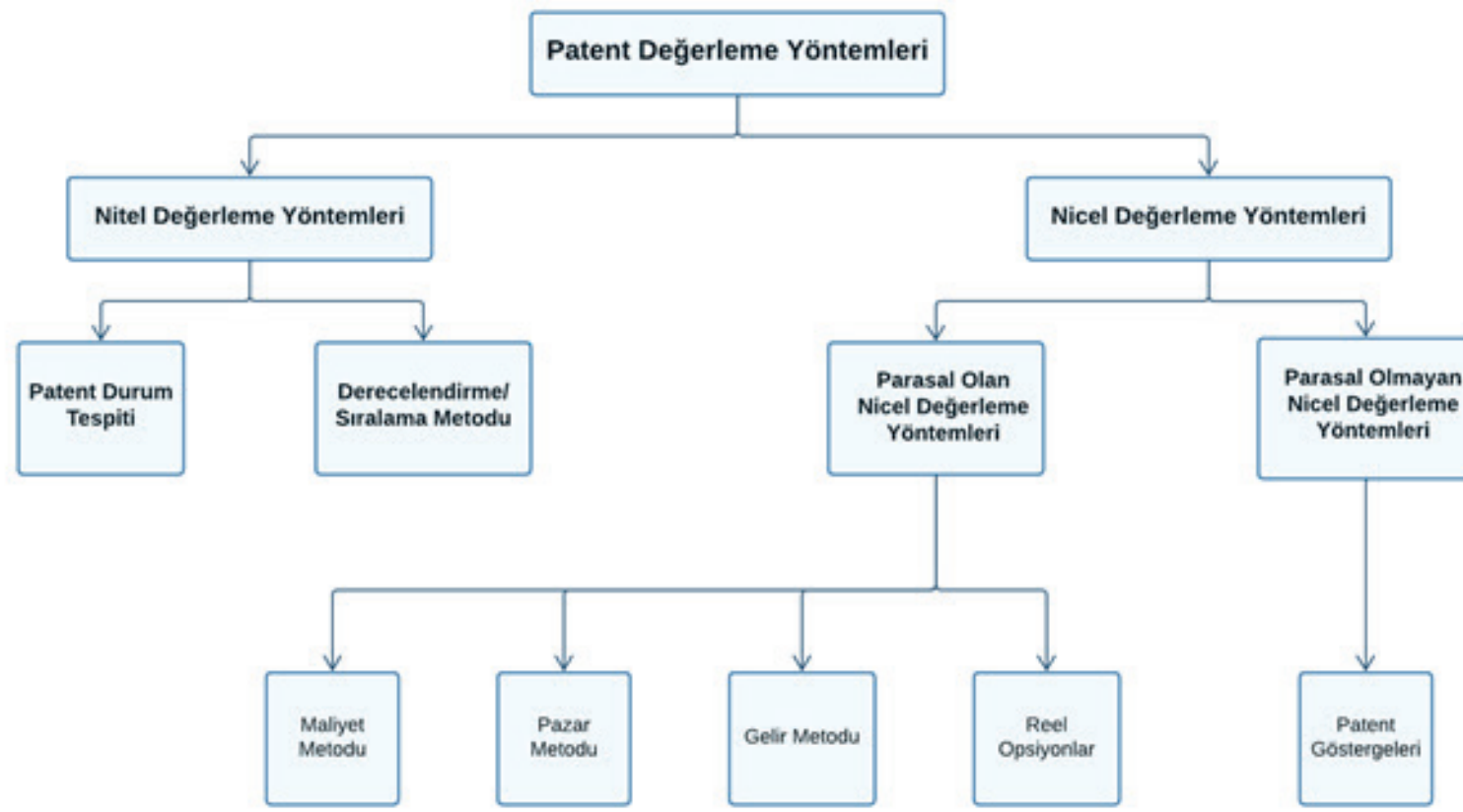
Değerleme

İnovasyon değerlemesi, ürün için büyük önem arz etmekle birlikte, aynı zamanda girişim ve ürüne ait patentin de değerlemesi açısından önem arz etmektedir. Şirket değerlemelerinde, satış ve pazar rakamları üzerinden hareket edilirken Startup değerlemelerinde en önemli hareket noktası indirgenmiş nakit akış (Discounted Cash Flows) tahminleridir. Çoğunlukla pazara girmemiş veya henüz girmekte olan bir inovasyon eğer çığır açıcı veya radikal bir inovasyona sahipse tüm ürün veya inovasyon bazlı değerlendirme yöntemleri yetersiz kalmakta ve yatırımcılar ekip, işletmenin yetenekleri gibi çok daha nitel ve öznel yöntemlere başvurmak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum tüm taraflar için önemli bir sorun olarak global girişim ve inovasyon ekosistemlerinde güncelliğini korumaktadır.

Sahip olunan fikri mülkiyet haklarının değerinin bilinmesi; şirketlerin, Ar-Ge merkezlerinin, üniversitelerin ve kamu kurumlarının gelişmesi ve rekabet düzeylerinin artması için gerekli ve oldukça önemlidir. Fikri mülkiyet haklarının satışı veya lisanslanması, şirket birleşmeleri, bölünmeleri ve/veya devralmaları, vergilendirme, fikri mülkiyet hak ihlaline dayalı dava işlemleri veya Ar-Ge yatırım kararlarının alınması gibi çeşitli durumlarda patent değerlemesine ihtiyaç duyulmaktadır. Patent değerlemesi için kullanılan pek çok yöntem bulunmaktadır; ancak her bir patent değerlendirme yöntemine ilişkin örnek çalışmalar ve değerlendirilecek teknolojiye ilişkin değerlendirme yöntemini belirleme üzerine çalışmalar oldukça sınırlıdır. Patent değerlendirme oldukça zor bir süreçtir. Bunun en temel nedenleri, değerlendirme için genel kabul görmüş metodolojilerin eksikliği, teknolojinin potansiyel ticari değerini anlamadaki zorluklar, ekonomik, yasal ve teknik unsurların birleşimine ihtiyaç duyulması, geçmiş verinin eksikliği, pazar belirsizlikleri ve teknik belirsizliklerden dolayı patentin gelecekte yaratacağı nakit akışının bilinmesinin zor olmasıdır.

Bir patentin birden fazla ve farklı değeri olabileceği için değerlendirme sürecinden incelenmesi gereken birden fazla değişken analiz edilmelidir. Bu sebepten dünyada patent ve/veya “intellectual property” değerlemesi için standart olarak kabul edilebilmiş bir yöntem bulunmamakla birlikte farklı değerlendirme yöntemleri mevcuttur. Bu yöntemlerden bazıları aşağıdaki görsellerde gösterilmektedir.

Şekil 1. Değerleme Yöntemleri



Fiyatlandırma

İnovatif ürünlerin fiyatlandırmasında cevap verilmesi gereken ilk soru fiyatı kimin belirlediğidir. Bir ürünün fiyatını beklendiği gibi satıcı mı belirler yoksa alıcı mı belirler? Nebraska Omaha Üniversitesinde yayınlanmış olan “Ödediğimiz Fiyatları Kim Belirler” adlı yazıda belirtildiği üzere rekabetin olduğu ürünler söz konusu olduğunda fiyatı alıcı ve satıcı arasındaki mücadele (arz-talep) belirliyormuş gibi görünse de nihai olarak fiyatı alıcı belirlemektedir. Alıcılar ortadaki ürünü alınmaya değer görmezse ilgiyi azaltıp fiyatı düşürebilme yetisine sahiptir. Tam tersi durumda yoğun istek üzerine satıcı da fiyatı oynatabilir. Fakat durum genelde ilk seçenekteki gibi olur. Tam tersi durumda ise L.N. Mithila Üniversitesinde Dr. Vijay Kumar Gupta’nın yazmış olduğu “Tekel Durumunda Fiyat Belirleme” adlı makalede belirtildiği üzere rekabetin olmadığı ve tek bir üretici olan durumlarda da arz-talep oranı fiyatın belirlenmesinde etkilidir. Ancak bu durumda arzın kendisini talebe göre ayarlama ihtiyacı daha azdır.

Günümüz bilgi temelli ekonomisinde, şirketlerin başarısı büyük oranda geliştirdikleri yeniliklere ve sahip oldukları fikri mülkiyet haklarına bağlı hale gelmiştir. Fikri mülkiyet hakkı, rekabet avantajı ve sürdürülebilirliği sağlamak için kritik bir yetkinliktir ve ekonomiye entegre edilmesi ve ticarileştirilmesi, gelişmiş teknolojilerin değerini artırmada büyük rol oynamaktadır. Fikri mülkiyet hakları özellikle patentler, şirketlerin değer yaratma stratejilerinin merkezinde bulunan gayri maddi varlıklardır.

Türkiye gibi sağlık harcamalarının kamu güvencesi altında sunuluyor olmasına bağlı olarak sağlık harcamalarının %70 oranında kamu tarafından karşılanmasının sonucu olarak tıbbi cihaz alanında en büyük alıcı kamu olarak ortaya çıkarmaktadır. Haliyle kamu sağlık alanında fiyat belirleyici tek unsur olmaktadır. Bu noktada kamu; maliyet düşürücü yaklaşımı ortaya koymak zorunda kalırken ihale mevzuatı bu konuda sınırlayıcı etki yaratmaktadır. Diğer yandan Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler teknolojik ürün üretimini teşvik ederken ve bu konuda önemli harcamalar yaparken ortaya çıkan teknolojik ürünler açısından fiyat tespiti ve değerlendirme aşılması güç bir engelle karşı karşıya kalmaktadır.

Tıbbi cihaz alanındaki gelişmeler teknoloji üreten ülkeler açısından yüksek katma değerli gelir sağlayan sevindirici sonuçlar doğuruyor olsa da tüm dünyada sağlık harcamalarının da artışına sebep olması açısından tartışmalı bir alan yaratmaktadır. Sağlıkta teknolojiye ayak uydurmanın maliyeti her ülkede önemli bir tartışmayı beraberinde getirmektedir. Gelişmiş ülkeler bu döngüyü bu alanda teknolojik ürün ihracatı ile kendi lehine geliştirirken teknolojik üretim ve ihracatı olmayan ülkelerde sağlıkta teknolojik çözümler cari açığa katkı sağlayan bir faktör olarak kendini göstermektedir.

Tıbbi Cihaz ve Değerleme

Birçok alanda olduğu gibi inovatif ürünlerin geliştirilmesi tutkulu girişimciler ve kurdukları startup şirketleri ile gerçekleşmektedir. Girişimcilik ekosistemindeki hızlı ilerlemeye bağlı olarak ortaya çıkan inovatif ürün çeşitliliği ve çokluğu, birçok sektörde olduğu gibi global tıbbi cihaz sektöründe de büyük firmaların Ar-Ge yapmak yerine inovasyon üreten şirketleri satın alma yöntemini kullanmayı tercih etmeleri sonucunu doğurmuştur.

Startup kelimesinin Türkçede tam bir karşılığı ve genel kabul görmüş bir tanımı bulunmamaktadır. Startup firmalar ile firmaların hayat döngüsü içinde erken başlangıç evresindeki girişimler anlaşılmaktadır. Firmaların ilk şirketleştiği noktadan itibaren, genç büyüme evresine kadar gelir ve kazançlarının da yükselmeye başladığı aralıkta yer alan firmalara startup denilebilir. Startup'lar genellikle ileri teknoloji odaklılık ve AR-GE faaliyeti yürütüyor olmaları sebebiyle çok yüksek büyüme potansiyeli taşımaktadırlar (Sarier, 2019). Tıbbi cihaz ve ortopedi sektöründeki teknolojik gelişmelerin önemli bir kısmı dev şirketlerin dışında kalan bu tür startup firmalar tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu firmalar dış finansmana ihtiyaç duyan ve genellikle dev şirketler tarafından geliştirdikleri teknolojiler, sahip oldukları patentler ve diğer sınai hakları için satın alınan firmalardır. Küresel ölçekte Tıbbi Cihaz pazarını domine eden firmaların Ar-Ge harcamalarına bakıldığında zaman, özellikle maddi olmayan varlıklar şeklinde de ifade edilen entelektüel sermaye yönetimi konusunda sektördeki gelirin önemli bir kısmının Ar-Ge yatırımı odaklı olduğu bilinmektedir.

Tablo 1. Şirket Satın Almaları

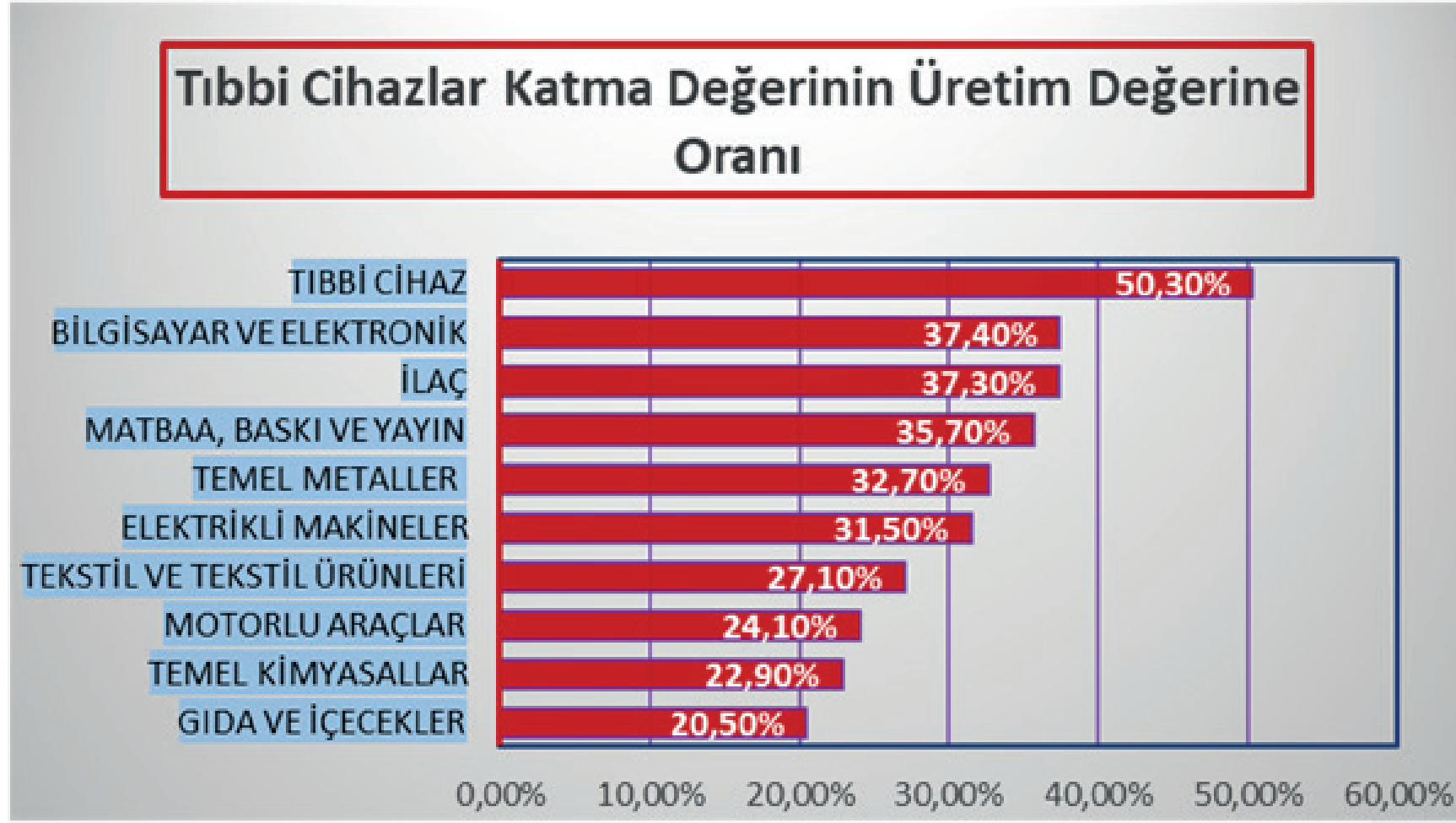
Satın Alınan Şirket	Satın Alan Şirket	Tarih	Fiyat
K2M	Stryker	30 Ağustos 2018	\$1.4B
Small Bone	Stryker	30 Haziran 2014	\$375M
Medtech SAS	Zimmer Biomet	18 Temmuz 2016	\$148M
ExtraOrtho	Zimmer Biomet	22 Kasım 2011	\$65M
Orthex	OrthoPediatrics	4 Haziran 2019	\$60M
Ortho-Clinical Diagnostics	Johnson & Johnson	31 Mart 2014	\$4 B
Integra LifeSciences - Extremity Orthopaedics	Smith & Nephew	29 Eylül 2020	\$240M
Engage Surgical	Smith & Nephew	19 Ocak 2022	\$135M
Rotation Medical	Smith & Nephew	23 Ekim 2017	\$210M
Blue Belt Technologies	Smith & Nephew	3 Kasım 2015	\$275M

Yukarıdaki tabloda verilen örneklerden biri olan Rotation Medical şirketi Tıbbi cihaz sektörünü domine eden şirketlerden biri olan Smith & Nephew şirketi tarafından \$210M karşılığında “yenileyici omuz onarım tedavisi” teknolojisi için satın alınmıştır. Listede bulunan startup şirketleri arasında bulunan Engage Surgical şirketi de yine Smith & Nephew şirketi tarafından \$135M karşılığında şirketle birlikte “çimentosuz tek kompartmanlı (kısmi) diz sistemi” için satın almıştır. Tabloda verilen şirketler ortopedi sektöründe geliştirmiş oldukları tıbbi cihaz teknolojileri, sahip oldukları patentler ve diğer sınai hakları için satın alınmış üretim değil inovasyon odaklı şirketlerdir.

Listede bulunan şirketlerden Stryker \$375M karşılığında Small Bone şirketi ve “STAR ankle” sistemini, Zimmer Biomet \$65M karşılığında ExtraOrtho şirketi ve XtraFix External Fixation Sistemini, OrthoPediatrics \$60M karşılığında Orthex şirketi ve “Orthex Hexapod circular fixation” teknolojisini satın almıştır. Bu satılan şirketler herhangi bir üretim yapmayan veya fabrikası olmayan tamamen geliştirdikleri eksternal fiksator teknolojileri sebebiyle satın alınmış firmalardır. Türkiye’de bu alanda 2005 yılından sonra tekno-

lojik olarak denk ve/veya üstün teknoloji geliştiren şirketler olmasına karşın teknolojik ürün değerlendirme politikası sebebiyle bu fiyatların yerli firmalar için teklif edilmesi neredeyse imkansızdır.

Şekil 2. Tıbbi Cihazların Katma Değerinin Üretim Değerine Oranı



Türkiye’de %50,3 katma değerinin üretim değerine oranı ile tıbbi cihaz endüstrisi bugün ve gelecekte katma değer üretme bakımından ülkenin en önemli endüstrisi olma özelliğine sahiptir.

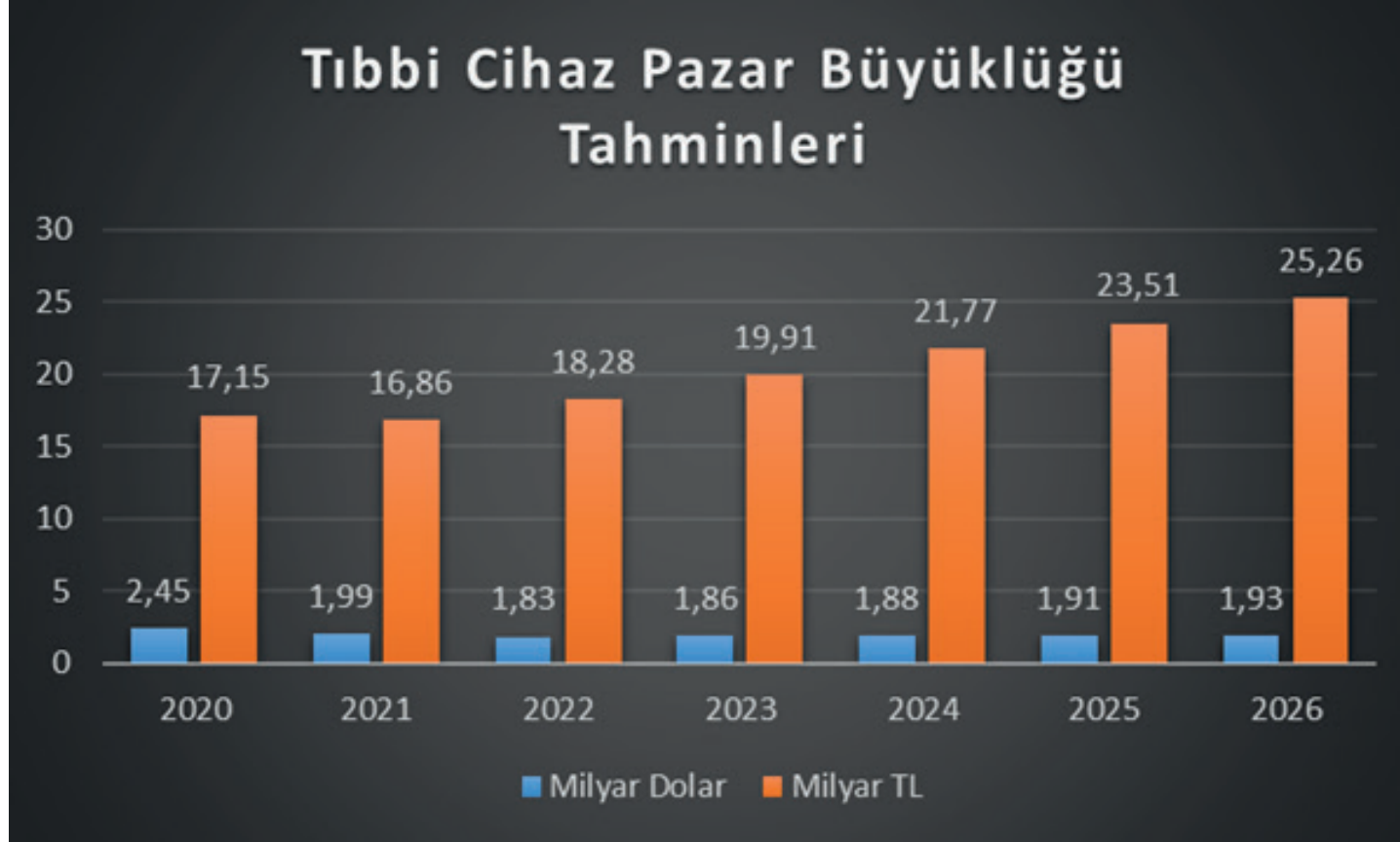
ABD ve AB gibi gelişmiş bölgelerde sağlık bakım sisteminde değişim yönünde var olan basınç ve potansiyel değişim ihtimalinin hastaların karar vermesinde, giderek sanayideki talep, arz ve fiyatlandırma durumları üzerinde etkili olacağı öngörülmektedir. Değerleme sorunu inovasyon hızına bağlı olarak tüm dünya ile birlikte Türkiye’nin de gündemidir ve artan yoğunlukla gündem olmaya devam edecektir.

Günümüz bilgi temelli ekonomisinde, şirketlerin başarısı büyük oranda geliştirdikleri yeniliklere ve sahip oldukları fikri mülkiyet haklarına bağlı hale gelmiştir. Fikri mülkiyet hakkı, rekabet avantajı ve sürdürülebilirliği sağlamak için kritik bir yetkinliktir ve ekonomiye entegre edilmesi ve ticarileştirilmesi, gelişmiş teknolojilerin değerini artırmada büyük rol oynamaktadır. Fikri mülkiyet hakları özellikle patentler, şirketlerin değer yaratma stratejilerinin merkezinde bulunan gayri maddi varlıklardır.

Araştırmanın Gereç ve Yöntemleri

Çalışma kapsamında, yeni değerlendirme yöntemi açısından örnek bir endüstri alanı seçimi aşağıdaki veriler ve yaklaşımlar ışığında yapılmıştır.

Şekil 3. Tıbbi Cihaz Pazar Büyüklüğü Tahminleri



Türkiye hızlı büyüyen nüfusu, aynı zamanda hızla artan yaşlı nüfusu, beslenme alışkanlıklarındaki değişim gibi nedenlerle tıbbi cihaz sektörü açısından hızla büyüyen ve bugün de tüm dünyada pazar büyüklüğü açısından 2,4 b\$ ile üst sıralarda bulunan bir ülkedir. Türkiye pazar değerinin 2026 yılında yaklaşık 25,3 milyar TL'ye ulaşması beklenmektedir.

Sağlık harcamalarının tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de artış hızı yalnızca nüfusa bağlı olarak bile çok önemli bir sorun olmaktadır diğer yandan gelişen teknoloji ile de bağlantılı olarak yakın gelecekte çok daha büyük bir ivmelenme yaşaması beklenmektedir. 10 ve 11. Kalkınma Planları da tıbbi cihaz sektöründe başta aşağıda yer alan teknolojiler olmak üzere tıbbi inovasyonda ilerleme yönünü ortaya koymaktadır. Bu yeni teknolojiler ve ürünlerin pazara girmesi ve bu alanda Türkiye'de hızla devam eden inovasyon faaliyetleri gün geçtikçe değerlendirme odaklı sorunların çözülmesine yol açmaktadır.

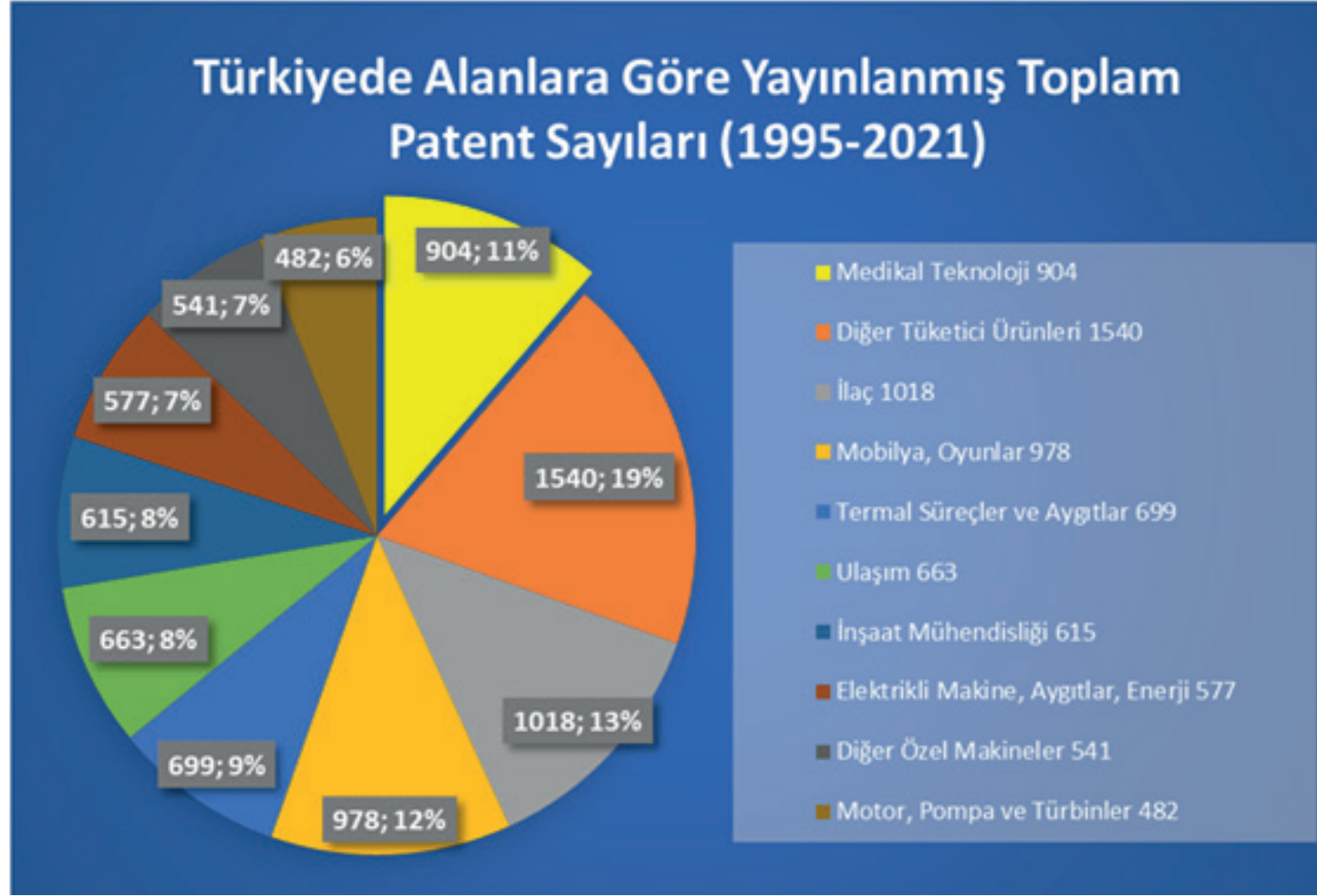
Şekil 4. Türkiye Tıbbi Cihaz Satış Gelirlerinde son Kullanıcı Payı



Yerli ve milli inovatif ürünlerin çoğaltılması ile birlikte fiyatı kim belirler sorunu daha yoğun bir biçimde tıbbi cihaz alanında önemini korumaktadır. Türkiye'de tıbbi cihaz alanında en büyük alıcının %70 oranla kamu olması değerlemede konusunda üreticinin fiyat tayin edici olması ihtimalini tamamen ortadan kaldırmaktadır. Bu sonuçla kamunun değerlendirme sorununa inovatif çözümler üretmesi veya bu alanda ortaya

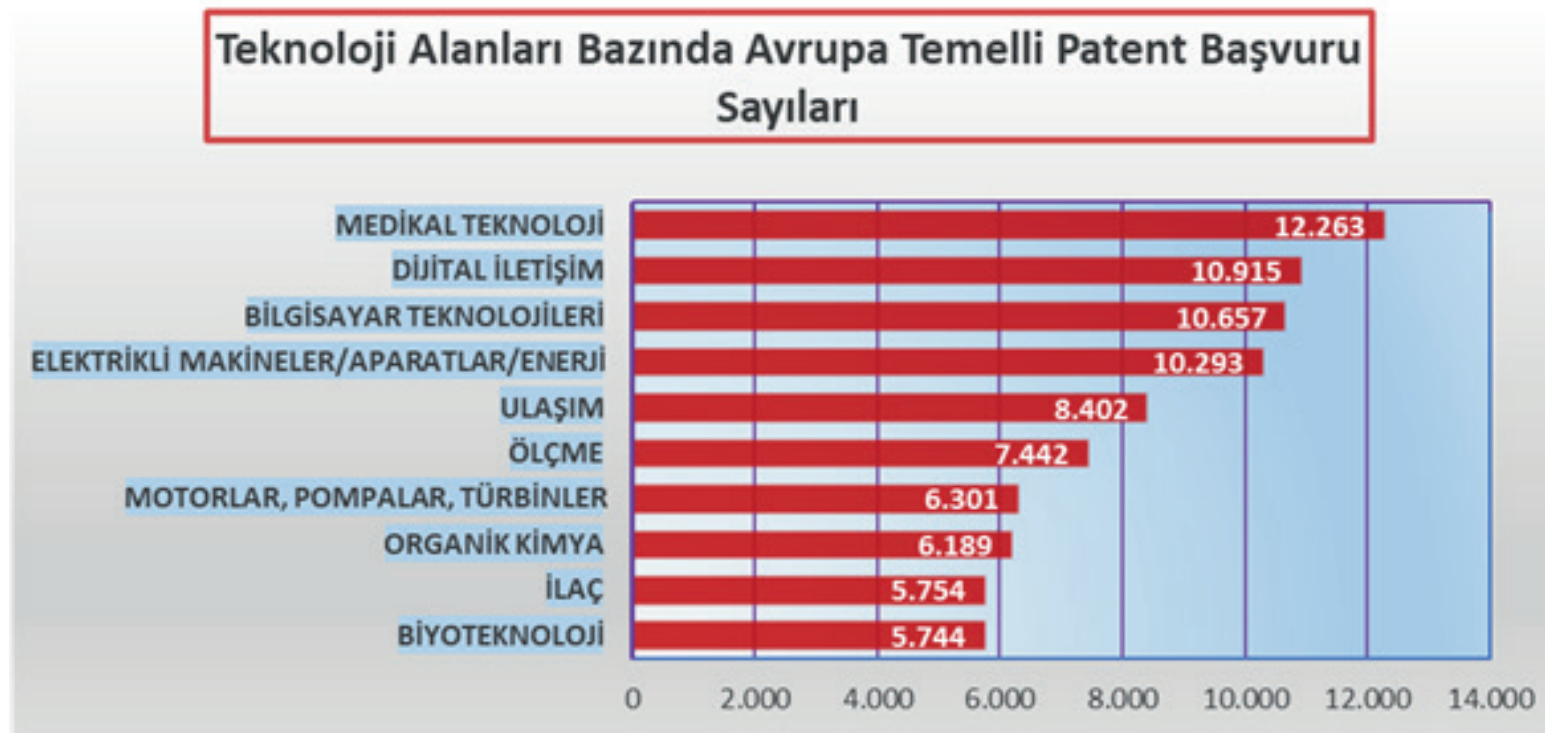
çıkacak kazanımları kaybetmesine sebep olacaktır. Beyin göçü, inovasyon üreten şirketlerin göçü veya değerinin çok altında satılması ve inovasyon kültürünün ilerlememesi ve/veya çok büyük kayıplar yaşaması ile sonuçlanacaktır.

Şekil 5. Ulusal Patent Sayıları (1995-2021)



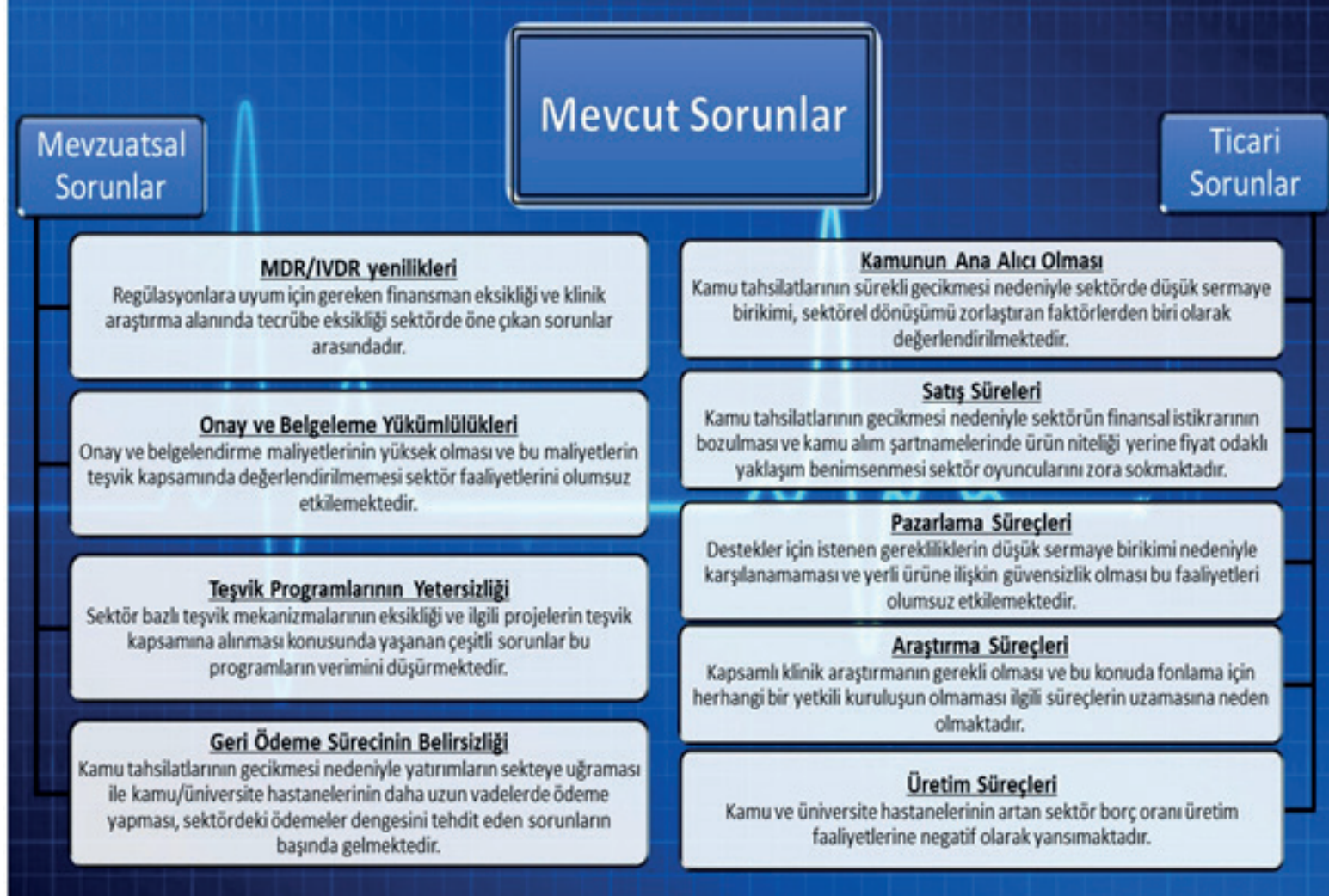
Türkiye’de patent sayısı olarak tıbbi cihaz sektörünün bulunduğu konum, bu alanda inovasyon potansiyelini ortaya koymaktadır.

Şekil 6. Avrupa Temelli Patent Başvurusu Sayısı



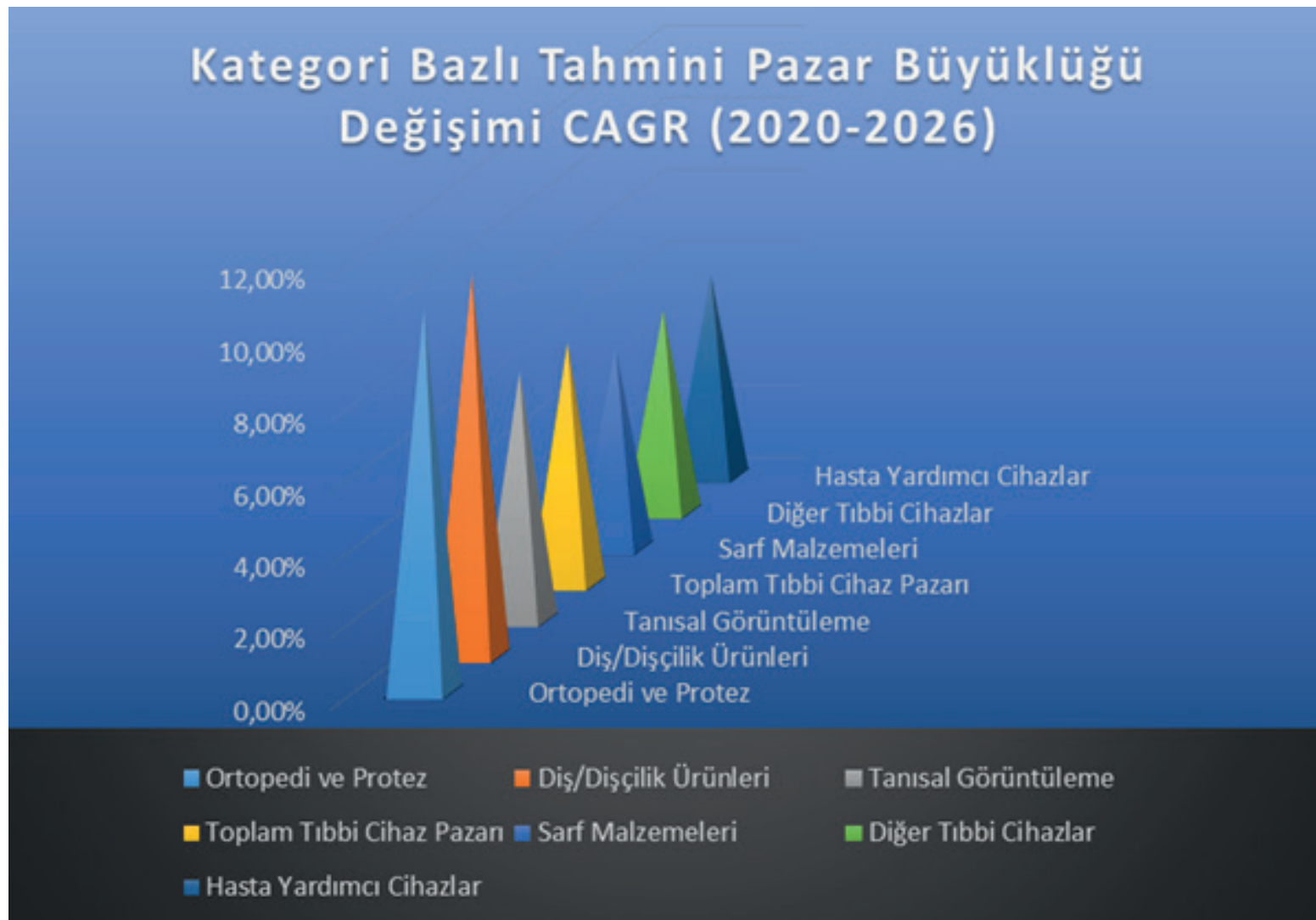
Avrupa temelli patent başvurusu sayısındaki liderliğe sahip olan tıbbi cihaz endüstrisi inovasyon potansiyeli açısından da Türkiye de liderliğe sahiptir.

Şekil 7. Mevcut Sorunlar



Türkiye’de tıbbi cihaz alanında mevcut sorunların giderilmesi için değerlendirme sorununun giderilmesi işletmelerin gelişiminden başlayıp inovasyon gelişiminden kamunun uygulayacağı politikalara kadar tümünün omurgasını teşkil etmektedir.

Şekil 8. Kategori Bazlı Tahmini Pazar Büyüklüğü Değişimi CAGR (2020-2026)



Artan yaşlı nüfus ve sağlık turizmi politikalarına bağlı olarak bugün (%10,7) ve gelecekte en fazla pazar büyüklüğü artışı tüm tıbbi cihaz kategorilerinde ortopedi alanında görülmektedir. Bununla birlikte çok sayıdaki üretici ve ihracat potansiyeli gibi faktörlerde dikkate alındığında ortopedi endüstrisi önem kazanmaktadır. Ayrıca ortopedi endüstrisindeki hızlı gelişmeler ve gelişmelerin Türkiye’de var olan teknolojik altyapı paralelinde seyrediyor olması tıbbi cihaz alanındaki değerlendirme sorununun en çok yaşanacağı alanın ortopedi alanında olması ihtimalini artırmaktadır.

Yeni değerlendirme yöntemi adım ve uygulamaları:

1. İnovasyon Sınıflaması

Ürünün inovasyon sınıflaması yapılırken temel teşkil eden faktörler aşağıdaki adımlarda incelenir.

- Üreticinin globalizasyon hedefleri ve bu kapsamda öncelikli hedef pazarlarındaki rakipleri incelenir.
- Rakiplere göre ürünün özellikleri teknik ve ticari açıdan karşılaştırılır. Ürünün rakiplerine göre üstün yanları ile ne tür bir inovasyon olduğuna karar verilir.
- Bu süreçte ürünün gelişim süreci ve iddia edilen üstünlükleri ile ilgili fikri haklar ve akademik yönden ispat edici hususlar dikkate alınır.
- Tespit edilen inovasyon sınıfına göre değerlendirme yöntemi seçimi yapılır.
- Yöntemin uygulama pratiği açısından literatürde yer alan yöntemler daraltılarak aşağıdaki başlıklar altında sınıflama için seçilmiştir.
 - Çığır açıcı inovasyon
 - Radikal inovasyon
 - Artımsal inovasyon
 - İkame inovasyon

2. Değerleme Yöntemi Tayini

Ürünün inovasyon sınıfının belirlenmesini takiben literatürde var olan yöntemlere ilave olarak çalışma kapsamında ortaya konulan yeni yöntem ile birlikte inovasyon sınıfına göre değerlendirme modeli belirlenmiştir. Çalışma kapsamında değerlendirme yöntemleri açısından tespit edilen en önemli ve sorunlu alan olarak çığır açıcı ve radikal inovasyon ürünleri olduğundan hareketle, artımsal ve ikame inovasyon için pazardaki mevcut fiyata dayalı rekabet ve maliyet modelleri için bir önermede bulunulmamıştır. Bu çalışmanın amacı, çığır açıcı ve radikal inovasyon ürünleri için değerlendirme sorununa alternatif bir çözüm önermektir. Bulunan yöntemde, inovasyon sınıflaması ve değerlendirme modeli seçiminde bu iki inovasyon sınıfında değerlendirilen ürünler için geliştirilen değerlendirme modelinin uygulanacağı ürünlerin, inovasyon sınıfının seçimi aşamasının belirlenmesi gerçekleştirilmektedir.

Tablo 2. İnovasyon Sınıfı Değerleme Modelleri

İnovasyon Sınıfı	Değerleme Modeli
Çığır Açıcı İnovasyon	İhracat Modeli Değerleme
Radikal İnovasyon	İhracat Modeli Değerleme
Artımsal İnovasyon	Rekabet Modeli Değerleme
İkame İnovasyon	Maliyet Modeli + Rekabet Modeli Değerleme.

İnovasyon Sınıfı ve Fiyat Belirleyici Tayini

Yukarıdaki adımda inovasyon sınıfına göre değerlendirme yönteminin belirlenmesi ile birlikte esas ve önemli konu fiyatı kimin tayin edeceğidir. Bu aşamada yine ana alıcının kamu olduğu durumda üreticinin fiyatı tayin etmesi gerekliliği önem taşımamaktadır. Bu nedenle kamunun fiyat belirlemede tasarruf ilkesi yerine bu değerlendirme modelinin esası gereği üretici ile birlikte hareket ederek tasarruftan sağlayamadığı avantajları, ihracat ve sürdürülebilir inovasyon kültürü getirisi ile sağlaması üzerine kurulu bir model

geliştirilmiştir. Bu yöntemin uygulanmasında yol haritası, üreticinin ürünün inovasyon sınıfını belirleyici verileri sağlaması ile birlikte kamunun yapacağı araştırma ve analizler sonrasında üreticinin talepleri doğrultusunda fiyat belirlemesi önermektedir.

Tablo 3. İnovasyon Sınıfları Fiyat Belirleyiciler

İnovasyon Sınıfı	Fiyat Belirleyici
Çığır açıcı inovasyon	Üretici
Radikal İnovasyon	Üretici (ihracat şartlı)
Artımsal İnovasyon	Rakip
İkame İnovasyon	Müşteri

Değerleme

- Hedef pazarlardaki serbest ticarileşme potansiyeli (Freedom to operate) incelenir. Bu süreçte ürünün patent ve varsa koruma yöntemleri ile bu korumanın hedef ülkelerde varlığı veya mümkün olup olmadığı araştırılır. Aynı zamanda rakip firmaların koruma yöntem ve alanlarına göre ticarileşebilme potansiyeli analiz edilir.
- Kapsamlı bir pazar araştırması ve rakip analizi üzerinden ihracat potansiyeli ve üreticinin talep ettiği fiyatlardan satış yapabilme potansiyeli araştırılır. Bu araştırma sonucunda varsa patent koruma süresince ve/veya fiyat/alım desteği süresince ihracat rakamları tahminleri belirlenir.
- Fiyat belirlemede en yüksek fiyatlı hedef pazardan başlayarak kademeli olarak daha düşük fiyatlı pazarlar için fiyat tespiti üreticinin talebi doğrultusunda belirlenir.
- Burada özellikle en yüksek fiyatlı ve en yüksek hacme sahip pazarlarda rakip ürünler karşısında ürünün konumlanabileceği fiyat esas alınır. Üreticiye yurt içinde yapılacak alımlarda bu fiyat verilir.
- Yurtdışı pazarlara dönük fiyat segmentleri aşağıdaki ülkelere ve üreticinin ülke bazlı fiyatlandırma politikasına göre yapılır. Fiyat segmenti belirleme de pazar araştırma verileri doğrultusunda ülkelerdeki rakip ürün fiyatları ve bu fiyatlar karşısında firmanın fiyat stratejisi dikkate alınır. Firma hedef pazara göre inovasyon avantajı ile birlikte fiyat politikasında farklı yaklaşımlar ortaya koyabilir. Pazara göre inovasyon + rekabetçi fiyat politikası uygulayabileceği gibi inovasyon avantajı ile rakibe göre yüksek fiyat politikası da tercih edebilir.
- Ülkelerin gelişmişlik, milli gelir düzeyi, rakipler ve inovasyon düzeyleri, rekabet şartları, pazar payı, pazar zorlukları ve patent süreçleri dikkate alınmıştır.
 - Segment 1 için ihracat şartı olan ülkeler
Amerika
 - Segment 2 için ihracat şartı olan ülkeler
İngiltere, Almanya, Fransa, Kanada, Japonya
 - Segment 3 için ihracat şartı olan ülkeler

Diğer AB üyesi ülkeler, Avrupa ülkeleri ve Brezilya

iv. Segment 4 için ihracat şartı olan ülkeler

Diğer ülkeler

Fiyat ve Ödeme Şartları

- Bu fiyat karşılığında üreticiye hedef pazarlara giriş süreçleri (sertifikasyon, regülasyon, pazarlama faaliyetleri gibi) dikkate alınarak 2-3 yıl yurtiçi alımlarda bir yandan da üreticinin bu pazarlar için güçlenmesi amacıyla alım desteği verilir.
- Kamu tarafından yapılan alımlar için yapılacak ödemeler ise tayin edilen en düşük hedef pazar fiyatı üzerinden yapılarak yıllık veya yıl içerisinde 4-6 aylık periyotlarla ihracat gerçekleştirme performansına göre bakiye ödemesinin yapılması ile teminat sorunu da aşılmış olur.
- Üreticiye hazırlık için verilen bu süre sonrasında her yıl kamuya yapılacak yurtiçi satışlarla orantılı ihracat taahhüdü istenir.
- Üreticinin ihracat taahhüdü fiyat segmenti ile ilişkili olarak hedef ülkelere gerçekleştirecek ihracat tutarını içerir. Burada ölçü her yıl artan oran ve miktarla bağlantılı olarak yurt içi satış tutarı ile ilişkilendirilir. Pazara giriş için verilen 2-3 yıllık süreden sonra her yıl artan oranla yurt içi satış tutarına bağlı yukarıda belirlenmiş segmentlerde ihracat beklenir. Bu hedeflerin gerçekleşmemesi durumunda gerçekleşen ihracat tutarı ve fiyat segmentine göre ödeme yapılır veya geri ödeme hesaplanarak hakedişlerinden mahsup edilir.
- Ihracat tutarları ve artış oranları için model yaklaşımı
 - Segment 1: ilk yıl için bir önceki yıl yurt içi satış tutarının %50'u ve her yıl bu orana %10 ilave olacak şekilde hedef belirlenir. (Örneğin: ilk yıl yurt içi satış tutarının %50'u kadar en az ihracat yapması beklenen üreticiden ikinci yıl bir önceki yıl yurt içi satış tutarının %60'si kadar ihracat gerçekleştirmesi beklenir)
 - Segment 2: ilk yıl için bir önceki yıl yurt içi satış tutarının %20'u ve her yıl bu orana %10 ilave olacak şekilde hedef belirlenir.
 - Segment 3: ilk yıl için bir önceki yıl yurt içi satış tutarının %10'u ve her yıl bu orana %10 ilave olacak şekilde hedef belirlenir.
 - Segment 4: ilk yıl için bir önceki yıl yurt içi satış tutarının %10'u ve her yıl bu orana %10 ilave olacak şekilde hedef belirlenir.
- Her yıl artan ihracat oranı ve ulaşılan ihracat tutarına bağlı olarak alım ve fiyat desteğine devam edilir.
- Üreticiye verilen fiyat segmentine uygun ihracat gerçekleşmemesi durumunda yukarıdan aşağıya doğru ihracat hedefi gerçekleşen fiyat segmentindeki fiyat üzerinden o yıl için toplam yurt içi satışları karşılığında fiyat belirlenmiş olur.
- Bu modelde kamu açısından risk ilk ihracat yılı sonuna kadardır. Bu süre için inovasyona ait patent teminat olarak alınarak muhtemel bir risk durumunda patentin yurt içinde ve kamu güvencesinde kalması sağlanır.

Simülasyon

Örnek

- 2018 yılında AB H2020 kapsamında desteklenen pazar araştırma projesi kapsamında Refo Ltd Şti

- tarafından hazırlanan, daha sonrasında 2022 yılında Octagram Danışmanlık Ltd. Şti tarafından güncellenen Bilgisayar Yardımlı Eksternal Fiksator Global Pazar Araştırma Raporu ve verilerinden yararlanılarak aşağıdaki yaklaşımlar ile yukarıda izah edilen yöntem için bir simülasyon çalışması yapılmıştır.
- ii. Yapılan çalışmada Bilgisayar Yardımlı Eksternal Fiksator seçilmesinin nedeni Türkiye’de bu alanda 2005- 2010 yılları arasında geliştirilen iki ayrı teknolojinin uluslararası pazar ve akademik çevrelerde kabul gördüğü ve global ticarete önemli etkiler yarattığından hareket edilerek örnek seçiminde bu alan tercih edilmiştir. Ayrıca 2010 sonrasında bir firmanın daha bu alanda pazara ürün çıkarmış olması ile birlikte 2010’lu yıllarda global pazarda Türkiye en çok üretici firma sayısı ile birinci sıraya yerleşmiştir.
 - iii. Ürünlerden biri “radikal inovasyon” olarak tanımlanmıştır (Smart Correction). İkincisi ise “çıgır açıcı inovasyon” olarak tanımlanmıştır (bu tanımlama ayrıca Ufuk 2020 KOBİ Destek Faz 1 programı kapsamında AB komisyonu tarafından da 2017 yılında “Distributive Innovation Scheme” Çağrısı kapsamında Avrupa üçüncülüğü ve desteklenerek ödüllendirilmiştir) (Adam Frame & Işın T6).
 - iv. 2017 yılı sonunda sektörü domine eden Amerikan firmasının patent süresinin dolması ile birlikte üretici sayısı açısından ABD ilk sıraya yerleşmiştir.
 - v. Türkiye’de üretilen teknolojiler Kosgeb ve TÜBİTAK destekleri ile geliştirilmiştir.
 - vi. 2012 sonrasında SUT düzenlemesi ile bu firmalardan biri üretimi durdurmuş (Imed Surgical), ikincisi ise bir Amerikan firmasına satılmıştır (Response Ortho, 2018).
 - vii. 2022 yılı itibariyle bu alanda patent sahibi olan en önemli firma üretimi durdurmuş ve ABD’de sahip olduğu teknolojiyi korumak için davalar ile uğraşmaktadır. İkinci firma milli olma özelliğini kaybetmiş dolayısıyla bu kadar erken ve öncü teknolojik hamle üreten yerli firmalar büyük bir ihracat potansiyeli kaybetmişlerdir.
 - viii. Kaybedilen ihracat fırsatının temelinde, kamu alımlarındaki yerli ve milli teknolojinin değerlendirilme yöntemindeki eksik ve/veya yanlış politikalar olduğundan hareketle aşağıdaki yaklaşımlar ile yukarıda ortaya koyduğumuz değerlendirme yöntemi için bir simülasyon çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada, geliştirilen ihracat modeli değerlendirme yöntemi değerlendirilmiştir.

İhracat Modeli Değerleme Yöntemi Örnek Uygulama İçin Materyal Seçimi

- i. 2012 SUT öncesi Bilgisayar Yardımlı Eksternal Fiksator Satış Fiyatları ile Yurt içi satış fiyatı vaka başına ortalama 9.000\$ olarak alınmıştır. İnovasyon yönünden pazardaki üstünlüklerine rağmen firmaların gelişmiş pazarlardaki fiyat rekabetçi yaklaşımları, bu pazarlar için yabancı firma statüsünde olmalarının yanı sıra bu pazarlardaki oligopol yapı nedeniyle olması gereken 11.000\$ fiyata göre 2.000\$ daha düşük fiyatın referans alınmasında etkili olmuştur.
- ii. Yine pazar bilgileri ve araştırma raporundan elde edilen bilgiler ile Segment dağılımına göre pazar fiyatları için market fiyatlarının %50’si ihracat fiyatı olarak alınmıştır.
- iii. Tıbbi cihaz alanında regülasyon ve sertifikasyon koşulları dikkate alınarak değerlendirme sonrası 4. yıl ihracat için başlangıç olarak kabul edilmiştir.
- iv. İhracata başladıktan sonra 10 yıllık bir projeksiyon çalışılmıştır.
- v. Türkiye’de pazarın normal şartlar altında ilk 5 yıl için her yıl % 25, sonraki 5 yıl için her yıl %12 büyümesi öngörülmüştür.
- vi. Yukarıda fiyat ve ödeme koşulları kapsamında hedef pazarlar için ihracat başlangıç yılı için bir önceki yıl yurtiçi satış tutarına oranı aşağıda belirtilmiştir.

1. Segment 1 için %50
 2. Segment 2 için %20
 3. Segment 3 için %10
 4. Segment 4 için %10
- v. Bu başlangıç oranlarına her yıl bir önceki yıl yurtiçi satıştaki büyümeye bağlı artan satış tutarlarına ilave olarak hedef pazarlarda da yıllık %10 artış öngörülmüştür.

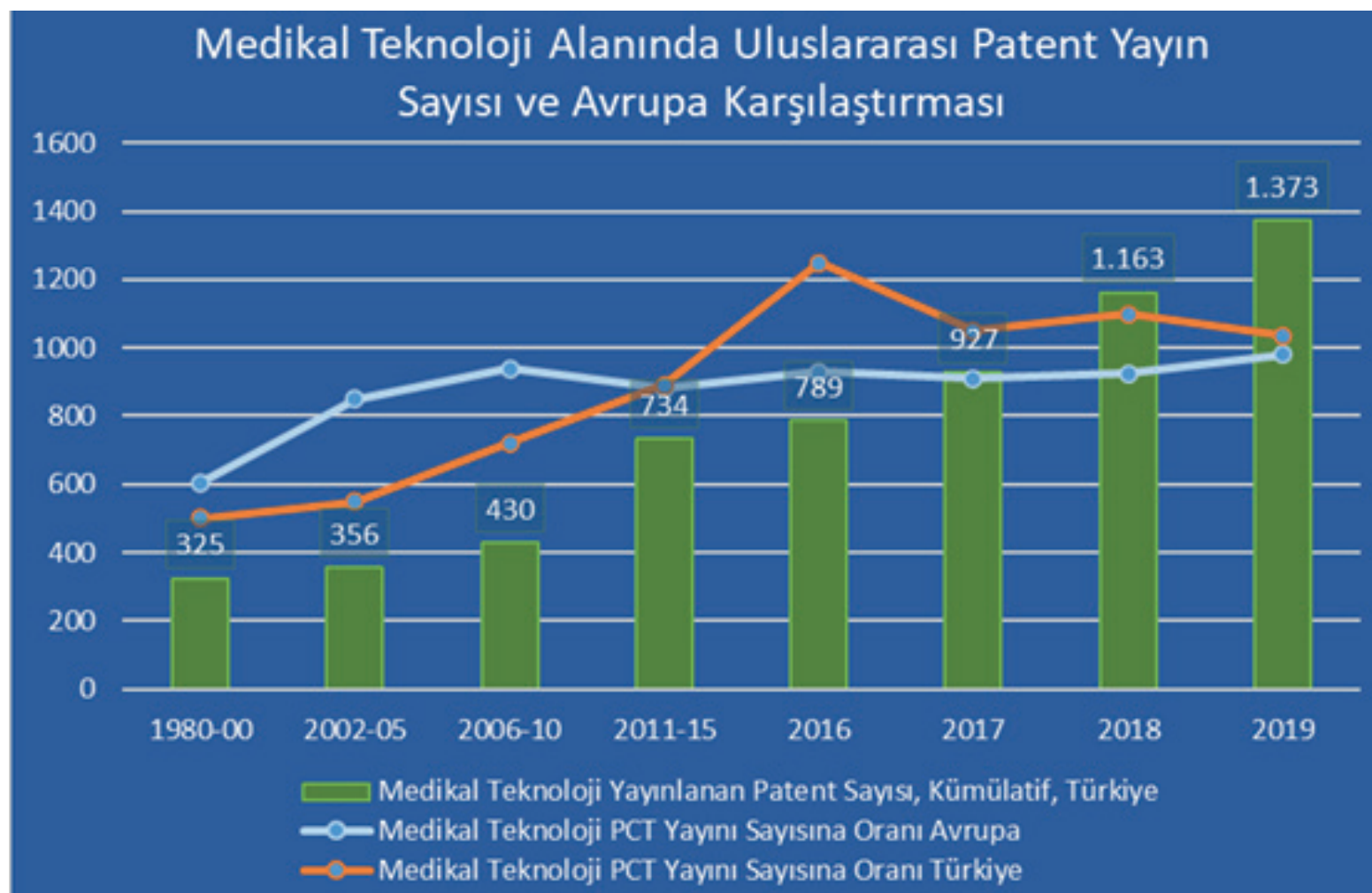
Bulgular

Şekil 9. Sayılarla Türkiye Tıbbi Cihaz Sektörü



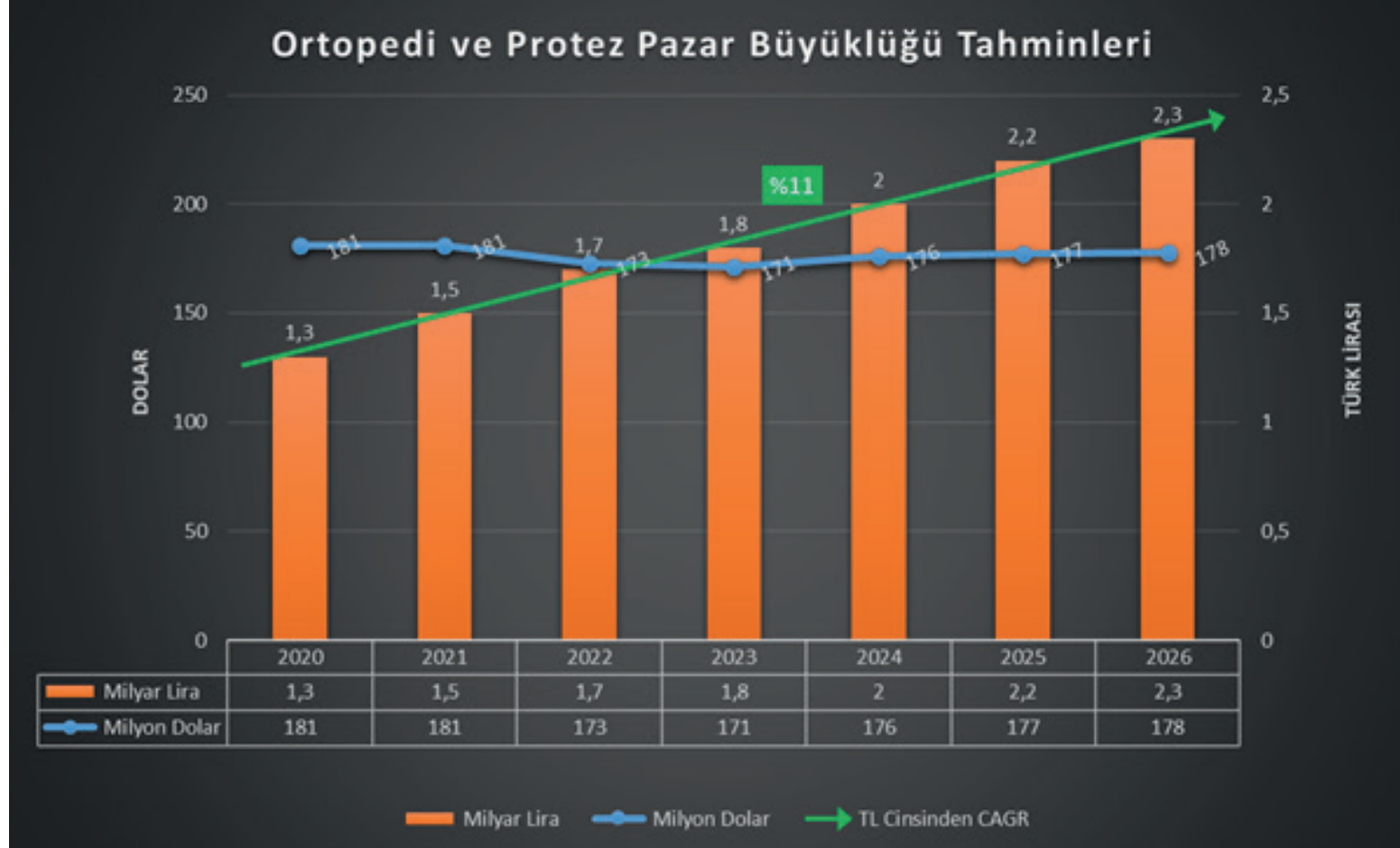
Tıbbi cihaz sektörünün Türkiye açısından global pazarda çok düşük bir paya sahip olduğu, sektörün cari açığa etkisinin artarak devam ettiği ve büyük bir istihdam sayısına rağmen ihracat payının düşük olduğu görülmüştür.

Şekil 10. Türkiye Avrupa Patent Yayın Karşılaştırması



Tıbbi cihaz sektörünün patent sayısı ile yakın gelecekte inovasyona dayalı yüksek katma değerli ve global pazarlara dönük ürün üretme potansiyelinin yüksek olduğu görülmüştür.

Şekil 11. Pazar Büyüklüğü Tahminleri



Türkiye’de sağlık harcamalarında en üst sıralarda yer alan ortopedi alanının, artan yaşlı nüfus da dikkate alındığında, daha da büyüyeceği ve artan üretime rağmen dışa bağımlılığında artmaya devam edeceği ayrıca gelişen teknoloji ile birlikte gelişmeye ayak uyduramaması halinde cari açığa etki ve dışa bağımlılığında artacağı görülmüştür.

Şekil 12. Bilgisayar Yardımlı Eksternal Fiksator Pazarı Analizi



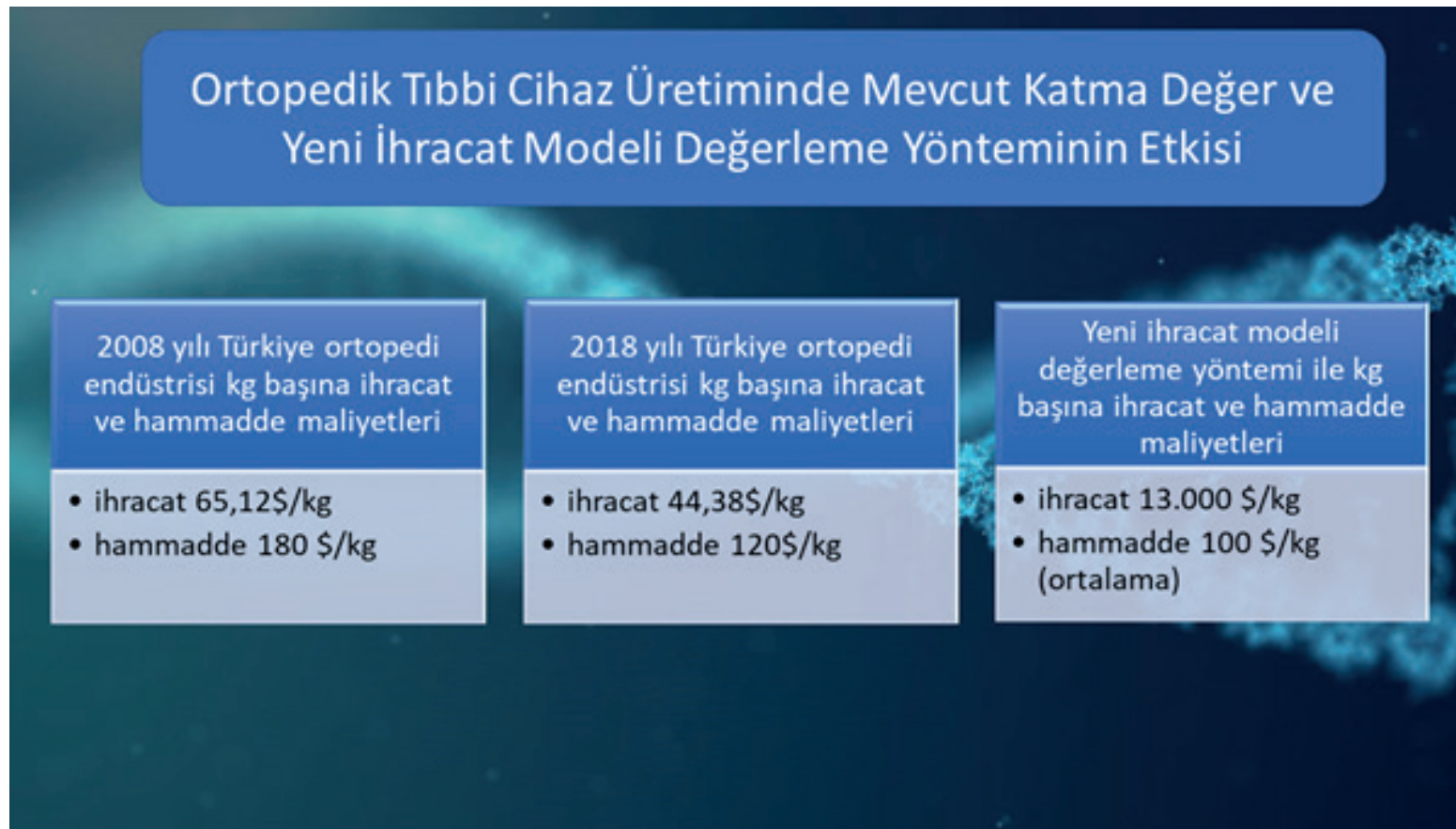
2019 yılı itibarıyla 38,7 m usd olan Bilgisayar Yardımlı Eksternal Fiksator Pazarı %9,5 büyüme hızı ve 2017 sonrasında pazarı domine eden firmanın patent süresinin dolmasıyla birçok yeni üreticinin pazarı girmesine bağlı olarak daha büyük bir hızla büyümesi öngörülmekte ve bu alandaki inovasyonların tıbbi teknolojide daha birçok yeni inovasyonun gelişimine etki ettiği görülmüştür.

Şekil 13. Ortopedik Tıbbi Cihaz İhracatı ve yeni İhracat Modeli Değerleme Yönteminin Etkisi



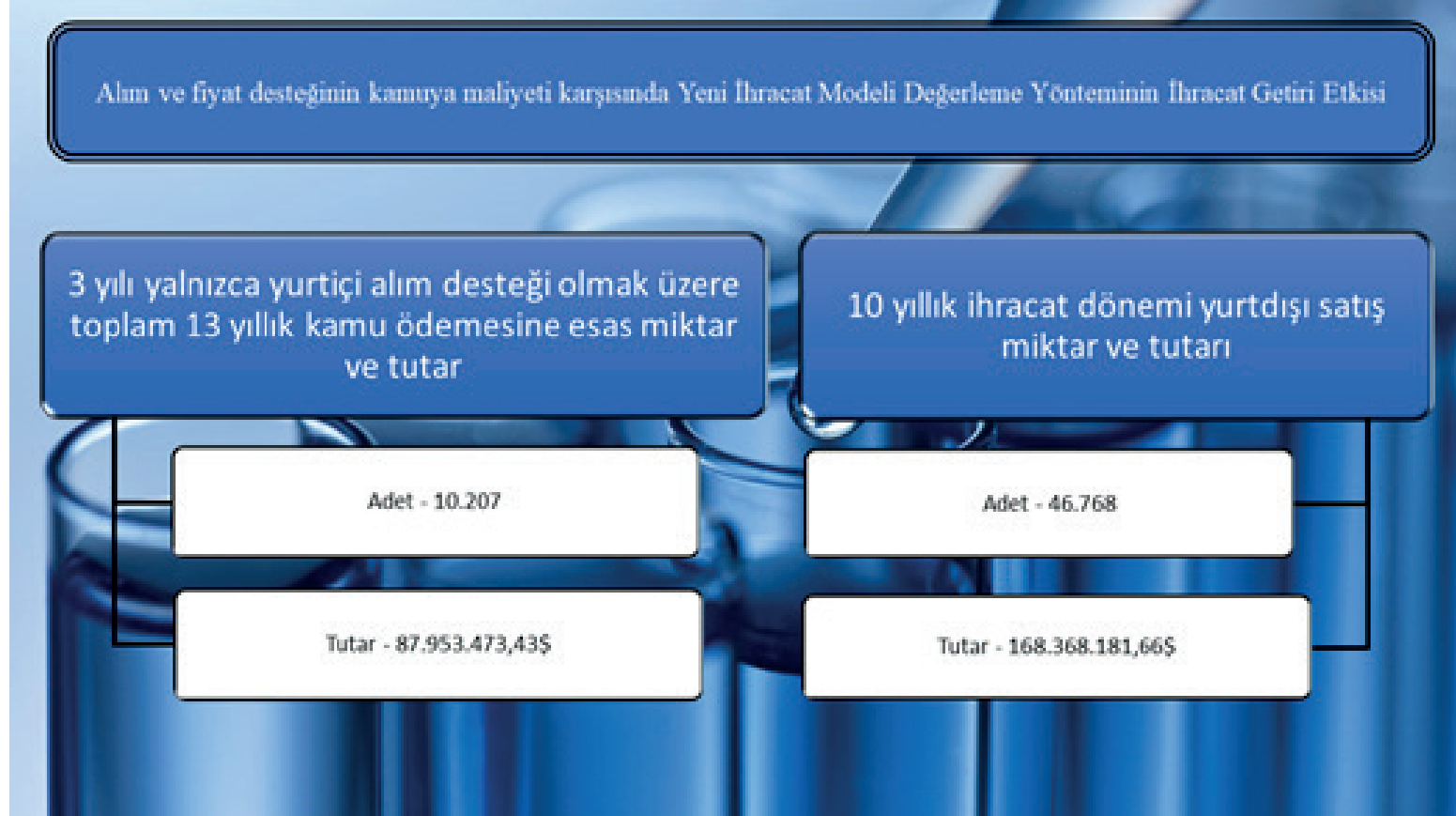
Ortopedik tıbbi cihaz ihracatı açısından yeni ihracat modeli değerlendirme yönteminin 2008- 2018 yılları arasındaki dönem için yapılan simülasyonda başlangıçta %25 artış ve 10. yılın sonunda inovasyona dayalı tek bir ürünün, sektörün toplam ihracatından daha fazla ihracat potansiyeli olduğu görülmüştür.

Şekil 14. Ortopedik Tıbbi Cihaz Üretiminde Mevcut Katma Değer ve Yeni İhracat Modeli Değerleme Yönteminin Etkisi



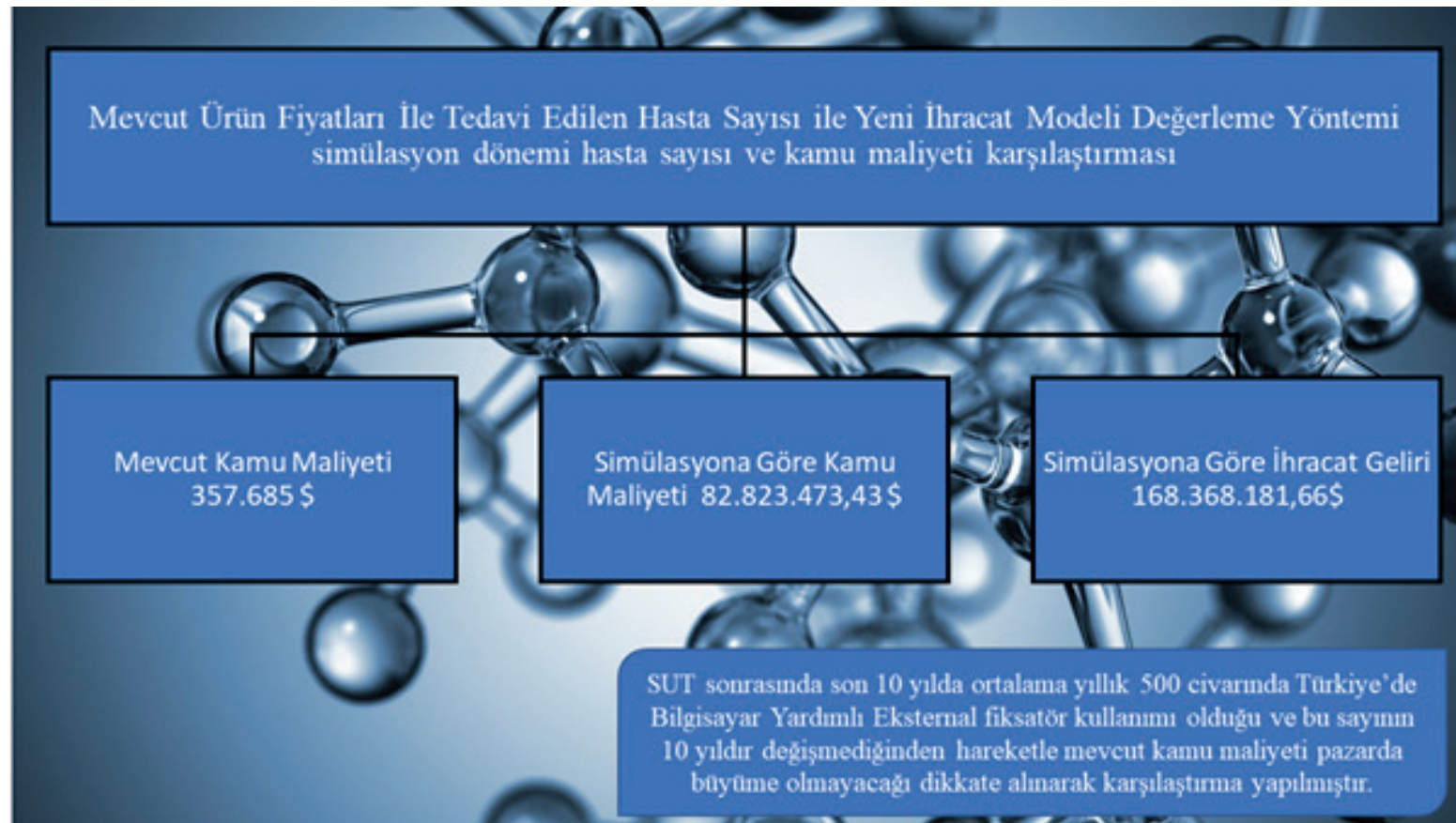
Ortopedik Tıbbi Cihaz Üretiminde Mevcut Katma Değer ve Yeni İhracat Modeli Değerleme Yönteminin Etkisine bakıldığında girdi maliyetleri ihmal edilerek (simülasyondaki örneğin hammadde maliyeti düşük olmasına rağmen) yapılan hesaplamada sektörün ürettiği katma değere oranla 2018 yılı itibarıyla 292,92 kat daha büyük bir katma değer ürettiği görülmüştür.

Şekil 15. Kamuya Maliyeti ve Yeni İhracat Modeli Değerleme Yönteminin Etkisi



Alım ve fiyat desteğinin kamuya maliyeti karşısında Yeni İhracat Modeli Değerleme Yönteminin İhracat Getiri Etkisinin, ülke içinde tedaviye katkısı dışında 10 yılın sonunda yapılan toplam ödeme karşılığında yaklaşık 2 kat ihracat geliri sağladığı görülmüştür.

Şekil 16. Kamu Maliyeti Karşılaştırması



Mevcut ürün fiyatları ile tedavi edilen hasta sayısı ile yeni ihracat modeli değerlendirme yöntemi simülasyon dönemi hasta sayısı ve kamu maliyeti karşılaştırması sonucunda ihracattaki iki kat büyümenin aynı alandaki toplam sağlık harcamasını da 231,55 kat arttırdığı görülmüştür.

Tartışma

Ar-ge süreçleri, klinik süreçler, sertifikasyon ve regülasyon süreç ve maliyetleri, pazara çıkış süresi, yüksek risk ve bağlı olarak finansal erişim sorunu, oligopol rekabet ve tıbbi cihaz alanındaki yüksek Ar-Ge ve pazara giriş maliyetleri önemle dikkate alınmalıdır.

Türkiye'de Ar-Ge destek miktarı KOSGEB ve TÜBİTAK açısından ortalama 50.000\$, ABD'de bu alanda bir ürünün Ar-Ge bütçesi yaklaşık 10 m \$ civarındadır. Tıbbi cihaz alanında yapılan desteklerin tutar ve destek yönteminde de global pazar gerçeklerinin dikkate alınması gerekmektedir.

ATO (Ankara Ticaret Odası) tarafından hazırlanan raporda tıbbi cihaz alanındaki olumsuz durumlar aşağıdaki şekilde tespit edilmiştir. Raporda ortaya konulan sonuçlar değerlendirilerek ve buna bağlı olarak geri ödeme sistemindeki yerli ve milli inovasyon ürünlerinin gelişimi üzerindeki aşırı olumsuz etkiyi doğrular niteliktedir.

1. Araştırma sonucunda çıkacak ürünün SGK geri ödeme kapsamına alınıp alınmayacağına muğlak olması,
2. İhalelerde fiyat dışı unsurların göz önüne alınmaması, en ucuz fiyatın en avantajlı olarak görülmesi,
3. Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarının teknolojiye dayalı hizmetlerde düşük tutulması nedeniyle düşük kaliteli ürünlerin kullanımının tercih edilmesi,
4. Katma değeri yüksek ileri teknolojik faaliyet dallarında dünya genelinde oligopol yapının varlığı,
5. Sosyal Güvenlik Sisteminin sağlık hizmeti maliyetlerini sürekli aşağı çekme çabası içinde olması,
6. Fikri mülkiyet araçlarının yeterince etkin kullanılamaması.

Tıbbi cihaz gibi alanlarda yapılacak destekler açısından Ar-Ge ve ihracat süreçlerinde sağlanan desteklerden daha çok kamu alım garantisi ve fiyat desteğinin önem taşıdığını düşünmekteyiz. Global pazarlarda fiyat konumlandırmanın regülasyon süreçlerinde ürünün menşei ülkedeki satış fiyatının emsal ve belirleyici olduğundan hareket ile özellikle fiyat desteği inovasyona dayalı ürün üreten girişim ve işletmeler için hayati önem taşımaktadır.

Türkiye’de ilk kez Teknokatalog kapsamında Devlet Malzeme Ofisi tarafından inovasyona dayalı ürünler için kamu alımlarında ayrıcalıklı bir yöntem uygulanmaktadır. Ancak tıbbi cihaz alanında geri ödeme sisteminde bu modelin uygulama örneğine rastlanmamıştır.

Diğer yandan ihracat temeline dayanmayan bu modelin çalışmamız kapsamında geliştirilmesi ile birlikte tıbbi cihaz sektörü ve geri ödeme sistemi ile entegrasyonu Türkiye’nin başta tıbbi cihaz ve sağlık endüstrisi olmak üzere inovasyon ve inovasyona dayalı üretimin gelişmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

İnovasyon ürünlerinin Yeni İhracat Modeli Değerleme Yöntemi ile desteklenmesinin yalnızca ekonomik kazanımlara değil aynı zamanda inovasyon kültürüne, teknolojik gelişmelere, yerli ve milli bilgi kaynaklarının gelişmesi ve korunmasına, istihdama ve daha da önemlisi Türkiye’de halkın daha iyi sağlık hizmeti almasına çok büyük oranda katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

İnovasyona dayalı teşhis ve tedavi çözümlerine karşı uygulanan alım ve ödeme sisteminin yarattığı sonuçlar itibarıyla Türkiye’de son 10 yılda yenilikçi çözümlerin azaldığı, hastaların tedaviden kaçındığı, doktorların zorunluluk halleri dışında eski teknolojiler ile tedaviyi tercih etmemelerine bağlı olarak birçok alanda tedavi edilen hasta sayısında büyük düşüşler yaşanmaktadır. Ayrıca inovasyona dayalı tıbbi çözümlerin ülkede yeterince yer bulamamasının yakın gelecekte özellikle sağlık turizmi üzerinde de potansiyel kayıplar yaşatabilecektir.

İnovasyona dayalı tıbbi çözümlerin hangi basamak hastanelerde kullanılacağı ve kullanım zorluğu gibi kriterlere bağlı olarak kısıtlanmasında, ürünün yerli ve milli olması ile birlikte reel uygulamada zorluk içerip içermediği dikkate alınmaksızın, yalnızca yeni olması gerekçesiyle kısıtlamanın da yerli ve milli inovasyona dayalı tıbbi teknolojilerin global pazar payına önemli darbe vurduğu, inovasyonun menşei ülkesinde fiyatı kadar endikasyon ve hastane kısıtlamasının da çok büyük etki ettiği gerçeği Türkiye’de ihmal edilmektedir.

Ortopedik tıbbi cihaz üretiminde hammaddenin çok büyük oranda yurtdışına bağımlı olduğu ve yapılan ihracatta kg başına sağlanan gelirin hammadde fiyatlarının altında olduğu, bu yönüyle sektörün katma değer üretmediği gibi ihracatının da zarara dayalı olduğu veya daha düşük fiyatlı, düşük kaliteli ham-

madde kullanılarak yapılan üretim sonucuyla inovasyona dayalı üretim ve yeni değerlendirme modeli ile bu konuda çok büyük ihracat geliri ve yüksek katma değerli ihracat elde edilebilecektir.

Sonuç

Büyüyen pazar hacmi, tıp teknolojilerindeki bilişim teknolojilerinin yeni ve yoğun bir biçimde trend teşkil etmesi ve Türkiye’de bilişim odaklı insan kaynağı ve alt yapı gelişmesine bağlı olarak bugün sayıları çok az olsa da yakın gelecekte doğru yöntemlerle tıp endüstrisinde çok sayıda inovasyon üreten girişim ve üretecekleri inovasyonlar ve buna bağlı olarak da değerlendirme sorununu yoğun bir biçimde gündeme getirecektir. Bu gündemi beklemek yerine destek ve teşvik uygulamalarının bugünden değerlendirme konusu dikkate alınarak oluşturulması ve mevcut inovasyonların bu yaklaşımla değerlendirilmesi katma değeri yüksek ürünlerin üretimine katkı sunacaktır.

İnovatif bir değerlendirme yönteminin uygulanması ile Türkiye’de Ar-Ge desteklerinin ihracat odaklı, doğru ve verimli yönetimi, inovasyon üreten girişimlerin değerinin yükselmesi ve global pazarlarda güçlendirilmesi, bu girişimlerin sahip oldukları inovasyonların mali kayıtlarında yer alması ile bilanço değerlerinin değerine ulaşması sağlanacaktır. Bu katkılar girişimlerin fon kaynaklarına erişimi, doğru bilanço değeri ile değerinde yatırım almaları ve değerinde satılmaları ile hespinden de önemlisi gerek inovasyon gerekse de girişimlerin güçlenmesi, değerlendirilmesi ve değerinde satılması için satış hacminin artmasını sağlayacaktır.

Kaynakça

Blythe Jim (1999), “Innovativeness and Newness in High-tech Consumer Durables”, Journal of Product & Brand Management, Vol: 8 Issue: 5, pp. 415-429.

Sorescu Alina B., Rajesh K. Chandy, Jaideep C. Prabhu, (2003),

“Sources and Financial Consequences of Radical Innovation: Insights From Pharmaceuticals”, Journal of Marketing, Vol: 67, pp. 82-102.

Korkmaz Sezer- Zeliha Eser- Sevgi Ayşe Öztürk- F. Bahar Işın (2009),

Pazarlama: Kavramlar-İlkeler-Kararlar, Siyasal Kitabevi, Ankara

Who Determines the Prices We Pay? (2019, November 25). College of Business Administration.

<https://www.unomaha.edu/college-of-business-administration/center-for-economic-education/teacher-resources/prices-we-pay.php#:~:text=This%20competition%20of%20sellers%20against,other%20products%20and%20all%20incomes>

Gupta, V. (n.d.). Price Determination under Monopoly. Retrieved May 5, 2022, from <https://www.womenscollegesamastipur.org/Department/Online-study/economics/Price-Determination-under-Monopoly.pdf>

Sarier, G. Şirket değerlemesi ve start-up firma uygulaması (Master’s thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

Manual, OSLO (2005). The Measurement of Scientific and Technological Activities.

Proposed Guidelines for Collecting and Interpreting Technological Innovation Data. European Commission and Eurostat.

The top 10: mergers, acquisitions and new healthcare value chains shape the industry’s largest players. (n.d.) >The Free Library. (2014). Retrieved May 04 2022 from <https://www.thefreelibrary.com/The+top+10%3a+mergers%2c+acquisitions+and+new+healthcare+value+chains...-a0427422728>

OrthoPediatrics acquires Vilex, Orthex for \$60M in cash and stock. (n.d.) >The Free Library. (2014). Retrieved May 04 2022 from <https://www.thefreelibrary.com/OrthoPediatrics+acquires+Vilex%2c+Orthex+-+for+%2460M+in+cash+and+stock.-a0587798312>

Zimmer Holdings. (2011, November 10). Zimmer announces acquisition of XtraFix® External Fixation System. – Zimmer Biomet. Retrieved May 5, 2022, from <https://investor.zimmerbiomet.com/news-and-events/news/archive/10-11-2011-192341060>

Özel Sağlık Hizmet Sunucularının Fazla ve Yersiz İlave Ücret Tahsilatlarına İdari Yaptırım Uygulanabiliyor mu?

Can Administrative Sanctions be Applied to Private Healthcare Providers' Excess and Unreasonable Additional Fees?

Doç. Dr. Özkan Bilgili

İzmir Demokrasi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İnsan Kaynakları Yönetimi Bölümü, Karabağlar/İzmir

Özet

Türkiye’de genel sağlık sigortalıları ile bakmakla yükümlü olduğu kimselerin sağlık hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu (Kurum/SGK) tarafından finanse edilmektedir. Esasen genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmetlerin finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür. Kurum genel sağlık sigortası (GSS) kapsamındaki sağlık hizmetlerini, yurt içinde kamu sağlık hizmet sunucuları ile özel sağlık hizmet sunucularından protokol veya sözleşme yapmak suretiyle karşılamaktadır. Kurum, yaptığı sözleşmelere göre GSS kapsamındaki sağlık hizmet giderlerini bir geri ödeme kurumu olarak vakıf üniversiteleri dahil özel sağlık hizmet sunucularına ödemektedir. Öte yandan sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularınca, Kurumca karşılanan sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden bu bedellerin iki katına kadar alınabilecek ilave ücretin tavanını belirlemeye Cumhurbaşkanlığı yetkili kılınmıştır. Bu tavan dahilinde alınabilecek ilave ücret oranlarını ise Kurum belirlemektedir. Dahası istisnai sağlık hizmetleri için, belirlenen hizmet fiyatlarının üç katını geçmemek üzere ilave ücret alabilmektedirler. Tam da bu noktada, belirlenen ilave ücret tavanının aşıldığı, buna paralel olarak genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kimselerden ayakta ya da yatarak tedavilerde astronomik rakamların talep edildiği; sağlık hizmetlerinin ikame edilemez ve ertelenemez olması, sağlık hizmet piyasasında atipik bilginin egemen olması ve hastanın çaresiz kabul etmek durumunda kalması gibi sebeplerle de talep edilen tutarların ödenmesi söz konusu olabilmektedir. Bu şekilde haksız ve yersiz tahsil edilen bu tutarlar sebebiyle şikayette bulunulması halinde ise Kurum inceleme yapıp tespit bulursa dahi kanun, yönetmelik, tebliğ yada protokol ve sözleşmelerde idari para cezası veya cezai şarta yer verilmediği için yaptırım uygulayamadığı da anlaşılmaktadır. Bu durum genel sağlık sigortalılarının deyim yerinde ise sömürüsü ile sonuçlanırken başta SGK olmak üzere Sağlık Bakanlığı’nın da sistem içerisinde etkili olamadığı gibi bir anlayışın yerleşmesine sebebiyet verecek nitelikte görülmektedir. Çalışmamızda belirtilen hususlar tartışılarak çözüm önerilerimize yer verilecektir.

Anahtar kelimeler: Genel sağlık sigortası, ilave ücret, sağlık hizmet sunucusu.

Abstract

In Turkey, health services of general health insurance holders and their dependents are financed by the Social Security Institution (Institution/SSI). In fact, benefiting from the health services to be provided by the general health insurance is a right for the general health insurance holder and their dependents, and providing the financing of these services is an obligation for the Institution. The institution covers the health services covered by the general health insurance (GHI) by making a protocol or contract with the public and private health service providers in the country. The Institution, as a reimbursement institution, pays the health service expenses within the scope of GHI to private health service providers, including

foundation universities, according to the contracts it has made. On the other hand, the President is authorized to determine the price cap of the additional fee that can be collected in addition to the health services fee covered by the Institution from the contracted private health service providers, up to double of these costs, from the general health insurance holders and their dependents. The Institution determines the additional fee rates that can be charged within this price cap. Moreover, they may charge additional fees for exceptional health services, not exceeding three times the determined service prices. At this very point, it may also be possible that the requested amounts are paid due to the reasons such as the demand of astronomical figures from the general health insurance holder or their dependents for outpatient or inpatient treatments, concordantly exceeding the additional fee cap, the fact that the health services cannot be substituted and postponed, the atypical information dominating in the health service market, and the desperate need of patient to accept these charges. In the event that a complaint is made due to the amounts that are collected unfairly and unjustly in this way, it is understood that even if the Institution examines and makes a determination, it cannot impose sanctions because there are no administrative fines or penal clauses in the law, regulation, communiqué or protocol and contracts. While this situation results in the exploitation, so to say, of the general health insurance holders, it seems that it may cause an understanding that the Ministry of Health, especially the SSI, cannot be effective in the system. In our study, we will discuss the aforementioned issues and include our solution proposals.

Keywords: General health insurance, additional fee, health service provider.

1. Giriş

Vakıf üniversitesi hastaneleri dahil Kurum ile sözleşmeli özel sağlık hizmet sunucuları, genel sağlık sigortası mevzuatının sınırlandırmaları kapsamında, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü oldukları kimselerden ilave ücret (fark ücret) alabilmektedir. Ancak, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmet bedellerine ek olarak bu bedellerin iki veya istisnai sağlık hizmetlerinde üç katına kadar alabilecekleri ilave ücret tutarlarının da üzerinde ücret alınması, tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Tartışmalar genel sağlık sigortası kapsamında özel sağlık kurum ve kuruluşları dahil ülkedeki tüm sağlık kapasitesinden yararlanmaya dayalı yaklaşımı da sorgulamaya evrilmektedir.

Özel sağlık hizmet sunucularının, mevzuatında belirlenen tavanın üzerinde ilave ücret almalarının tespit edilmesi halinde cezai şart yaptırımlarının uygulanmasına ilişkin sözleşme hükümleri bulunmakla birlikte, evvela fazla ve yersiz ilave ücret alındığının tespit edilebilmesi gerekmektedir. Bu fiilin tespiti de yeterli bilgi ve belge teminini zorunlu kılmaktadır.

Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) bu konuda sağlık hizmet sunucularına getirilmiş yükümlülük bulunmakla birlikte, bu yükümlülüğün yerine getirilmesinde dahi sorunlar bulunmaktadır. Özel sağlık hizmet sunucuları, özellikle yatarak tedavilerde belli bir tutarın üzerinde aldıkları ilave ücreti gösterir detay belgeyi hasta istemese bile hastaya vermek zorunda oldukları halde, bu belgenin verilmemiş olmasının bir yaptırıma bağlanmamış olması sebebiyle çoğunlukla vermedikleri görülmektedir.

İlave Ücret Uygulamasının Yasal Dayanağı ve Temel İlkeler

Yasal Dayanak

Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmet sunucularının genel sağlık sigortalıları ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kimselerden ilave ücret alabilmelerine olanak veren yasal dayanağa 5510 sayılı Kanunun 73.maddesinin ikinci, üçüncü ve dördüncü fıkralarında yer verilmiştir (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2016, 772-773). Buna göre, vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, bu bedellerin iki katına (%200'üne) kadar alınabilecek ilave ücretin tavanını belirlemeye Cumhurbaşkanı yetkili kılınmıştır. Bu ta-

van dahilinde alınabilecek ilave ücret oranları ise Kurumca belirlenmektedir. İlave ücret oranı belirlenirken sağlık hizmeti sunucularının giderleri ve ürettikleri sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile yapılan sübvansiyonlar gibi kriterlerin dikkate alınacağı ifade edilmektedir (5510/73-2 md).

Vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin başlangıçta en fazla % 30'una kadar ilave ücret alabilirken (Bakanlar Kurulu Kararı, 2008), daha sonra bu oran sağlık hizmetleri bedelinin en fazla % 70'ine yükseltilmiştir (Bakanlar Kurulu Kararı, 2009). Yükseltme yönündeki eğilim devam ederek bilahare sağlık hizmetleri bedelinin en fazla % 90'ına kadar ilave ücret alınmasına imkan tanınmıştır (Bakanlar Kurulu Kararı, 2012). Nihayetinde 5510 sayılı Kanundaki son sınırlamaya uygun olarak sağlık hizmetleri bedelinin en fazla iki katına (%200) kadar ilave ücret alınması kararlaştırılmıştır (Bakanlar Kurulu Kararı, 2013).

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Kurumca belirlenmiş standartların üstündeki talepleri karşılayan otelcilik hizmetleri ile hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi hususlar göz önüne alınarak Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen istisnai sağlık hizmetleri için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden belirlenen hizmet fiyatlarının üç katını geçmemek üzere ilâve ücret alabilir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Kurumca ödenecek sağlık hizmeti bedellerinin yayımlanmasını takiben otuz gün içinde ilâve ücret ödemeleri için belirlenen tavanlar dahilinde belirledikleri sağlık hizmeti fiyatlarını kuruma bildirmek zorundadır. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları fiyat değişikliklerini beş iş günü içinde Kuruma bildirirler. Tavanlar dahilinde de olsa Kurumca belirlenen süreden önce bu fiyatlarını artıramazlar (5510/73-4 md; Tuncay ve Ekmekçi, 2017, 632). İstisnai sağlık hizmetleri diye bir ayırımın yapılması suretiyle ilave ücret alınmasının sağlık hizmetlerini etkisizleştirileceği belirtilmektedir (Sözer, 2008).

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu, finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırarak belirlemeye yetkilidir (5510/72-1 md). İşte komisyonca belirlenen sağlık hizmeti bedellerinin en fazla iki katına kadar ilave ücret, istisnai sağlık hizmetleri için ise en fazla üç katına kadar ilave ücret alınması söz konusu olabilecektir.

Komisyon ise; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, üniversite sağlık hizmeti sunucuları ile özel sağlık hizmeti sunucularını temsilen Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca belirlenecek birer üye, Hazine ve Maliye Bakanlığını temsilen üç üye ve Sosyal Güvenlik Kurumunu temsilen iki üye olmak üzere toplam dokuz üyeden oluşur. Komisyon kararlarını salt çoğunluk ile alır. Komisyon kararları Resmî Gazete'de yayımlanır. Komisyonca gerekli görülen hâllerde sağlık hizmetlerinin türlerine göre birden fazla alt komisyon kurulabilir. Komisyonun sekretarya işlemleri Kurumca yerine getirilir (5510/72-2 md).

Komisyon; Sosyal Güvenlik Kurum Başkanının başkanlığında, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını temsilen Genel Müdür düzeyinde birer, Hazine ve Maliye Bakanlığını temsilen Genel Müdür düzeyinde üç üye ile üniversite sağlık hizmeti sunucularını temsilen Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından bildirilip Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca belirlenecek olan bir üye ve özel sağlık hizmeti sunucularını temsilen Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB) tarafından bildirilip Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca belirlenecek olan bir üye olmak üzere dokuz üyeden oluşur. Kurum Başkanı, Komisyon Başkanı olarak Kurum Başkan Yardımcısı veya Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürünü de görevlendirebilir. Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürünün Komisyon Başkanı olarak görevlendirilmesi hâlinde Kurumu temsil edecek diğer üye Daire Başkanı olur (Komisyon Yönetmeliği, 2008).

İlave Ücret Alınmasında Temel İlkeler

Kurumla sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca, Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla kişilerden ilave ücret alınabilmektedir. Sağlık hizmeti sunucularınca alınacak ilave ücretlerde, SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden Kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınmaktadır. İlave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan kişilerce ve/veya sağlık hizmet sunucularınca Kurumdan talep edilemez. Sağlık hizmeti sunucularınca, Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri için talep edilen ücretler ise ilave ücret olarak değerlendirilmez (SUT/1.9.1 md).

Sağlık hizmeti sunucusu, sunduğu sağlık hizmetleri öncesinde, alacağı ilave ücrete ilişkin olarak hasta veya hasta yakınının yazılı onayını almakla yükümlüdür. Bu yazılı onay alınmadan, işlemler sonrasında herhangi bir gerekçe ileri sürülerek ilave ücret talebinde bulunulamaz (Sözer, 2018, 341). Acil servislerden kabul edilerek doğrudan uygulanan acil girişimsel işlemler ile 24 saat içinde acil gözlem ünitelerinde uygulanan tüm sağlık hizmetleri için ilave ücret alınamaz. Hastadan ilave ücret alınabilmesi için hastaya/hasta yakınına acil halin sona erdiğine ve müteakip işlemlerin ilave ücrete tabi olduğuna ilişkin yazılı bilginin imza karşılığı verilmesi zorunluluğu bulunmaktadır (SUT/1.9.1 md).

Kişiler ve Sağlık Hizmetleri Açısından İstisnalar

İlave Ücret Alınmayacak Kişiler

5510 sayılı Kanunun 60. maddesi birinci fıkrasının (c) bendinin (4), (6) ve (8) numaralı alt bentleri kapsamında sayılanlar ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler ile aynı maddenin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılan kişilerden ilave ücret alınamaz (5510/73-2 md; Tuncay ve Ekmekçi, 2017, 633-634).

Buna göre, 1005 sayılı Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden; 2330 sayılı Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden; harp malûllüğü aylığı alanlar ve 3713 sayılı Kanun kapsamında aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerden; tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar, 3713 sayılı Kanunun 21. maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananlardan; askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar, yedek subay öğrencileri ve adayları, yedek astsubay öğrencileri ile diğer askeri öğrencilerden; Uluslararası Askeri Eğitim İşbirliği Anlaşmaları kapsamında Türkiye’de eğitim ve öğretim gören yabancı uyruklu misafir askeri personel ile bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinden; Uluslararası Eğitim İşbirliği Anlaşmaları kapsamında Türkiye’de Jandarma Genel Komutanlığı, Sahil Güvenlik Komutanlığı ile Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi Başkanlığında eğitim ve öğretim gören yabancı uyruklu misafir personel ile bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinden, hiçbir ilave ücret alınamaz (SUT/1.9.2 md).

İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri

Vakıf üniversiteleri dahil Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmet sunucuları tarafından ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerini ise şu şekilde sıralayabiliriz (Sözer, 2018, 341-342): Acil servislerde verilen ve “yeşil alan muayenesi” adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere, acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri; yoğun bakım hizmetleri; yanık tedavisi hizmetleri; kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri); yenidoğana verilen sağlık hizmetleri; organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri; doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri; hemodiyaliz tedavileri; kardiyovasküler cerrahi işlemler (İstisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen işlemler hariç); SUT eki İştisel implant işlemleri; SUT eki EK-2/G Listesinde yer alan işlemler; pandemi süresince pandemi olgularının tanı ve tedavileri ile bu işlemlere ilişkin sunulan sağlık hizmetle-

rinden ilave ücreti alınmaz (SUT/1.9.3 md). Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyesi tarafından verilen 18 yaşını doldurmamış çocuklara yapılan işitsel implant işlemlerinden de ilave ücret alınamaz.

İlave Ücret Uygulaması

4.1. İlave Ücret Tutarları

Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen Kurumca ödenecek bedeller SUT ve eki listelerde yer almaktadır. Ancak Komisyonca SUT eki EK-2/B, EK-2/C ve EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemler için ödemeye esas puanlar ile katsayı (0,593) belirlenmiş olup, işlem bedeli, ilgili puan ile katsayının çarpımı sonucu bulunacak tutardır (SUT/2.2). Öte yandan, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan; bazı işlemlerin üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca yapılması durumunda işlem puanlarına % 15 ilave edilerek Kuruma faturalandırılır. SUT eki EK-2/C-1 Listesinde yer alan istisnai sağlık hizmetlerine ilişkin işlemlerin ise üniversite hastanelerince yapılması halinde işlem puanlarına Listede belirtilen oranlar ilave edilerek faturalandırılır.

Dolayısıyla Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmet sunucularının Kuruma fatura edebilecekleri tutarlar SUT ve eki listelerde gösterilen tutarları aşamayacaktır. Bu şekilde Kurumca karşılanan sağlık hizmet tutarlarının %200'üne kadar ilave ücret, istisnai sağlık hizmetlerinde ise %300'üne kadar ilave ücret sağlık hizmeti verilen genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kimselerden istenebilecektir.

Örnek 1. Kurumla sözleşmeli özel hastane, özel tıp merkezi veya Kurumla protokol imzalayan vakıf üniversitesi hastanesine, 2022/Mart ayında çeşitli branşlarda ayaktan muayene başvurusunda bulunulması halinde Kuruma fatura edilebilecek/Kurumun ödeyeceği tutarlar ile özel sağlık hizmet sunucusunun genel sağlık sigortalısı/bakmakla yükümlü olduğu kimselerden talep ve tahsil edebileceği ilave ücret tutarlarına aşağıda örnek olarak yer verilmiştir.

Tablo 1. Özel Sağlık Hizmet Sunucuları İtibariyle Ayaktan Başvurularda İlave Ücret Tavan Tutarları

Muayene Yapılan Poliklinik	SGK'nin Ödeyeceği Tutar (TL)			Alınabilecek En Fazla İlave Ücret (TL)			Alınabilecek En Fazla İlave Ücret Oranı(%)
	Özel Hastane	Özel Tıp Merkezi	Vakıf Üniversitesi Hastanesi	Özel Hastane	Özel Tıp Merkezi	Vakıf Üniversitesi Hastanesi	
Göğüs Hastalıkları	44	37	99	88	74	198	200
Kardiyoloji	58	49	136	116	98	272	200
Nöroloji	49	43	102	116	86	204	200

Kaynak: SGK Sağlık Uygulama Tebliği eki EK-2/A'dan yararlanılarak hesaplanmıştır.

Örnek 2. Kurumla sözleşmeli özel hastane veya Kurumla protokol imzalayan vakıf üniversitesi hastanesine, 2022/Mart ayında başvurularak yatarak tedavi kapsamında hizmet başı işlem ve tanıya dayalı işlem yöntemi ile bir işlem yapılması halinde Kuruma fatura edilebilecek/Kurumun ödeyeceği tutarlar ile özel sağlık hizmet sunucusunun genel sağlık sigortalısı/bakmakla yükümlü olduğu kimselerden talep ve tahsil edebileceği ilave ücret tutarlarına aşağıda örnek olarak yer verilmiştir.

Tablo 2. Özel Sağlık Hizmet Sunucularında Hizmet Başı Ödeme Yönteminde İlave Ücret Tavan Tutarları

İşlem Adı	SGK'nin Ödeyeceği Tutar (TL)	Alnabilecek En Fazla İlave Ücret (TL)	Alnabilecek En Fazla İlave Ücret Oranı(%)
Birinci basamak yoğun bakım	618,63x0,593=366,84	733,68	200
Kepçe kulak onarımı, tek taraf	579,83x0,593=343,83	687,66	200
Normal doğum	745,44x0,593=442,04	884,08	200
Sezeryan	586,44x0,593=347,75	695,5	200

Kaynak: SGK Sağlık Uygulama Tebliği eki EK-2/B ve EK-2/C'den yararlanılarak hesaplanmıştır.

Örnek 3. Kurumla sözleşmeli özel hastane veya Kurumla protokol imzalayan vakıf üniversitesi hastanesi-ne, 2022/Mart ayında istisnai sağlık hizmetleri için başvurulması halinde Kuruma fatura edilebilecek/Ku-rumun ödeyeceği tutarlar ile özel sağlık hizmet sunucusunun genel sağlık sigortalısı/bakmakla yükümlü olduğu kimselerden talep ve tahsil edebileceği ilave ücret tutarlarına aşağıda örnek olarak yer verilmiştir.

Tablo 3. Özel Sağlık Hizmet Sunucularında İstisnai Sağlık Hizmetleri İçin İlave Ücret Tavan Tutarları

İşlem Adı	SGK'nin Ödeyeceği Tutar (TL)	Alnabilecek En Fazla İlave Ücret (TL)	Alnabilecek En Fazla İlave Ücret Oranı(%)
Obezite, by-pass	6.108,76x0,593=3.622,49	10.867,47	300
Suda vajinal doğum	1.003,46x0,593=595,05	1.785,15	300
Prostata lazer tedavisi	1.546,25x0,593=916,92	2.750,76	300

Kaynak: SGK Sağlık Uygulama Tebliği eki EK-1/C ve EK-2/B'den yararlanılarak hesaplanmıştır.

Yukarıdaki örneklerde görüldüğü üzere hesaplanan tutarların üzerinde alınan ilave ücretler mevzuatına aykırı olup, ilgisine iade edilmesi gerektiği gibi Kurumla yapılan sözleşme/protokol hükümlerine aykırı olduğu için cezai şart yaptırımına da tabi olabilir.

4.2. Fazla ve Yersiz İlave Ücret Alınmasının Yaptırımı

Vakıf üniversitesi hastaneleri dahil Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmet sunucularının, genel sağlık si-gortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kimselerden mevzuatında yer verilen üst sınırın üzerinde ilave ücret almaları, adı geçen özel sağlık hizmet sunucuları ile yapılan sözleşmelerde cezai şart yaptırımına bağlanmıştır.

Buna göre, vakıf üniversiteleri hariç özel sağlık hizmet sunucuları tarafından, hastadan/hasta yakınından

Kurum mevzuatına aykırı şekilde ilave ücretin alındığının tespit edilmesi halinde her bir hasta için alınan/fazla alınan ilave ücret bedelinin 5 (beş) katı, ancak Kurum mevzuatına aykırı olarak alınan/fazla alınan ilave ücret bedelinin, cezanın tebliğ tarihinden sonraki 10 uncu iş günü bitimine kadar ilgili kişiye iadesi durumunda alınan/fazla alınan ilave ücret bedelinin 2 (iki) katı ceza koşulu uygulanır. İlave ücret alınmayacak kişilerden alınan ilave ücret iade edilmemişse alınan ilave ücret, Kurum tarafından doğrudan özel sağlık hizmet sunucusunun alacağından mahsup edilerek ilgiliye ödenir (SHS Sözleşme, 2018).

Bir fatura dönemindeki işlemlerle ilgili uygulanacak ceza koşulu ise aylık ortalama tutarın %10'unu geçmeyecek şekilde uygulanır. Burada sözü edilen ortalama tutar ise; ceza koşulu gerektiren fiilin işlendiği fatura döneminden önce, fiillerin birden fazla fatura döneminde gerçekleştirilmiş olması halinde ise son fiilin işlendiği fatura döneminden önce SHS tarafından Kuruma tahakkuk ettirilmiş olan son 12 (oniki) aylık fatura dönemi ortalamasını, Kuruma tahakkuk ettirilmiş olan toplam fatura dönemi sayısının 12 (oniki) aydan az olması halinde tahakkuk ettirilmiş olan fatura dönemlerinin ortalamasını, hiç fatura iletilmemesi halinde ise SHS'nin aylık ortalama tutarının 100.000 TL (dahil) olduğunu ifade eder (SHS Sözleşme, 2018).

Kurum ile sözleşmeli vakıf üniversiteleri hastaneleri tarafından, hastadan/hasta yakınından Kurum mevzuatına aykırı şekilde ilave ücretin alındığının tespit edilmesi halinde, ilave ücret alınan her bir hasta için fazla alınan ilave ücret bedelinin 10 (on) katı, ancak Kurum mevzuatına aykırı olarak alınan ilave ücretin bedelinin ilgili kişiye iadesi durumunda uygulanacak olan cezanın yarısı cezai şart olarak uygulanır (Vakıf Üniversiteleri Sözleşme, 2013)

Görüldüğü üzere mevzuatına aykırı olarak özel sağlık hizmet sunucuları tarafından ilave ücret alındığının tespit edilmesi halinde, ilave ücret alınan her bir hasta için ayrı ayrı olmak üzere, vakıf üniversiteleri hastanelerine fazla alınan ilave ücret bedelinin 10 katı, diğer özel sağlık hizmet sunucularına ise fazla alınan ilave ücret bedelinin 5 katı cezai şart uygulanabilmektedir.

4. Sonuç ve Öneriler

Mevzuatına aykırı ilave ücret alınmasının cezai şart yaptırımına tabi tutulmuş olması fazla ve yersiz ilave ücret alınmasını engellemesi beklenmekle birlikte, etkili olduğu da söylenemez. Sorunu şu sorular ile açabiliriz: Özel sağlık hizmet sunucularının fazla ve yersiz aldıkları ilave ücret tutarları tespit edilebiliyor mu? Genel sağlık sigortalısı yada bakmakla yükümlü olduğu kimseler Kurumun yetkili birimlerine şikayette bulunuyorlar mı? Şikayetlerini belgeleyebiliyorlar mı? Şikayetlerin oransal olarak yüzde kaç şikayetçiler lehine sonuçlanabiliyor ?

Şüphesiz şikayet başvuruları Kurum tarafından inceleniyor ve sonuçlanıyor. İncelemelerin şikayetçiler lehine sonuçlanma oranına ilişkin elimizde bir veri de bulunmuyor. Ancak, konuyla ilgili olarak SUT'de özel sağlık hizmet sunucularına yükümlülük getirilmiştir. Buna göre, Kurumla sözleşmeli/protokollü vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, aynı başvuru numarası altında yatarak tedavilerde yapılan Kurumca karşılanan sağlık hizmeti bedellerinin toplamının 100 (yüz) TL'yi aşması halinde, bu hizmetleri ve varsa ilave ücret tutarını gösterir, SUT eki EK-1/B'de yer verilen "Hastaya Sunulmuş Olan Hizmetleri ve İlave Ücreti Gösterir Belge"yi en geç hastanın taburcu olduğu tarihte hastaya vermek zorundadır. Söz konusu bilgiler aynı süreler içerisinde elektronik ortamda da verilebilir (SUT/1.9.1 md). Düzenleme ilk halinde ayaktan tedavileri de kapsarken, 2018/02 ayından sonra sadece yatarak tedaviler ile sınırlandırılmış bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin belirleyici özelliklerinden olan atipik bilginin belirleyici olması ve hastanın sağlık hizmet sunucusu yahut hekime tabi olup ona itibar etme durumunda bulunmasından ötürü, fazla ve yersiz ilave ücret alınmasını engelleyebilmek üzere sözü edilen belgenin hasta istemese bile verilmesi zorunlu olmakla birlikte bunun bir yaptırıma bağlanmamış olması, düzenlemeyi güçsüz kılmaktadır. Bu sebeple,

sözü edilen detay belgesinin verilmemiş olması da sağlık hizmeti alım sözleşmelerinde cezai şart yaptırımına bağlanmalıdır. Öte yandan, ilave ücreti gösterir belgenin zorunlu olarak özel sağlık hizmet sunucuları tarafından Kuruma fatura edilen her bir işlemin doğal eki olması sağlanmalıdır. Dahası yatarak veya ayaktan tedavi ayrımı olmaksızın bu belge düzenlenmelidir. “Hastaya Sunulmuş Olan Hizmetleri ve İlave Ücreti Gösterir Belge”, Kuruma fatura edilen tutarların ödenmesinde ibrazı zorunlu belgeler arasında sayılmalıdır.

5. Kaynakça

- Bakanlar Kurulu Kararı.(2008). 2008/13728 karar sayılı, 04.06.2008 tarih ve 26896 sayılı Resmi Gazete.
- Bakanlar Kurulu Kararı.(2009). 2009/15627 karar sayılı, 08.12.2009 tarih ve 27426 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete.
- Bakanlar Kurulu Kararı.(2012). 2012/2939 karar sayılı, 17.03.2012 tarih ve 28236 sayılı Resmi Gazete.
- Bakanlar Kurulu Kararı.(2013). 2013/5385 karar sayılı, 12.10.2013 tarih ve 28793 sayılı Resmi Gazete.
- Güzel, A., Okur, A.R ve Caniklioğlu, N.(2016).Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınları, İstanbul.
- Komasyon Yönetmeliği.(2008).Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 23.08.2008 tarih ve 26976 sayılı Resmi Gazete.
- SHS Sözleşme.(2018). Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesi.
- Sözer, A.N.(2008).Genel Sağlık Sigortasında Sunulan Edimler: Kapsam Ve Yararlanma Koşulları, Sicil, (10), 147-157.
- Sözer, A.N.(2018).Türk Genel Sağlık Sigortası, Beta Yayınları, İstanbul.
- SUT.(2013).Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. 24.03.2013 tarih ve 28597 sayılı Resmi Gazete.
- Tuncay, A.C. ve Ekmekçi, Ö.(2017).Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, Beta Yayınları, İstanbul.
- Vakıf Üniversiteleri Sözleşme.(2013). Sosyal Güvenlik Kurumu İle Vakıf Üniversiteleri Arasında Kısmi Branş/ Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesi.
- 5510.(2006).Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazete.

Klinik Takip ve Pazara Arz Sonrası Gözetim Sistemi

Clinical Follow-up and Post-Market Surveillance System

Zişan Cihangir Işın¹, Tamer Işın, Doç. Dr. Mustafa Kemal Topçu, Prof. Dr. Birol Elevli², Hilal Fidan, Nagihan Ünsal, Sefa Tokaç, Fatih Aksakal, Abdullah Yılmaz, İrem Demirci, Prof. Dr. Bahtiyar Demiralp

¹ZEB İnovasyon Yazılım A.Ş., Atakum/Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Endüstri Mühendisliği Bölümü, Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, Atakum/Samsun

Özet

Avrupa Birliği Komisyonu tarafından tıbbi cihaz alanında yürürlükte olan MDD (Medical Device Directive) yerine yürürlüğe konulan MDR (Medical Device Regulation) ile birlikte tıbbi cihaz endüstrisi için tüm dünyada yeni bir dönem başlamıştır. Mevcut sertifikasyon (CE) sahibi üretici ve ürünler için 2024 yılı itibarıyla yürürlüğe girecek olan MDR, yeni firma ve ürünler için 2021 yılından itibaren geçerlilik kazanmıştır.

Bu yeni dönemde tıbbi cihazlar için klinik takip ve pazara arz sonrası gözetim daha da ön plana çıkmaktadır. Bu önemli gelişme endüstri açısından yüksek maliyet etkisi ile birlikte süreç yönetimi zorluğu ve veri güvenilirliği konularını da gündeme getirmiştir.

Bu sürece yönelik çözüm üretme çalışmaları tüm dünyada devam etmekte ve bu alanda sürecin pratikliği, güvenilirliği ve maliyetlerin düşürülmesi için yazılım destekli çözümler sunan uygulamalar geliştirilmektedir. Ancak geliştirilen tüm bu uygulamalar dokümantasyon oluşturma ve standart gereksinimlere dayalı üretilen şablonlar temelinde çözümler sunmaktadır. Halbuki endüstriyi bir ekosistem yaklaşımı ile ele alarak hem akademik alanda tıp dünyasının klinik takip ihtiyacına çözüm üretecek hem de endüstriyel anlamda maliyeti azaltacak bir yazılıma ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Bu doğrultuda süreç yaklaşımıyla teşhis ve tıbbi cihaz seçim sistemi, dijital ortamda kayıt, takip, sınıflandırma, performans analizi ve raporlama gibi kullanım sonrası süreçlere çözüm sunulması gerekmektedir. Bu çerçevede, süreç yaklaşımı ile geliştirilen yazılım vaka analizleri tartışılmaktadır. İyi uygulama örneklerinden yola çıkarak endüstrinin geleceğine ışık tutmak için bir yöntem de önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Klinik takip sistemi, pazara arz sonrası gözetim sistemi, MDR.

Abstract

With the MDR (Medical Device Regulation), which was put into effect by the European Union Commission in place of the MDD (Medical Device Directive) in force in the field of medical devices, a new era has begun for the medical device industry all over the world. The MDR, which will enter into force as of 2024 for manufacturers and products with existing certification (CE), has become valid as of 2021 for new companies and products.

In this new era, clinical follow-up and post-market surveillance for medical devices come to the fore even more. This important development has brought up the process management difficulty and data reliability issues along with the high cost impact for the industry.

Efforts to produce solutions for this process continue all over the world, and applications that provide software-supported solutions are developed in this area for the practicality of the process, reliability and cost reduction. However, all these developed applications offer solutions on the basis of creating docu-

mentation and templates produced based on standard requirements. However, it is seen that there is a need for a software that will both provide solutions to the clinical follow-up needs of the medical world in the academic field and reduce the cost in the industrial sense by considering the industry with an ecosystem approach.

In this direction, it is necessary to provide solutions for post-use processes such as diagnosis and medical device selection system, digital recording, tracking, classification, performance analysis and reporting with a process approach. In this context, software case studies developed with the process approach are discussed. A method is also proposed to shed light on the future of the industry based on good practice examples.

Keywords: Clinical follow-up system, post-market surveillance system, medical device regulations (MDR)

Giriş

Avrupa Birliği Komisyonu tarafından tıbbi cihaz alanında yürürlükte olan MDD (Medical Device Directive) yerine yürürlüğe konulan MDR (Medical Device Regulation), Tıbbi Cihaz Tüzüğü, 2021 yılından itibaren geçerlilik kazanmış olsa da 2024 yılından itibaren mevcut sertifikasyon (CE) sahibi üretici ve ürünler için yürürlüğe girecektir. MDD düzeninden MDR düzenine geçişte bir takım önemli farklar ortaya çıkmaktadır. Detay, kapsam, uygunluk beyanı (Declaration of Conformity), CE işareti, klinik değerlendirme, klinik araştırma, klinik takip ve pazara arz sonrası gözetim başlıklarında değişiklikler gerçekleşmiştir.

MDD, PMS (Post-Market Surveillance) ve PMCF (Post-Market Clinical Follow-Up)'nin yürütülmesinden bahseder ancak ayrıntılı gereklilikleri sağlamaz. PMS'nin spesifik raporlarının, cihaz sınıflandırmasına bağlı bir sıklıkta periyodik olarak hazırlanması ve güncellenmesi gerekmektedir. Bu rapor, onaylanmış kuruluşun incelemesine tabidir.

MDD yetkili makamların sorumluluklarını özetlemekte ve uygunluk değerlendirme ekleri ile üreticilerin olayları raporlaması için gereklilikleri içermektedir (Council Directive, 1993). MDR'de daha önce kılavuzda yer alan bilgilerin çoğu, yasal metne açıkça dahil edilmiş ve terminolojide bir değişiklik gerçekleştirilmiştir. Olayları bildirme gereğini ortadan kaldıran muafiyet kuralları önemli ölçüde azaltılmıştır. Bu kurallar yalnızca ürün bilgilerinde açıkça detaylandırılan ve teknik belgelerde yer alan beklenen yan etkileri içermektedir. Buna ek olarak, sağlıkta geçici olarak ciddi bir bozulmanın açıkça bildirilebilir olması nedeniyle bildirimin kapsamı genişletilmiştir. Ciddi halk sağlığı tehditleri, ölüm veya sağlıkta beklenmeyen ciddi bozulma olarak kabul edilen olayların bildirilmesi için zaman çizelgesi sırasıyla iki ve on gün olarak değişmeden kalmıştır ancak diğer tüm olayların bildirilmesi için zaman çizelgesi 30 günden 15 güne düşürülmüştür (The European Parliament and the Council of the European Union, 2017).

1993 yılında yürürlüğe giren 93/42/EEC sayılı Avrupa Konseyi Tıbbi Cihaz Direktifi (MDD) 2007 yılında 2007/47/EC sayılı Direktif ile yapılan değişikliklerle uzun yıllar boyunca Avrupa Birliği (AB) nezdinde tıbbi cihazlar alanında başat mevzuat olarak uygulanmış ve tıbbi cihazlara ilişkin mevzuatın AB ülkeleri arasında uyumlu olmasına hizmet etmiştir. Ancak gelişen teknoloji ve değişen ihtiyaçlarla birlikte MDD zamanın gerisinde kalan bir mevzuat olarak değişime muhtaç hale gelmiştir (Ersoy, Özer, 2020). MDR ise AB'de üretilen veya ticareti yapılan tıbbi cihazlar, güvenlik ve sağlık alanındaki AB mevzuatına uymak durumundadır. Bu, ilgili ürün direktiflerine uygun olmaları ve CE işareti almaları anlamına gelmektedir.

Klinik Değerlendirme, cihaz imalatçının amaçladığı şekilde kullanıldığında, cihazın klinik yararları dahil olmak üzere, güvenlik ve performansını doğrulamak için cihazla ilgili klinik verileri sürekli olarak üretme, toplama, analiz etme ve değerlendirmeye yönelik sistematik ve planlı bir süreçtir.

Pazara Arz sonrası gözetim takip, imalatçıların, gerekli düzeltici veya önleyici faaliyetleri ivedilikle uygulamaya ilişkin her türlü gereksinimi tanımlamak amacıyla piyasaya arz ettikleri, piyasada bulundurdukları veya hizmete sundukları cihazlardan kazanılan deneyimleri proaktif olarak toplamak ve gözden geçirmek

için sistematik bir prosedür kurmaya ve güncel tutmaya yönelik diğer iktisadi işletmelerle iş birliği içerisinde yürüttükleri tüm faaliyetleri kapsamaktadır.

MDR ile birlikte vijilans ve piyasaya arz sonrası gözetim ile ilişkili getirilen yeni düzenlemelerden biri de MDR'nin 33. maddesinde yer almaktadır. Buna göre, Tıbbi Cihazlara İlişkin Avrupa Veri Tabanı (EUDAMED) kurulacak ve EUDAMED bünyesinde cihazların, akredite Onaylanmış Kuruluşların, Sertifikaların, Ciddi Olumsuz Olayların, Güvenlik ve Klinik Performans Raporları, Periyodik Güvenlik Güncelleme Raporlarının, Gözetim Faaliyetlerinin, Klinik Araştırma Verilerinin, UDI kimlikleri ve Münferit Kayıt Numaraları yer alacak olup imalatçıdan, yetkili temsilciden ve ithalatçıdan gelen bilgilerin ilişkilendirilmesi sağlanacaktır. Cihaz üreticilerinin Güvenlik ve Klinik Performans raporlamasını yıllık dokümanlar olarak yapması gerekmektedir (Ersoy, Özer, 2020).

MDR'deki süreç değişikliği tüm paydaşları etkilemektedir. Belgelendirme kuruluşu (Notified Body), danışman, üretici, satıcı ve en önemlisi doktorları da yakından ilgilendiren gelişmeler birçok belirsizliği içermektedir. Burada en önemli sorunlardan biri süreç bileşenleri arasındaki iletişim yöntemi ve ilişki kapsamıdır. Diğer bir önemli sorun ise işletilecek takip yöntemleri, raporların şeffaflığı ve güvenilirliğidir. Durum belgelendirme kuruluşları ve buna bağlı olarak da üreticiler açısından belge ve pazardaki devamlılık yönüyle hayati etki yaratan sonuçlar içermektedir. Bununla birlikte gerekli takip verileri ve raporların oluşumu sürecinde doktorların kullandıkları yöntem veri güvenliği, güvenilirlik ve şeffaflık açısından çok büyük önem arz etmektedir.

Mevcut durumda MDR konusunda gerekli işlemlerin yapılması konusunda firmalar danışmanlık ve regülasyon hizmeti sağlayan yazılımlara yönelmektedir. Bu sistemler yönlendirme ve eğitim hizmeti sağlayarak firmaların gerekli yönetmeliğe uygun hareket etmelerini sağlamaktadırlar. Aşağıda bu konuda çalışmalar sağlayan bazı firmalar listelenmiştir.

CAPTIS MDR Compliance Technology (Celegence, n.d.) adlı yazılım, dokümantasyon sistemi ile gerekli bilgiler tek kaynaktan toplanmakta görüntülenmektedir. Kaynak tarama modülü ile makalelerin entegre edilmesi sağlamaktadır. Sürecin sonunda elde edilen rapor çıktısı önceden hazırlanmış şablonlar ile denetlenmektedir.

MDlaw Database (MDlaw.eu, n.d.) ise Tıbbi Cihaz Yönetmeliği ile ilgili güncel bütün metin, şablon, ana hatlar ve mevzuatların bulunduğu bir sistem olup bu sistem kullanıcılara MDR sürecinde bütün gerekliliklerin tek bir noktada görüntülenmesini sağlamaktadır.

RAMS Smart Builders belgelendirmeye esas başvuru dosyalarının yapılandırılmasını ve kontrolünü sağlamaktadır. Bölümlerin ayrı ayrı kontrolünün yanı sıra ilerleme çubuğu ile sürecin tamamlanma aşamalarının kontrolünü sağlamaktadır. Anahtar kelime kaydetme özelliği ile belgede tutarlılık açısından bir sıkıntı olmasının önüne geçmeye çalışmaktadır. Ayrıca bu sistemde yapılan revizyonların koordineli bir şekilde çalışmasına ve takım üyelerinin bilgi paylaşımına olanak sağlamaktadır. Otomatik format düzenleyici ile de şeklin tekrar ve tekrar kontrol edilmesi gerekmeden belgenin uygun format haline gelmesi sağlanmaktadır.

MasterControl Documents (MaeterControl, n.d.) şirketin yasal gerekliliklere uyum sağlaması amacıyla belge kontrol sürecini otomatikleştirmekte ve etkin bir şekilde yönetmektedir. Bütün belge yönlendirme, teslimat, iletme ve onay süreçlerini otomatikleştirmekte ve denetimler ile incelemeler sırasında belgelerin aranmasını ve alınmasını kolaylaştırmaktadır. Aynı sistemin bir diğer modülü olan MasterControl Change ise FDA ve ISO için ürün kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek adına meydana gelen kritik değişiklikleri yönetim ve uyumluluk olanağı sağlamaktadır. Olası değişikliklerin kontrolünün otomatikleşmesi ve kalite sisteminin denetiminin ve incelemesinin oluşturulmasında katkı sağlamaya çalışmaktadır.

LICENSAL (Global Medtech Registration System) (Arazy Group MedTech Regulatory Affairs Techno-

logy, n.d.)) ise 140 kadar ülkeden toplanan verilerle oluşturulan güncel projelerin durumlarını, hangi ülkede yapıldığını, işlemi gerçekleştiren kuruluşun adını, başvurunun mevcut durumunu, tahmini başvuru tarihlerini, ve başvuruların ne zaman oluşturulduğunu ve oluşturulalı ne kadar zaman olduğunu da listeleyen bir yazılımdır. Ek olarak kullanıcılara ülkelere göre örnekler sunarak başvuru koşullarını listelemektedir. Bu sayede kullanıcıların regülasyon için gerekli koşullara zorluk yaşamadan ulaşmalarını hedeflemektedir. Yazılım ayrıca dünya genelinde yapılan regülasyon başvurularını ve mevcut durumlarını gösteren grafiklerle de destek sağlamaktadır. Sistem tarafından sunulan bir diğer rapor ise kullanıcılara ürünlerin piyasaya çıkma tarihlerini gösteren bir rapordur. Bu başvurular ile ilgili olarak ilerleme takip çizelgesi sunulmaktadır.

Yukarıdaki örneklerde de görüleceği üzere, tüm dünya genelinde bu alanda şablon temelli kullanılan yazılımlar ile yapılan takipler ve hazırlanan raporlar kullanılmaktadır.

Gereç ve Yöntemler

Bu çalışmada sürekliliği de olan klinik değerlendirme, klinik takip ve pazara arz sonrası gözetim ve takip konularında Türkiye’de geliştirilmiş olan MDR Support isimli yazılım ile bir diz protezinin klinik takip süreçleri için bilgisayar yardımlı çözüm (Computer Aided Solution) olarak teşhis ve takip süreçlerinde yazılım yardımlı analizi süreç ve veri yönetim desteği ile raporlar sunan MDR Support yazılımı konu edilmiştir.

MDR Support yazılımı, Samsun Teknopark’ta kurulmuş ZEB İnovasyon AŞ. (Zebinnovation, n. d.) tarafından geliştirilmiştir. Web tabanlı yazılım, doktorlar ve üreticiler için ücretsiz olup yalnızca üreticilerin talep etmeleri halinde raporlar ücretlendirilmektedir.

Yazılımın mevcut kullanım alanı ortopedi ile sınırlı olup talebe göre kullanım alanı genişletilmektedir.

Yazılım aşağıdaki kullanıcı türleri için ayrı fonksiyonlar sunmaktadır.

1. Doktor
2. Üretici
3. Satıcı
4. Danışman
5. Belgelendirme Kuruluşu

Kayıtta tanımlanan kullanıcı tipine göre farklı arayüzler görülmektedir. Üreticilerin yazılıma ürün girişleri sözleşme sonrasında olabilmektedir. Diğer kullanıcılar için herhangi bir sözleşme şartı bulunmamaktadır. Ticari bilgilerin firma, hasta ve vaka bilgilerinin doktor yetkisinde olduğu ve yetki sahibinin yazılım içi yetkilendirme ve onayı ile bilgi paylaşımı gerçekleşmektedir.

Yazılımın pre-op (ameliyat öncesi) teşhis modülü çalışma şekli, ilgili alanda literatürde tanımlanmış teşhis için gerekli skrolama (diz skrolama gibi) veya sınıflamayı (kırık sınıflama gibi) yazılım yardımlı olarak sunarken ilave olarak radyolojik görüntü (röntgen ve/veya BT görüntüleri) işleme suretiyle Bilgisayar Yardımlı Çözüm olarak teşhis konusunda doktora analiz konusunda (deformite analizi gibi) yardımcı olmaktadır. Skrolama ve analiz sonuçları ile doktora teşhis kararına yardımcı olmak üzere otomatik bir rapor sunulmaktadır. Aynı zamanda pre-op malzeme seçimi (eğer üretici yazılım sahibi firma anlaşmalı ve ürünü yazılıma tanımlanmış ise) veya malzeme tanımlanması (yazılımda tanımlı olmayan malzeme kullanılacaksa marka model ve parça bilgileri yazılıma girilerek) yapılmaktadır. Yazılımda tanımlı ürün için ayrıca üreticiye online olarak seçimi yapılan malzeme için sipariş verme özelliği de opsiyonel olarak bulunmaktadır.

Yazılımın post-op takip modülü çalışma şekli, ameliyat sonrasında doktorun, pre-op teşhis süreçlerinde olduğu gibi skrolama, ilave bilgisayar yardımlı radyolojik analiz sonuçları ile ameliyat sonuçlarını değer-

lendirmesini sağlamaktadır. Ayrıca doktorun kullanılan malzemeleri yazılıma girmesi ile sonuçlanmaktadır. Bu aşamada yazılım doktora pre-op ve post-op karşılaştırma imkanı sağlamaktadır. Devam eden dönemler için 3, 6, 9, 12, 18 ve 24 aylık periyotlar içinde post-op skora ve bilgisayar yardımıyla radyolojik analiz ile değerlendirme ve isteğe bağlı seçilen dönemler için karşılaştırma imkanı sunmakta ve istenilen karşılaştırmaları raporlamaktadır.

Üreticiler sözleşme yaparak ürünlerini yazılımda kullanıma açabilmektedir. Üretici yazılıma tanıttığı ürünleri tüm doktorlara açabildiği gibi klinik takip amaçlı olarak kendi belirlediği doktorlarla da sınırlandırabilmektedir. Aynı şekilde üretici, satıcı, danışman ve yetkilendirilmiş belgelendirme kuruluşunu da kendi ürünleri için veri girişi ve veri denetimi için kendisi yetkilendirmektedir.

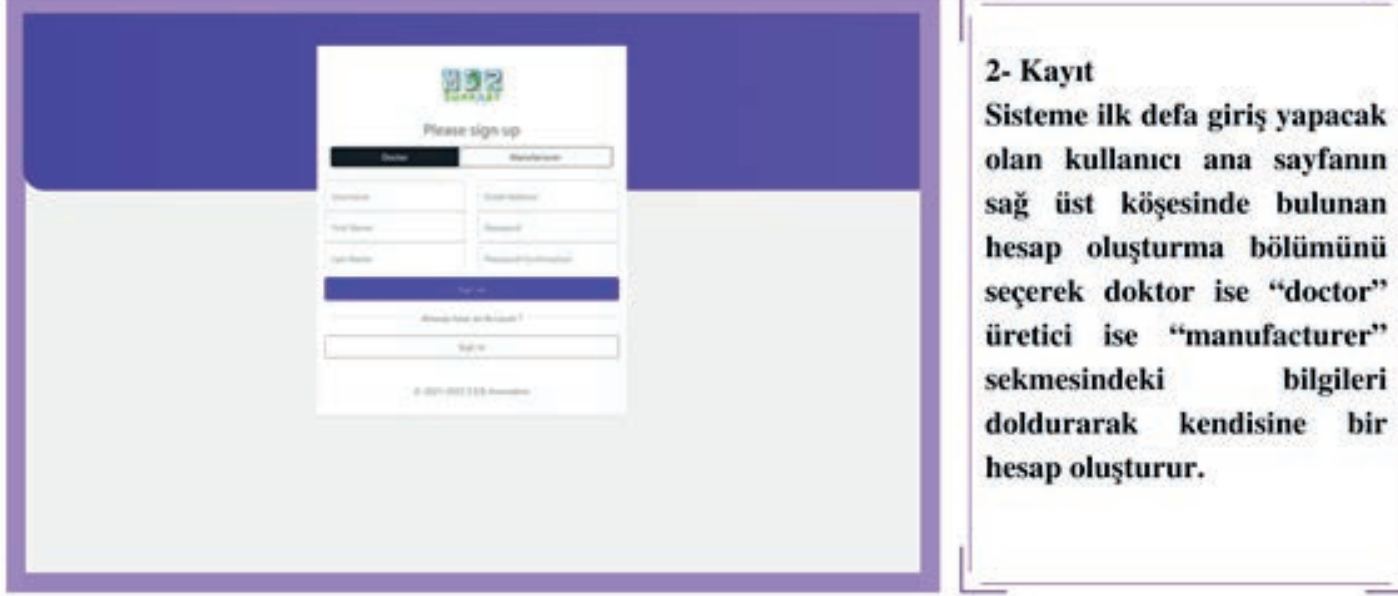
Bu çalışmada, MDR kapsamında diz protezi örneğinden hareketle ortopedik tıbbi cihaz için klinik takip ve pazara arz sonrası gözetim ve takip süreçlerine esas teşkil eden pre-op teşhis (skorlama ve radyolojik analiz) ve ürün seçimi, post-op kontrol/takip (skorlama ve radyolojik analiz) ve ürün tanımlama aşamaları ve karşılaştırmaları bilgisayar yardımıyla çözüm ile gerçekleştirilmiştir. Yazılım ile elde edilen sonuçlar geleneksel yöntemle yapılan işlemler ile karşılaştırılmıştır.

MDR Support Yazılımı

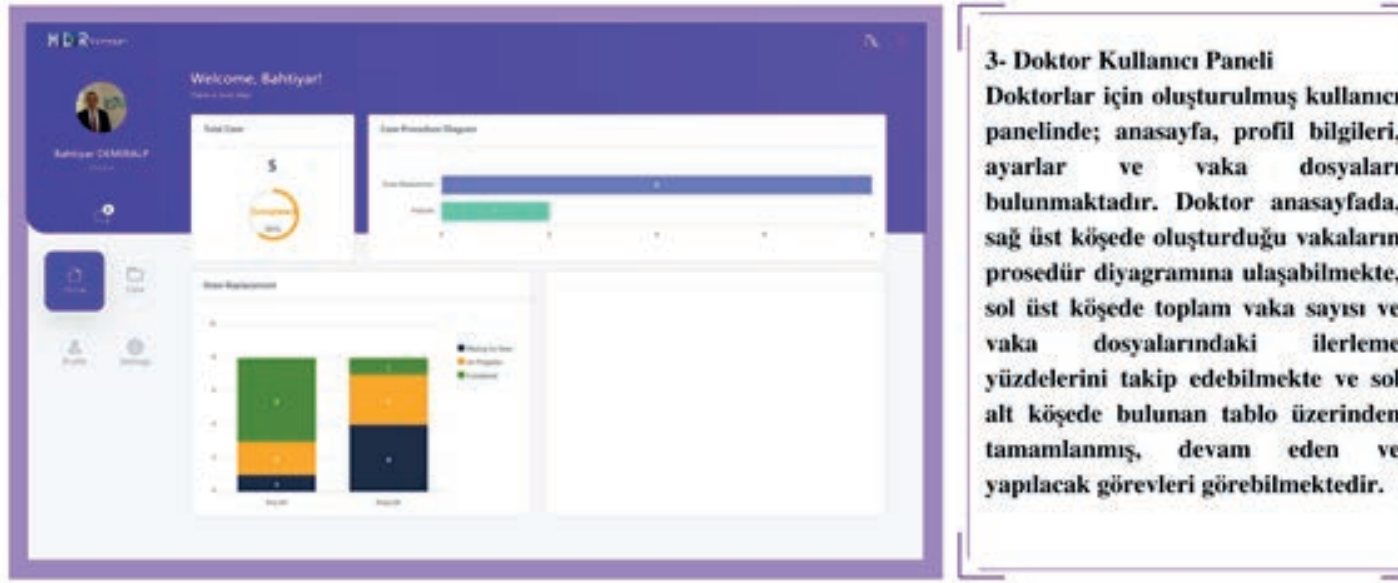
Şekil 1. Sistem Ana Sayfası



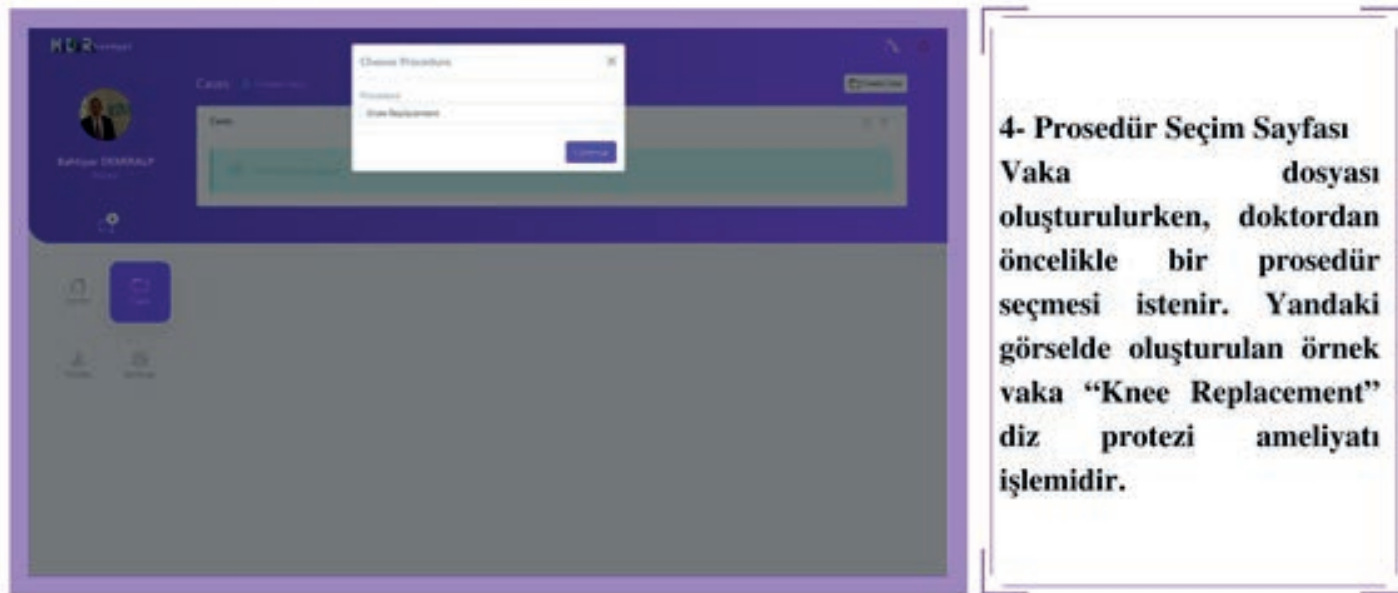
Şekil 2. Sistem Kayıt Sayfası



Şekil 3. Doktor Kullanıcı Paneli



Şekil 4. Prosedür Seçim Sayfası



Şekil 5. Vaka Bilgileri Giriş Sayfası

5- Vaka Bilgileri Giriş Sayfası
Vaka oluşturma sayfasında doktordan temel vaka bilgilerini doldurması istenir. Bunlar hasta hakkında ön bilgi, şehir, yaş, cinsiyet, anatomi, endikasyon, tedavi, tıbbi görüntü tipi bilgileridir. Bu ekrandan vaka oluşturulurken tıbbi görüntü yükleme işlemi de yapılır. Yazılımda hasta adı ve sair kimlik bilgileri istenmez ve kayıt edilmez.

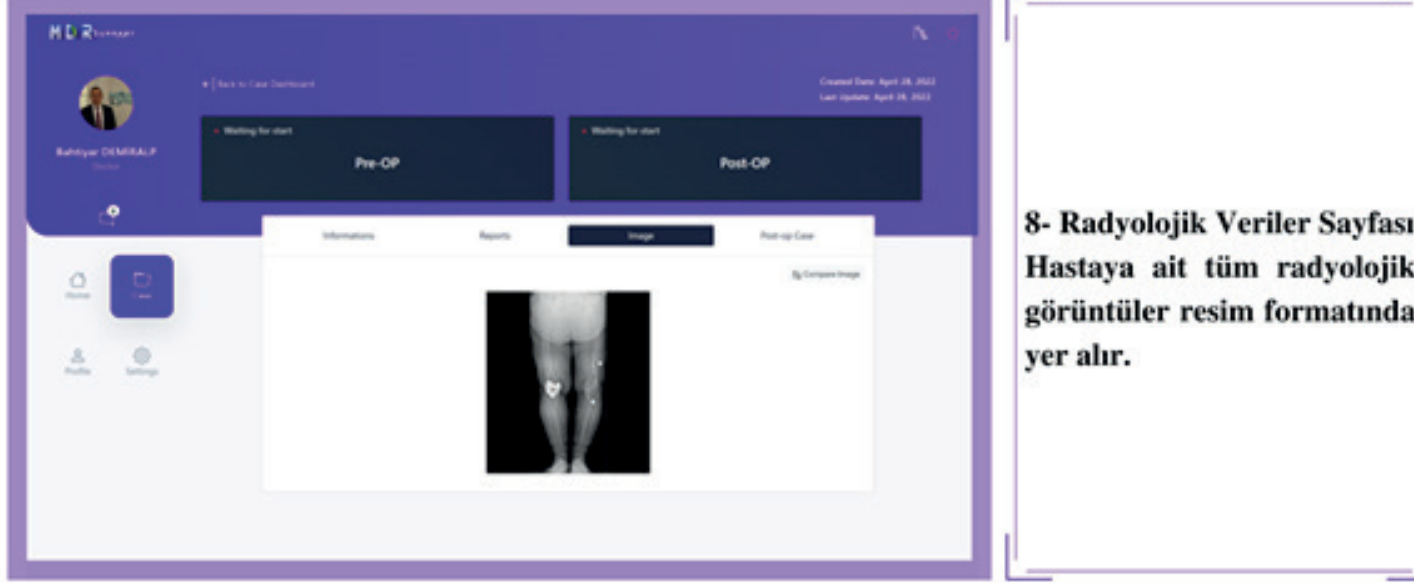
Şekil 6. Ürün Seçim Sayfası

6- İmplant Seçim Sayfası
Seçilen prosedüre göre yazılıma tanımlı implantlar listelenir. Bu aşamada kullanılacak materyal seçimi yapılır veya listede olmayan implant marka ve modeli girilir.

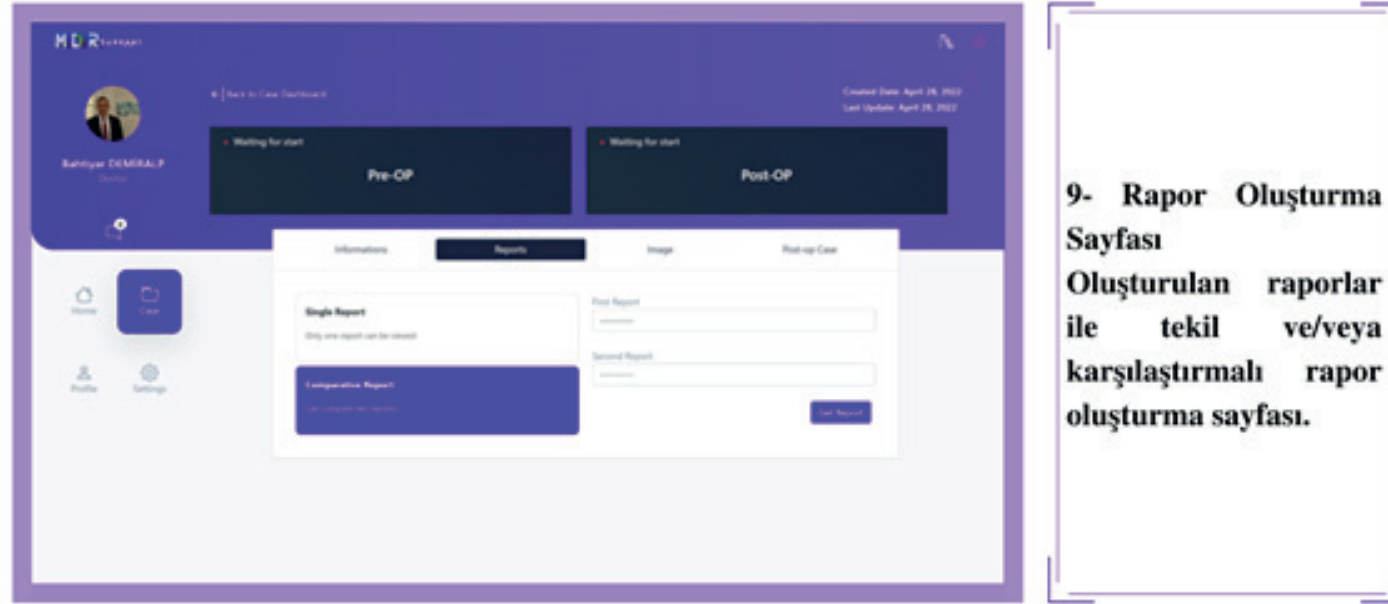
Şekil 7. Vaka Bilgi ve İşlem Sayfası

7- Vaka Bilgi ve İşlem Sayfası
Vakaya ait bilgiler, vakaya ait raporlar, vakaya ait tıbbi görüntüler veya bu vakaya bağlı post-op vaka oluşturmaya imkan sağlayan sekmeler bulunur.

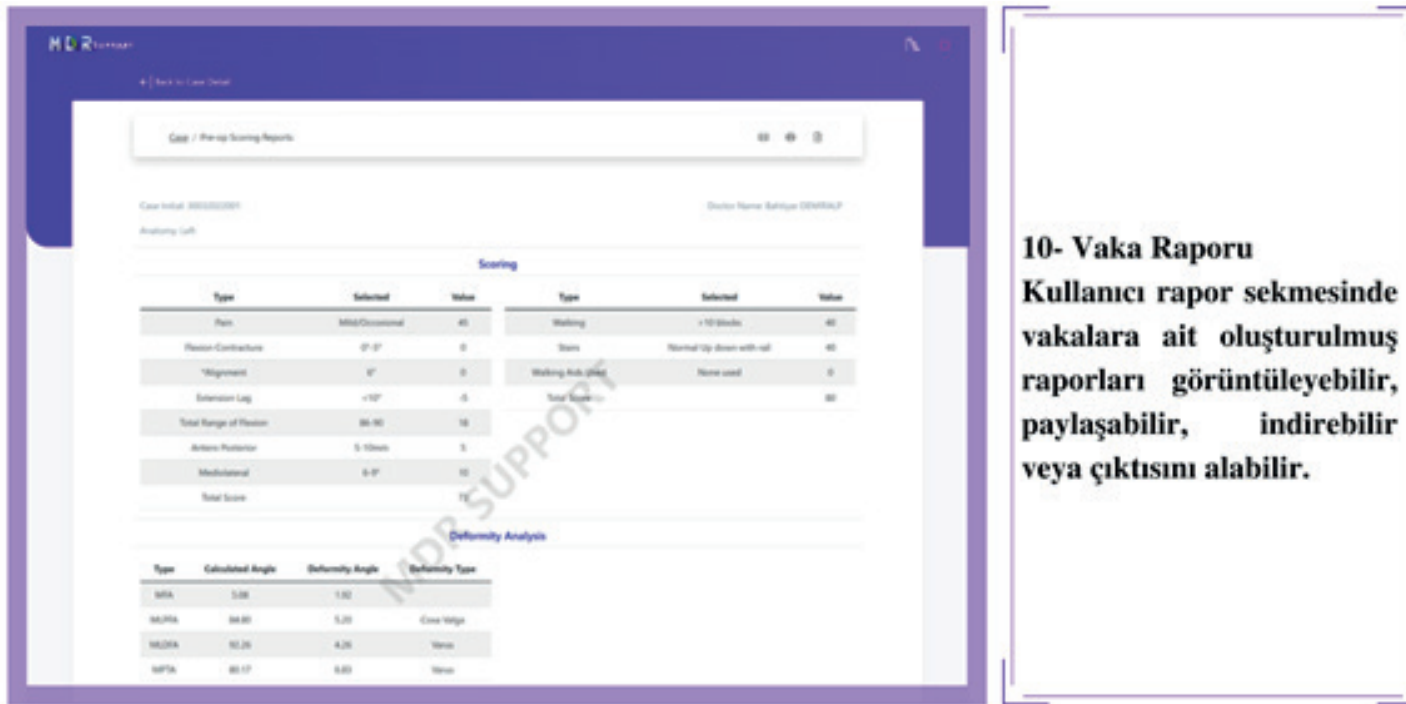
Şekil 8. Radyolojik Veriler Sayfası



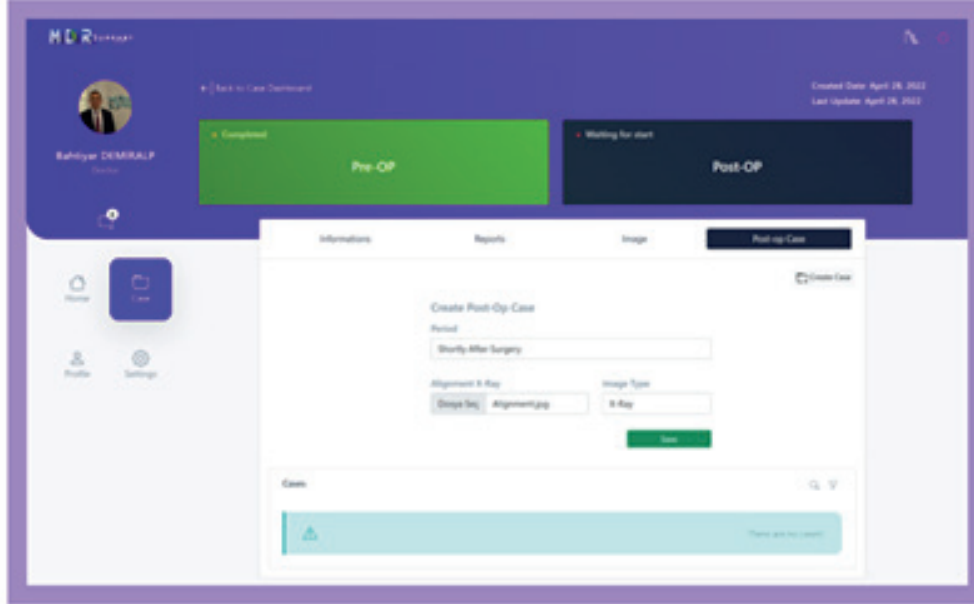
Şekil 9. Rapor Oluşturma Sayfası



Şekil 10. Vaka Raporu

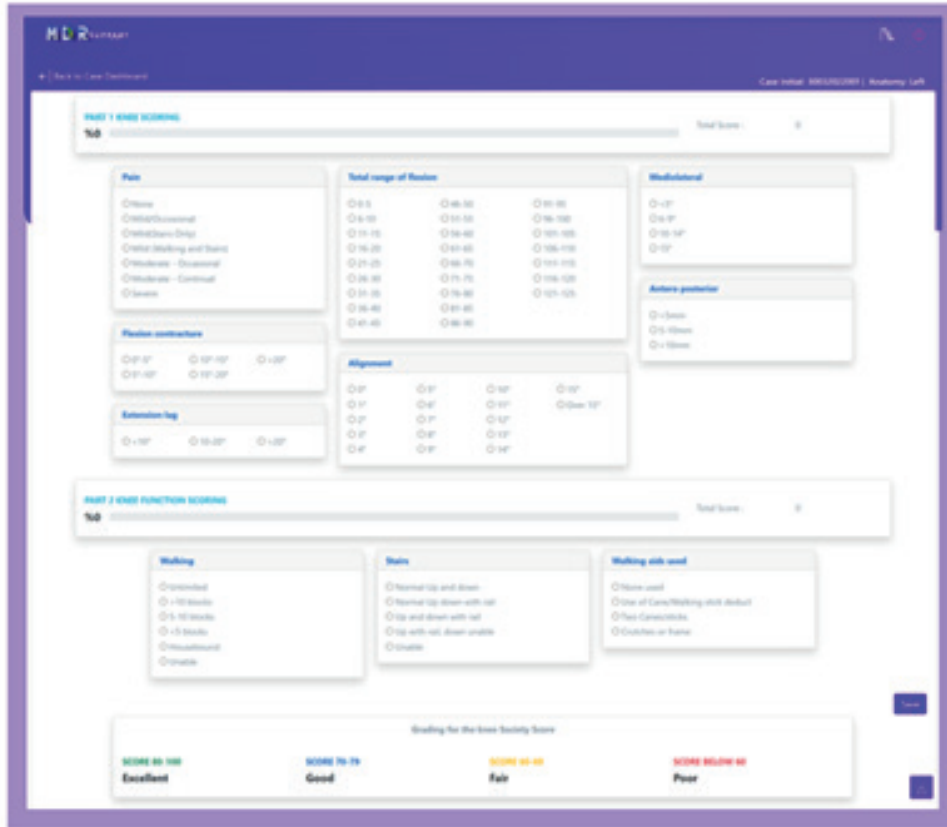


Şekil 11. Post-Op Vaka Sayfası



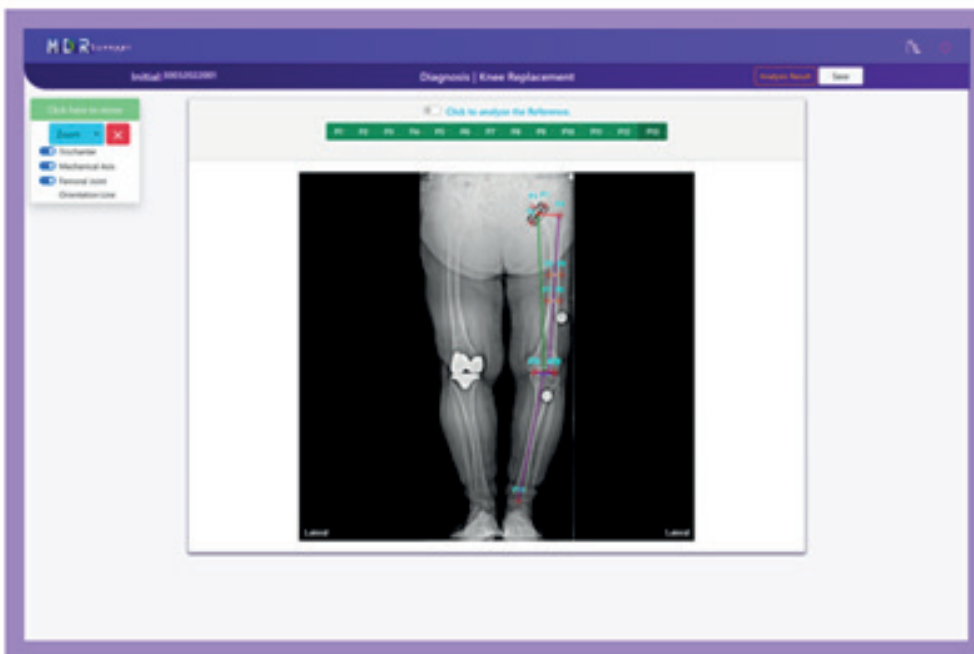
11- Post-Op Vaka Sayfası
Post-op Case sekmesi
üzerinden vakaya bağlı
post-op dönemsel vaka
yaratma işlemlerini
oluşturulur.

Şekil 12. Skorlama Sayfası



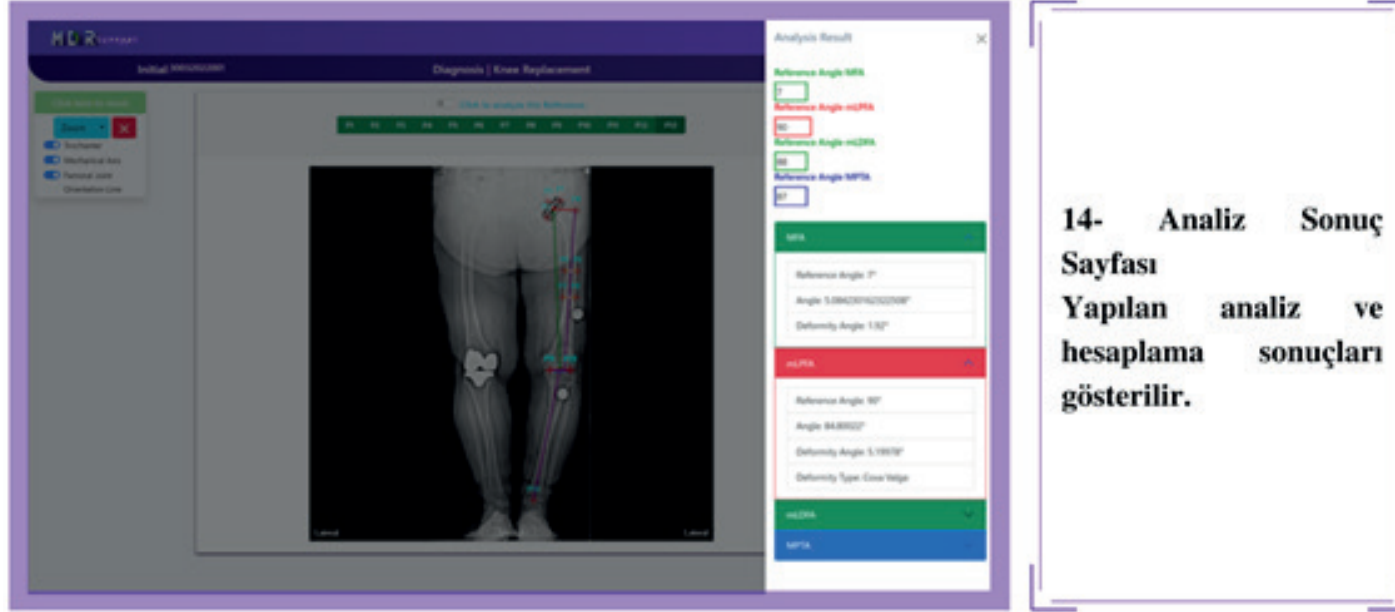
12- Skorlama Sayfası
Bilgisayar yardımlı skorlama
ve otomatik hesaplama
sayfası.

Şekil 13. Teşhis Sayfası



13- Teşhis Sayfası
Teşhis aşamasında opsiyonel
olarak yazılım yardımlı
analiz özellikleri kullanır.
Yazılıma tanımlanmış
tıklama ve noktalama
yöntemi ile teşhis belirlemeye
yarayan analiz sonuçlarının
yazılım ile ölçüm ve
hesaplamalarının yapıldığı
görüntü işleme modülü ile
teşhis belirleme işlemleri
tamamlanır (Gülşen,
Demiralp, Ayas, Öztürk,
Marangoz, Oto, 2012).

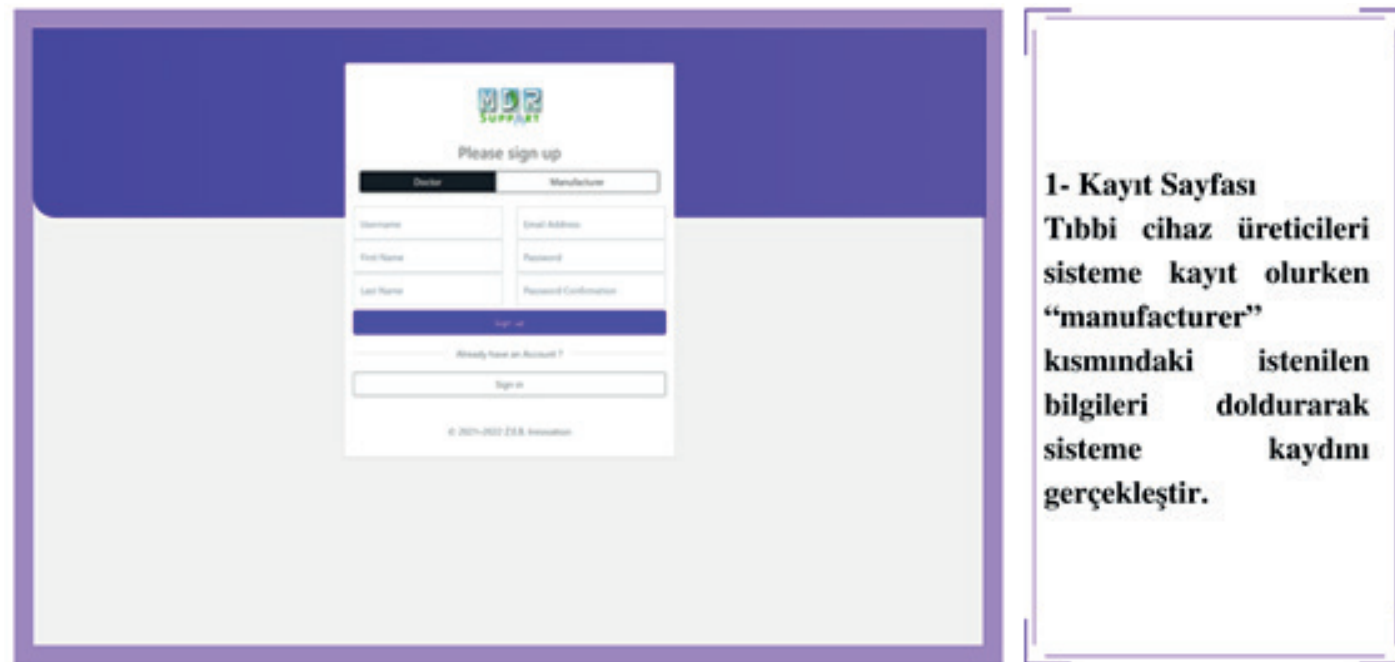
Şekil 14. Analiz Sonuç Sayfası



14- Analiz Sonuç Sayfası
Yapılan analiz ve hesaplama sonuçları gösterilir.

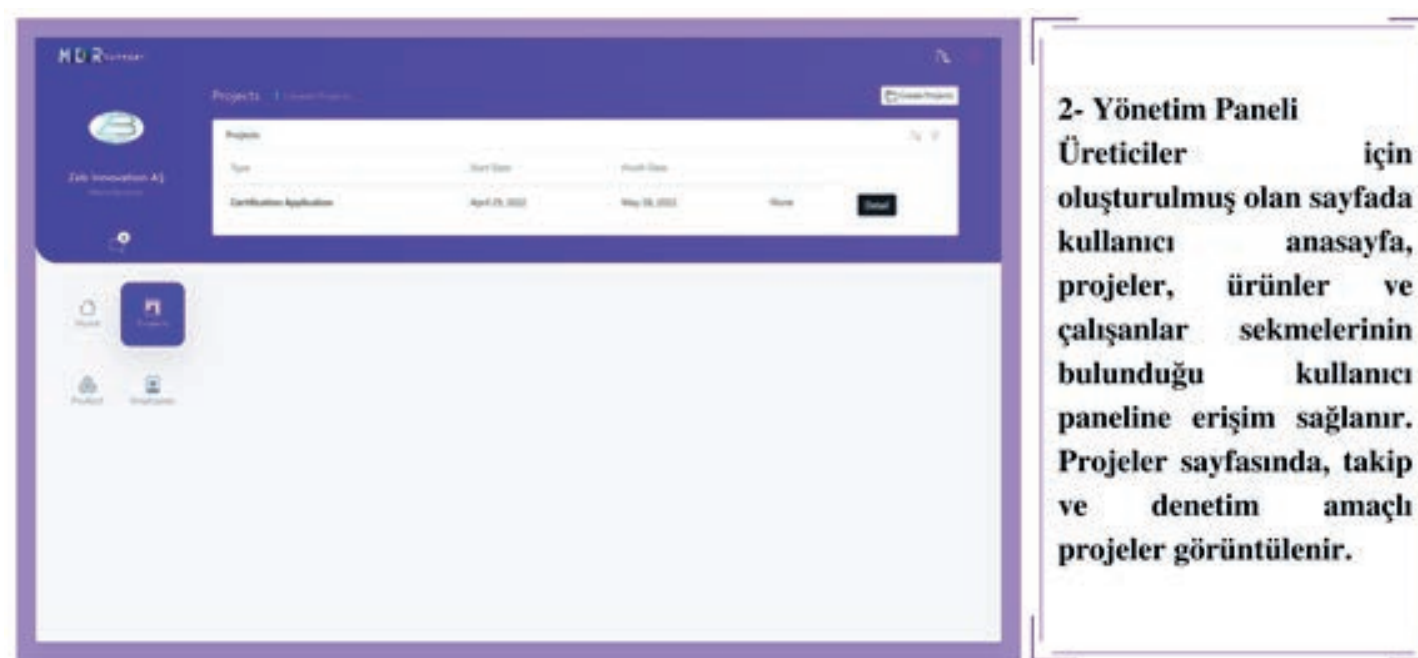
Tıbbi Cihaz Üreticileri için Oluşturulmuş Web Arayüzü

Şekil 15. Sistem Kayıt Sayfası



1- Kayıt Sayfası
Tıbbi cihaz üreticileri sisteme kayıt olurken “manufacturer” kısmındaki istenilen bilgileri doldurarak sisteme kaydını gerçekleştirir.

Şekil 16. Üretici Kullanıcı Yönetim Paneli



2- Yönetim Paneli
Üreticiler için oluşturulmuş olan sayfada kullanıcı anasayfa, projeler, ürünler ve çalışanlar sekmelerinin bulunduğu kullanıcı paneline erişim sağlanır. Projeler sayfasında, takip ve denetim amaçlı projeler görüntülenir.

Şekil 17. Proje Oluşturma Sayfası

3- Proje Oluşturma Sayfası
Kullanıcı “Create Project” butonuna tıklayarak açılan formdaki ilgili bilgileri doldurularak üretici projesini başlatmış olur. Bu form üzerinden üretici “project type” ve “project option” bilgilerini ve proje başlangıç ve proje bitiş tarihi seçer. Proje ile ilgilenecek firma elemanları ve projede yer alacak doktorları ekleyebilir.

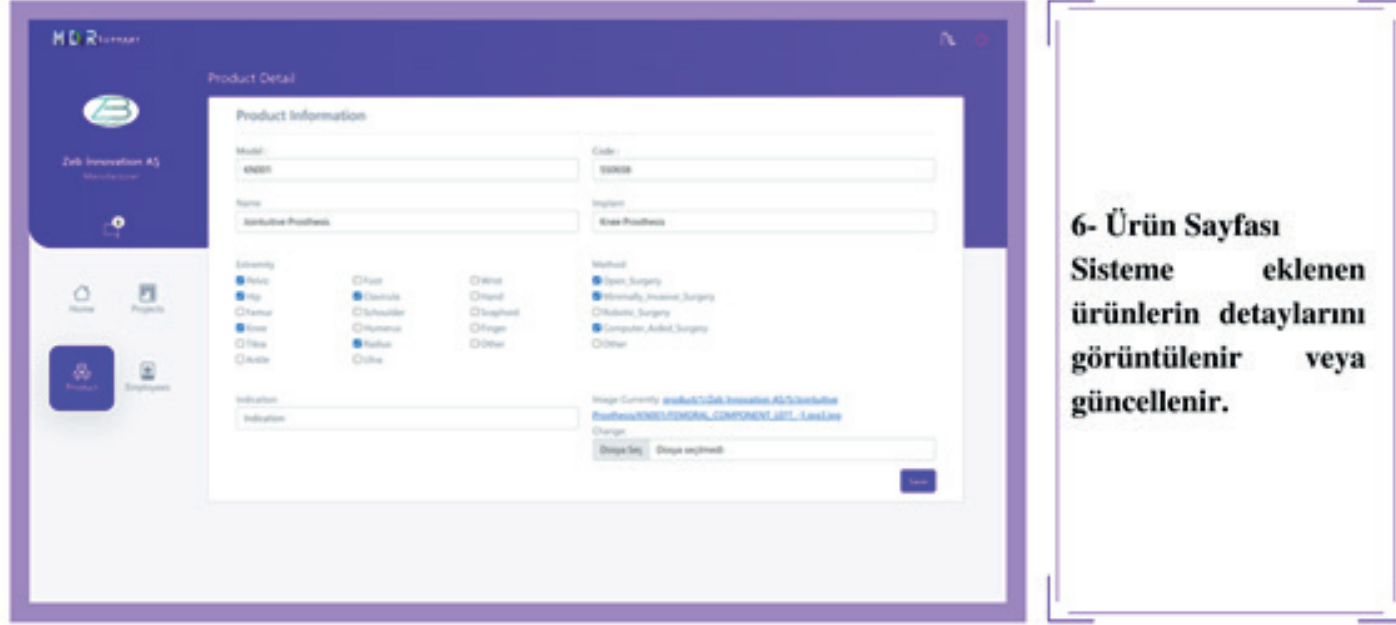
Şekil 18. Proje Sayfası

4- Proje Sayfası
Oluşturulan projelere ait detaylara “project” sekmesindeki kayıtlı projelerden ulaşılır.

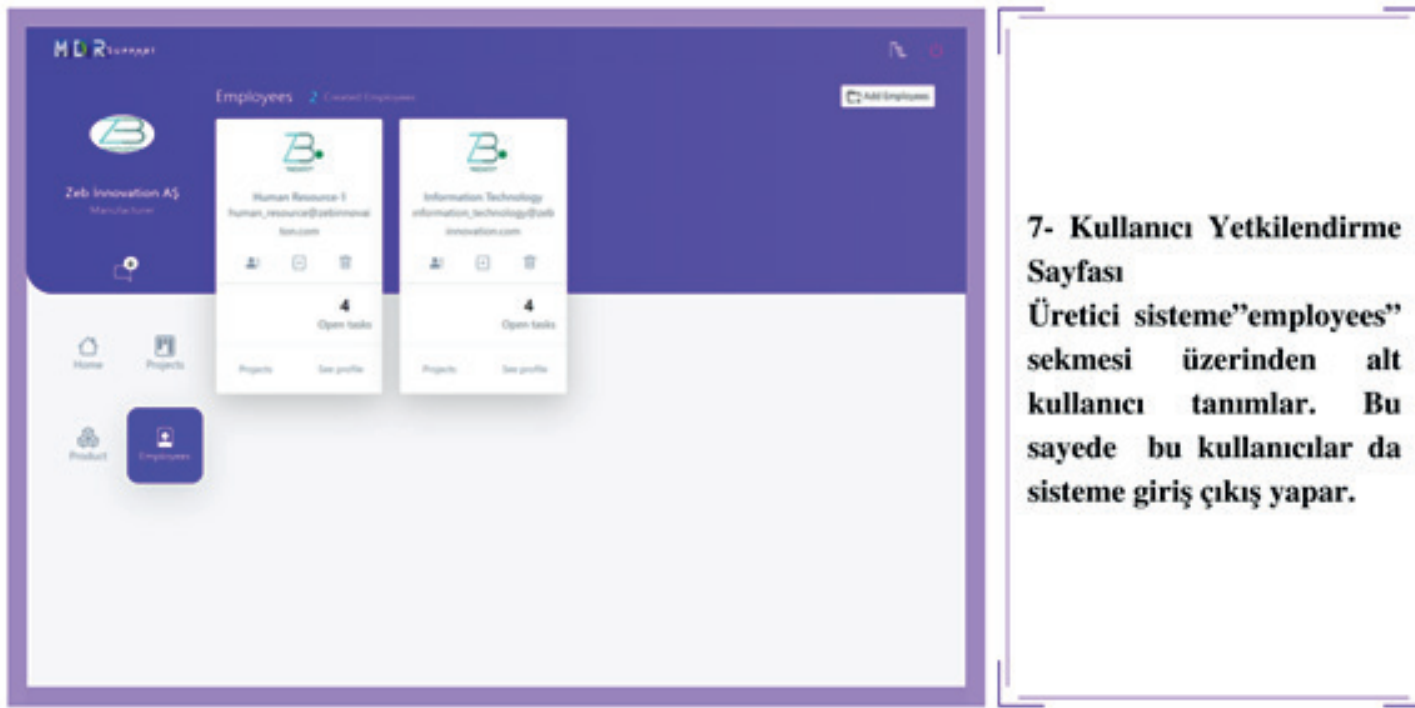
Şekil 19. Ürün Giriş Sayfası

5- Ürün Giriş Sayfası
Firma kendisine ait sisteme eklediği ürünleri görüntüleyebilir. Ürünün detayına gidebilir veya yeni ürün oluşturabilir.

Şekil 20. Ürün Sayfası



Şekil 21. Kullanıcı Yetkilendirme Sayfası



Bulgular

MDR Support yazılımı;

- Kullanım için iletişim bilgileri ile yapılan üyelik kaydı firma onayı sonrası geçerlilik kazanmaktadır.
- MDR kapsamında gerekli olan klinik takip için bilgisayar yardımlı çözüm, pre-op ve post-op olmak üzere iki ayrı süreçte destek sağlamaktadır.
- Türkiye’de güncel bozuk paralar ile (magnifikasyon- ölçeklendirme amacıyla) çekilen, hastaya ait röntgen yazılıma yüklenerek analiz için kullanılmaktadır.
- Yazılım yardımlı pre-op skortlama Knee Scoring Society skortlama kriterlerine göre yapılmaktadır. Skortlama da açısal değer doktor ölçümünün analog girişi ile yapılmaktadır. Skortlama için gerekli açı ölçümü opsiyonel olarak yazılım yardımlı yapılmaktadır. (Orthopaedic Scores, n.d.)
- Yazılım yardımlı yapılan deformite analizi ortopedi de daha önce kullanılan bir yöntem ile yapılmaktadır. Bu yöntem “New Approach to the External Fixators: Quadrilateral Octopod Adam Frame (Gülşen, Demiralp, Ayas, Öztürk, Marangoz, Oto, 2012) ve Adam Frame: Technique of Computer Aided Ring Fixator with Navigation Software (Demiralp, Gülşen, Başbozkurt, Özkan, Öztürk, ve Oto, 2012) adlı bildiri çalışmalarında da detaylı şekilde aktarılmış.
- Malzeme seçim ve/veya tanımlama doktor tarafında yapılmakta olup hastaya özel malzeme ebatı yazılım tarafından önerilmemektedir.

- Yazılım yardımlı post-op skarlama Knee Scoring Society skarlama kriterlerine göre pre-op skarlama sürecinde olduğu gibi ilave olarak radyolojik görüntü analizi ile birlikte analog olarak girilmekte veya yazılım yardımlı olarak yapılmaktadır.
- Pre-op skarlama ve deformite analiz raporu sağlamaktadır.
- Post-op skarlama ve deformite analizi raporu sağlamaktadır.
- Pre-op ve post-op seçilen/kullanılan malzeme karşılaştırma raporu sağlamaktadır. Bu rapor aynı zamanda tedarik performansını da göstermektedir.
- Ürün girişı yapan üreticiler için malzeme kullanım raporları sağlamaktadır.
- Malzemeler için dönemsel ve karşılaştırmalı raporlar sağlamaktadır.
- Doktorlar için MDR kapsamında ve akademik çalışmalar için tasnif ve takibiyle birlikte vaka ve sonuç bilgisi sağlamaktadır.
- Vakalar ve kullanılan ürünler için doktor ve üreticilere proje bazlı klinik takip verisi sağlamaktadır.

Tartışma

Bilişim dünyasındaki gelişmelerin tıbbi teknolojide her geçen gün alan bulmasıyla beraber benzer ürünler yaygınlık kazanacaktır. Teşhis ve tedavi planlamadaki yazılım ve yapay zeka yardım ve destekleri konusu tıp dünyasında gündem olmaya devam edecektir.

MDR Support yazılımının karar destek yazılımı olmaktan daha çok klinik takip süreçlerinde ortaya koyduğu çözümler bu alandaki ilk çalışma olmakla birlikte ilerleyen zamanlarda teşhis ve tedavi planlama yazılımları ile de entegre olarak daha geniş uygulama alanları oluşturacaktır.

Üçüncü tarafların dahil olduğu klinik takip sonuçlarının hem doktor hem üretici hem de yetkilendirilmiş belgelendirme kuruluşları için şeffaflık ve güvenilirlik açısından ortaya koyduğu değer ve faydayla birlikte tıp dünyası ile endüstri arasındaki ilişkilerin bu alanda düzenlenmesi için de gerek yazılımın gerekse de iş modelinin fayda sağlayacağını düşünmekteyiz.

Sonuç

Tıbbi cihaz üretiminde izlenebilirlik temel gereklilikler arasında üst sıralarda yer almaktadır. AB Komisyonu MDR ile bu konuyu çok daha önemli bir düzeye taşımıştır. MDD, MDR ve diğer sertifikasyon ve regülasyon sistemlerinde ürün performansı ve takibi tamamen olumsuz olay veya denetim periyotları ile sınırlı olarak gerçekleşmektedir. Bir yandan izlenebilirlik kapsamında süreçlerin devamlılığı diğer yandan bu süreçlerin bağımsız ve tarafsız yapılar ile sürdürülmesi, tıp endüstrisine güveni artırmakla birlikte üretim kalitesi artışına da katkı sağlayacaktır. Bu faaliyetlerin mevcut uygulama ve dokümantasyonu hem tıp dünyası hem de endüstri tarafında maliyet, işgücü ve zaman etkisiyle birlikte güvenilirlik ve şeffaflık açısından da tartışılmalıdır. Sürecin tarafları olan yetkilendirilmiş belgelendirme kuruluşları, doktorlar, denetim kurum/kuruluşları ve üreticiler açısından pratik, düşük maliyetli, şeffaf, tarafsız, güvenilir ve disiplinli bir uygulama ulusal ve global sektörün mevcut durumu ve geleceği için önemli bir ihtiyaçtır. Üreticiler açısından ise AB mevzuatının getirdiği disiplinin yarattığı maliyet, insan kaynağı, iş gücü ve verimlilik açısından MDR Support yazılımının efektif sonuçlar doğuracağı görülmektedir.

Mevcut yazılım ve uygulamaların gerek teşhis gerekse takip dönemleri için ortaya koyduğu çözümler analog veya yazılım yardımlı farketmeksizin çok büyük oranda öznel yaklaşımlar içermektedir. Ürün takip ve denetimini kapsayan toplam izleme süreci açısından, araştırma kapsamında incelenen MDR Support yazılımı mevcut haliyle öznellikten uzaklaşma adına önemli bir adım olarak global sektörde önemli bir başlangıç teşkil etmektedir. Bu ve benzeri yazılımların yakın gelecekte yapay zeka ve daha fazla yazılım

fonksiyonları ile desteklenerek geliştirilmesi ile tıp endüstrisinde takip, denetim ve izleme süreçleri daha tarafsız, şeffaf ve bağımsız olacaktır.

MDR Support yazılımının teşhis aşamasında karar vermeye yardımcı olmaktan daha çok doktorun verdiği kararı doğrulayarak ve kayıt altına alarak teşhisin öznellikten uzak olmasına etki etmektedir. Tedavi sonuçlarının da aynı şekilde yazılım yardımı ile değerlendirilerek doğrulanması ve öznellikten uzaklaştırılmasını sağlamaktadır. Tedavi öncesi ve sonrası farklı dönemler için karşılaştırma ve bu karşılaştırmaları da öznellikten uzaklaştırarak doğrulama yapması izleme, takip ve denetim için şeffaflık, tarafsızlık ve bağımsızlık adına önemli bir gelişmedir.

Üreticinin teknik dosyasında bulunan ilgili dokümanların üçüncü taraflarca ve yazılım yardımlı çözümlerin katkıları ile hazırlanıyor olması yine konunun tüm tarafları açısından güvenilir ve şeffaf olmasına katkı sağlamaktadır. Konunun tarafı olan tıp dünyasının da üretici ile bağımsız ve tarafsız üçüncü bir taraf üzerinden sürece dahil olması yine aynı şekilde önemli, gerekli ve faydalıdır.

MDR Support yazılımının doktorlara sağladığı teşhis için skoreleme ve sınıflama gibi faydaların yanı sıra klinik takip süreçlerinde de ücretsiz olarak bilgisayar yardımlı veri toplama ve oluşturma ile depolama sağlıyor olması da önemli bir fayda olarak görülmektedir. Bu faydaların, yapılan tedavilerin akademik çalışmalara dahil edilmesi açısından da pratik sonuçlara ulaşma katkısının yanı sıra akademik çalışmalarda kullanılan klinik verilerin güvenilirliğini de güçlendireceği aşikardır.

Klinik verilerin takibinde geleneksel veri toplama, oluşturma ve depolama işlemleri karşısında bu tür yazılımların faydaları yadsınamaz. Ayrıca yerli üretimin şeffaf ve güvenilir bir yöntem ile sonuçlarının takibi, endüstriye global pazarlarda yer alma ve marka güvenilirliğinin artırılması yönünden de önemli katkı sağlayacaktır. Türkiye’de bilişim ekosistemi ile tıp endüstrisinin birlikte gelişiminin ülke ve dünya açısından önemi ortadadır. Bu tür yazılım ve uygulamaların sayısının artacağı beklenmektedir ve bu alandaki gelişmeler tıp dünyasının bu alandaki çalışmalara katkısının artması ile mümkün olacaktır.

Kaynakça

COUNCIL DIRECTIVE (1993). Concerning Medical Devices. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/%3Furi%3DCELEX:31993L0042&ved=2ahUKEwjA6KWjsn3AhV-SvEDHdNNBrIQFnoECBMQAQ&usg=AOvVaw10H3BiAZQ6PMA1Hdl2XkJ8> adresinden elde edildi. Erişim tarihi: (05.05.2022)

Demiralp, B., Gülşen, M., Başbozkurt, M., Özkan, C., Öztürk, H., Oto, M. (2012). ADAM FRAME: Technique of Computer Aided Ring Fixator with Navigation Software. Poster bildiri, ASAMI, Thessalonikis/GREECE

Ersoy, E.C., Özer, L. (2020). Yeni Avrupa Birliği Tıbbi Cihaz Tüzüğü Neler Getiriyor? Online Makale, Kılınç Law and Consulting

Gülşen, M., Demiralp, B., Ayas, M., Öztürk, H., Marangoz, S., Oto, M. (2012). NEW APPROACH TO THE EXTERNAL FIXATORS: QUADRILATERAL OCTOPOD ADAM FRAME. Sözel bildiri, ASAMI, Thessalonikis/GREECE

LICENSALÉ® Global Medtech Registration System (n.d.). <https://arazygroup.com/licensale-2/> adresinden elde edildi. Erişim tarihi: (05.05.2022)

MDR Compliance Technology | CAPTIS- Clinical Evaluation Reports (n.d.). <https://www.celegence.com/mdr-compliance-technology-captis/> adresinden elde edildi. Erişim tarihi: (05.05.2022)

Simplify regulatory documentation with Smart Builder (n.d.). <https://www.emergobyul.com/rams/products/smart-builder> adresinden elde edildi. Erişim tarihi: (05.05.2022)

MasterControl (n.d.). <https://www.mastercontrol.com/> adresinden elde edildi. Erişim tarihi: (05.05.2022)

MDlaw (n.d.). <https://mdlaw.eu/> adresinden elde edildi. Erişim tarihi: (05.05.2022)

Orthopaedic Scores (n.d.). <http://www.orthopaedicscore.com/> adresinden elde edildi. Erişim tarihi: (05.05.2022)

ZEB Innovation (n.d.). <https://zebinnovation.com/> adresinden elde edildi. Erişim tarihi: (05.05.2022)

The European Parliament and the Council of the European Union (2017). Medical devices, amending Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) No 178/2002 and Regulation (EC) No 1223/2009 and repealing Council Directives 90/385/EEC and 93/42/EEC. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/%3Furi%3DCELEX:32017R0745&ved=2ahUKEwj7wpnYjMn3AhXcR_EDHSh2DzUQFnoECEEQAQ&usg=AOvVaw1y7If0bF5VFtCwCZHklrvZ adresinden elde edildi. Erişim tarihi: (05.05.2022)

Türkiye’de Sağlık Teknoloji Değerlendirmesinde Maliyet-Etkililik Analizine ve Eşik Değere Neden İhtiyacımız Var?

Why Do We Need Cost-Effectiveness Analysis and Cost-Effectiveness Threshold Value in Health Technology Assessment in Turkey?

Dilek Sernur Eminoğulları¹, Prof. Dr. Gökhan Tuna Öztürk¹

¹Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Çankaya, Ankara

Özet

Sağlık teknolojilerinde ve tıp biliminde süregelen inovasyon hayatlarımıza olumlu anlamda etki etmeye devam ederken bu teknolojilerin doğru şekilde değerlendirilerek olabilecek en maliyet etkili biçimde ödenmesinin sağlanması sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin başlıca görevlerinden biridir. Bu görevi yerine getirmede ekonomik değerlendirme araçları karar vericilere yardımcı olmaktadır. Bu anlamda en sık kullanılan yaklaşım maliyetlerin ve faydaların karşılıklı bir değerlendirmesine dayanan ve genellikle sağlık kazanımlarına odaklanan maliyet etkililik analizidir. Maliyet etkililik analizi nispeten ucuz olan ancak hastalık yükünü önemli ölçüde azaltma potansiyeli bulunan sağlık teknolojileri ve müdahaleleri vurgulayarak göz ardı edilen fırsatların belirlenmesine ve daha fazla sağlık çıktısı elde etmek için kaynakların yeniden dağıtımına yardımcı olmaktadır. Kaynakların etkisiz müdahalelerden etkili müdahalelere kaydırılmasının yanı sıra daha yüksek maliyetli müdahalelerden daha uygun maliyetli müdahalelere de kaydırılmasını desteklemektedir.

Maliyet etkililik analizi uygulamalarının ekonomik, tıbbi ve sosyal anlamda en etkili sonuçlar vermesi beklenen alan şüphesiz ki geri ödeme kararlarıdır. Bir sağlık sisteminde geri ödeme kararları yoluyla sağlığa ayrılan sınırlı kaynakların verimsiz ve gereksiz kullanılmasının önüne geçilmesi mümkündür. Aynı zamanda doğru şekilde harcanan sağlık kaynakları hasta çıktıları açısından başarılı sonuçları ortaya çıkarmaktadır. Toplumsal sağlık düzeyindeki iyileşme sosyal hayata da yansımakta örneğin, hastalık sebebiyle kaybedilen işgünü sayısı azalmakta veya tamamen ortadan kalkmaktadır. Bu yönüyle geri ödeme kararları önyargıdan sıyrılmış olarak ve toplumun gereksinimleri göz önünde bulundurarak sağlık teknolojilerinin klinik ve ekonomik etkileri hakkında karar vericilere destek olmalıdır.

Türkiye’de geri ödeme kararları alınırken maliyet etkililik analizinin kullanılması karar vericilere daha doğru bilgi aktarılmasını ve nihai olarak SGK bütçesinin sürdürülebilirliğinin garanti altına alınmasını sağlayacaktır. Yine, sağlık sistemi bağlamında uygun ve anlamlı olan göreceli maliyet etkililiği için eşiklerin tanımlanması, geri ödeme kararlarında alternatif maliyetin dikkate alınması açısından faydalı olacaktır. Bu bağlamda ulusal sağlık önceliklerini yansıtmak için farklı eşikler oluşturulabilir. Türkiye’ye bu tür eşik değerleri tanımlamanın avantajı, öncelikle, geri ödemesi konusunda endişeler bulunan ilaçlar söz konusu olduğunda “hayır” kararları için somut bir temel oluşturması, “evet” kararlarının ise gücünü artırmasıdır.

Anahtar kelimeler: Sağlık teknoloji değerlendirmesi, maliyet etkililik analizi, ekonomik değerlendirme yöntemleri, geri ödeme.

Abstract

While ongoing innovation in health technologies and medical science continues to have a positive impact on our lives, it is one of the main duties of health and social security systems to ensure that these technologies are evaluated correctly and paid in the most cost-effective way possible. Economic evalua-

tion tools assist decision makers in fulfilling this task. In this sense, the most commonly used approach is cost-effectiveness analysis, which is based on a mutual assessment of costs and benefits, often focusing on health gains. Cost-effectiveness analysis highlights health technologies and interventions that are relatively inexpensive but have the potential to significantly reduce the burden of disease, helping to identify overlooked opportunities and redistribute resources to achieve greater health outcomes. It supports the shift of resources from ineffective interventions to effective interventions, as well as from higher-cost interventions to more cost-effective ones.

The area where cost-effectiveness analysis applications are expected to yield the most effective results in economic, medical and social terms is undoubtedly reimbursement decisions. In a health system, it is possible to prevent the inefficient and unnecessary use of limited resources allocated to health through reimbursement decisions. At the same time, health resources spent correctly reveal successful results in terms of patient outcomes. The improvement in the level of social health is also reflected in social life, for example, the number of working days lost due to illness decreases or disappears completely. In this respect, reimbursement decisions should support decision makers about the clinical and economic effects of health technologies, free from prejudice and taking into account the needs of the society.

The use of cost-effectiveness analysis while taking reimbursement decisions in Turkey will provide more accurate information to decision makers and ultimately ensure the sustainability of the SSI budget. Besides, defining thresholds for relative cost-effectiveness that is appropriate and meaningful in the context of the health system would be helpful in considering alternative cost in reimbursement decisions. In this context, different thresholds can be established to reflect national health priorities. The advantage of defining such thresholds for Turkey is, first of all, that it provides a concrete basis for “no” decisions and increases the power of “yes” decisions when it comes to drugs for which there are concerns about reimbursement.

Keywords: Health technology assessment, cost-effectiveness analysis, economic evaluation methods, reimbursement.

1. Giriş

Son yüzyılda sağlık teknolojilerinde meydana gelen gelişmeler insan sağlığında önemli ölçüde iyileşmeyi beraberinde getirmiştir (Jamison vd. 2006; Velasco Garrido vd. 2008). Sağlık hizmetinin sunumu değişen politik ve ekonomik koşullarda gerçekleştirilmektedir. Öte yandan, teknolojiye meydana gelen hızlı değişimler neticesinde yeni sağlık teknolojilerinin ortaya çıkışı sağlık sistemleri üzerindeki baskıyı artırmaktadır (Velasco Garrido vd. 2008). Hangi gelir düzeyinde olursa olsun ülkelerdeki sağlık kaynaklarına olan talep mevcut kaynakların üzerine çıkmaktadır (Bertram vd. 2021). Bu anlamda politika yapıcılar sınırlı sağlık kaynaklarının nasıl tahsis edileceği konusunda zor kararlarla karşı karşıyadırlar. Sağlık kaynaklarının dağıtımında ortaya çıkan eşitsizliklerin bertaraf edilmesi, ortaya çıkan sorunların giderilmesi ve toplumların sağlık statüsünün yükseltilmesi için kaynaklar etkin bir şekilde dağıtılmalıdır. Sağlık kaynaklarının etkin bir şekilde dağıtılması ise, sağlık teknolojilerinin gerçekte ne işe yaradığı ne kadar mal olduğu hakkında bilgi ve bunların uygulaması ve sunumuna ilişkin deneyim gerektirmektedir (Jamison vd. 2006, Woods vd. 2016).

Sağlık teknolojilerinde meydana gelen gelişmelere paralel olarak, 1970’li yılların sonlarından itibaren sağlık alanında karar verme, geri ödeme kararlarına destek olma ve sağlık hizmetlerine ilişkin kılavuzların geliştirilmesi konularında sağlık teknolojisi değerlendirme uygulamalarından yararlanılmaya başlanmıştır. Bunun nedeni söz konusu dönemde giderek artmakta olan sağlık giderlerinin karar vericilerin dikkatini ve ilgisini çekmesidir. 1990’lı yıllardan itibaren ilk resmi sağlık teknolojisi değerlendirme kuruluşları ABD’de ve Avrupa’da kurulmaya başlanmıştır (Salisbury vd. 2017). 2000’li yıllara gelindiğinde ise yaşanan ekonomik krizlerin kamu harcamalarında yarattığı daralma eğiliminden sağlık harcamaları da payını almıştır. Bu

dönemde politika yapıcılar sağlık harcamalarını kontrol altına almak adına sağlık teknoloji değerlendirilmesinden daha fazla oranda faydalanmaya başlamış ve pek çok ülkede sağlık teknolojisi değerlendirme birim ve kuruluşlarının sayısında artış yaşanmıştır (Gaebler, 2017).

Avrupa ve ABD’de sağlık politikaları alanında yaşanan dönüşümden Türkiye de etkilenmiş ve 2000’li yılların başından itibaren sağlık sisteminde reform dönemi başlamıştır. Sağlık sektöründeki büyümenin ve değişimin ana tetikleyicileri Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) akabinde hayata geçirilen Sosyal Güvenlik Reformu (2006) ve söz konusu reform kapsamında tüm nüfusa adil, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin yürürlüğe konulmasıdır. Sağlık teknolojilerine erken erişim için uygun ortam oluşturulması sistemin işleyişinin desteklenmesi açısından atılan en önemli adımlardandır. Sosyal Güvenlik Kurumu’nu (SGK) sağlık sektöründeki hizmetlerin tek alıcısı konumuna getiren reformlar ile birlikte sağlık harcamalarında da artış gündeme gelmiştir. Yıllar içinde gerek genel sağlık sigortası kapsamının genişlemesi gerekse nüfusun artışı ve yaşlanması, teknolojinin ilerlemesi, yenilikçi sağlık teknolojilerinin pazara sunulması gibi sebepler ile birlikte sağlık harcamalarındaki artış sistemin sürdürülebilirliğinin sağlanması noktasında tereddütler yaşanmasına neden olmuştur (Gökbayrak, 2010; Yenimahalleli-Yaşar, 2007).

Sağlık teknolojilerinin değerlendirilerek geri ödeme kapsamına alınması sürecinde karar vericilerin aklındaki öncelikli soru alınan sağlık hizmetlerinin harcanan paranın karşılığını verip vermediğidir. Sağlık bütçesinin ve harcamaları artırma yetisinin kısıtlı olduğu göz önüne alındığında, sağlık teknolojilerinin getirdiği ilave maliyetler hesaplanırken aynı zamanda bu teknolojilerin alternatiflerine ait fırsat maliyetinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Çünkü tercih edilen sağlık teknolojisi için yapılan harcama artık diğer teknolojiler için harcanabilir olmayacaktır. Bu durumda fırsat maliyeti, uygulanamayan diğer müdahaleler nedeniyle vazgeçilen sağlıktır (Bertram vd. 2016; Woods vd. 2016). Fırsat maliyeti maliyet etkililik analizi veya maliyet yararlanım analizi ile doğrudan değerlendirilebilmektedir. İki veya daha fazla sağlık müdahalesi karşılaştırıldığında maliyet yararlanım etkililik analizi kaynakların alternatif kullanımlarının fırsat maliyetini ortaya çıkarır. Farklı müdahalelerin sonucu olan maliyet etkililik oranı her bir müdahalenin fırsat maliyetlerinin karşılaştırılmasına olanak sağlar (Palmer ve Raftery, 1999).

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de sağlık teknoloji değerlendirmesi alanında yapılan ekonomik değerlendirme çalışmalarında maliyet etkililik analizi yöntemi ve maliyet etkililik eşiğinin kullanılmasına ilişkin gereklilikleri ortaya koyarak bu alanda atılması gerekli olan adımlara ilişkin çerçeve çizmektir.

2. Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri ve Maliyet Etkililik Analizine Genel Bakış

Sağlık teknolojilerinde ve tıp biliminde süregelen inovasyon hayatlarımıza olumlu anlamda etki etmeye devam ederken bu teknolojilerin doğru şekilde değerlendirilerek olabilecek en maliyet etkili biçimde ödenmesinin sağlanması sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin başlıca görevlerinden biridir. Bu görevi yerine getirmede ekonomik değerlendirme araçları karar vericilere yardımcı olmaktadır. (Jamison vd. 2006; Woods vd. 2016).

Ekonomik değerlendirme yöntemleri Tablo 1’de verilmiştir. Bazı ekonomik değerlendirme yöntemleri yalnızca bir tedavinin maliyetlerini incelerken, bazı yöntemler ise bir müdahalenin hem maliyetlerini hem de sonuçlarını inceler. Maliyet fayda analizi bir sağlık müdahalesinin sonuçlarını veya faydasının parasal olarak ifade edildiği analiz yöntemidir. Maliyet minimizasyon analizinde bir tedaviye atfedilen sağlık sonuçları arasında fark bulunmamaktadır bu nedenle yalnızca maliyetler karşılaştırılmaktadır. Maliyet sonuç analizinde karşılaştırılan sağlık müdahalelerine ilişkin ayrıştırılmış maliyetler ve sonuçlar okuyucuların bunlara ilişkin kendi görüşlerini oluşturmasına izin verecek şekilde sunulmaktadır (Turner vd. 2021; Drummond vd. 2005). Maliyet etkililik ve maliyet yararlanım analizleri iki veya daha fazla alternatif sağlık teknolojisinin göreceli maliyetleri ve sonuçlarının karşılaştırıldığı ekonomik analiz modelleridir. Maliyet etkililik analizi bir sağlık teknolojisinin sonucunu ölçerken tek bir birim üzerinden ölçümlenmektedir. Bu yöntemde sağ-

lık sonuçları farklı birimlerle ifade edileceğinden farklı hastalıkları veya farklı aşamaları hedef alan müdahaleleri inceleyen çalışmaların karşılaştırılması zorlaşmaktadır. Maliyet etkililik analizindeki bu sorunu gidermek üzere maliyet etkililik analizinin bir türü olan maliyet-yararlanım analizi yöntemi geliştirilmiştir. Maliyet yararlanım analizi yönteminde sağlık sonuçları kaliteye ayarlı yaşam yılı (QALYs) veya engelliliğe ayarlı yaşam yılı (DALYs) gibi morbidite ve mortalite üzerindeki faydaları hesaba katabilen genel bir sağlık durumu ölçüsü ile ifade edilir (Turner vd. 2021). Maliyet etkililik analizleri olarak adlandırılan ve bu çalışmanın da konusunu oluşturan bu değerlendirme yöntemlerinde yeni tedavilerin etkisi kurtarılan yaşam başına maliyet veya önlenen hastalık durumu başına maliyet gibi ilgili klinik parametreler ile ölçülmektedir (Velasco Garrido vd. 2008).

Tablo 1. Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri

Ekonomik Değerlendirme Yöntemi	Tanım
Maliyet Etkililik Analizi (Cost Effectiveness Analysis)	İki veya daha fazla sağlık müdahalesinin göreceli maliyetleri ve sonuçları açısından karşılaştırıldığı, sonuçların tek bir doğal birim (örneğin, kazanılan yaşam yılı, önlenen hastalık vb.) üzerinden ölçüldüğü ekonomik analiz yöntemidir.
Maliyet Yararlanım Analizi (Cost Utility Analysis)	Maliyet etkililik analizinin spesifik bir türü olan maliyet yararlanım analizi, iki veya daha fazla politika alternatifinin göreceli maliyetleri ve sonuçları açısından karşılaştırıldığı, sonuçların hem mortalite hem morbidite üzerindeki etkiyi (örneğin, kaliteye ayarlı yaşam yılı (QALYs) veya engelliliğe ayarlı yaşam yılı (DALYs)) dikkate alan genel bir sağlık durumu ölçüsü ile ifade edildiği ekonomik analiz yöntemidir.
Maliyet Fayda Analizi (Cost Benefit Analysis)	İki veya daha fazla politika alternatifinin göreceli maliyetleri ve sonuçları açısından değerlendirildiği, hem maliyetlerin hem sonuçların parasal olarak ifade edildiği ekonomik analiz yöntemidir.
Maliyet Minimizasyon Analizi (Cost Minimisation Analysis)	Eşit sağlık etkilerine sahip olduğu varsayılan iki veya daha fazla politika alternatifinin maliyetlerinin karşılaştırıldığı ekonomik analiz yöntemidir.
Maliyet Sonuç Analizi (Cost Consequence Analysis)	İki veya daha fazla politika alternatifinin göreceli maliyetleri ve sonuçları açısından değerlendirildiği, sonuçların tek bir ölçümle özetlenmediği, ve birden fazla sonucun rapor edildiği ekonomik analiz yöntemidir.

Kaynak: Turner vd. 2021

Maliyet etkililik analizi nispeten ucuz olan ancak hastalık yükünü önemli ölçüde azaltma potansiyeli bulunan sağlık teknolojileri ve müdahaleleri vurgulayarak göz ardı edilen fırsatların belirlenmesine ve daha fazla sağlık çıktısı elde etmek için kaynakların yeniden dağıtımına yardımcı olmaktadır. Kaynakların etkisiz müdahalelerden etkili müdahalelere kaydırılmasının yanı sıra daha yüksek maliyetli müdahalelerden daha uygun maliyetli müdahalelere de kaydırılmasını desteklemektedir. Maliyet etkililik analizinin bu özelliği sağlık teknolojilerine ilişkin politika belirleme süreçlerinde sağlık teknoloji değerlendirmesinin karar vericiler nazarında ilgi çekmesini sağlamıştır (Jamison vd. 2006; Woods vd. 2016; Baltussen vd. 2003; Kahveci 2012; Öztürk vd. 2016). Maliyet etkililik analizi ilaçlar, tıbbi cihazlar ile cerrahi müdahaleler ve teşhis dahil olmak üzere klinik müdahaleleri kapsamaktadır, ancak çoğunlukla ilaçlar ve tıbbi cihazlar üzerinde yoğunlaşmıştır. Bunun nedeni, söz konusu teknolojilerin standartlaşmış olması, mülkiyetinin belirli olması, sağlık sistemi üzerindeki mali ve sosyal olarak etkilerinin önemli ve gözlemlenebilir olmasıdır (Dankó, 2014).

Maliyet etkililik analizi bir sağlık müdahalesinin alternatif müdahalelere göre artırımlı maliyetleri ve artırımlı sağlık etkileri hakkında bilgiler içermektedir. Yeni teknolojinin etkililiği kurtarılan yaşam yılı veya kurtarılan hayat gibi birimlerle ifade edilirken maliyetler ise parasal olarak ifade edilmektedir. Analiz sonuçları sonuçları genellikle artırımlı maliyetlerin artırımlı sağlık etkilerine oranı olan artırımlı maliyet etkililik oranı (Incremental Cost-Effectiveness Ratio- ICER) olarak ifade edilir (Mrazek ve Mossialos 2003; Woods vd. 2016). Sağlık etkileri genellikle kazanılan kaliteye ayarlı yaşam yılı (Quality Adjusted Life Years-QALY) veya engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (Disability Adjusted Life Years-DALY) olarak belirlenir ve böylece

ICER bir sağlık müdahalesine ilişkin “kazanılan QALY başına maliyeti” veya “kaçınılan DALY başına maliyeti” verir (Woods vd. 2016). QALY sağlık etkilerini yaşam süresi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bir kombinasyonu olarak ölçümler. Buna göre, bir sağlık müdahalesinden kazanılan her bir ilave yaşam yılı eşit olarak ele alınmakta ve kurtarılabilecek yaşam yılları toplanmaktadır. QALY başına maliyet ne kadar düşükse sağlık müdahalesinin o kadar maliyet etkili olduğu ifade edilir (Nuijten ve Dubois, 2011).

Sağlık müdahalesi için harcanan paranın karşılığını iyi veya çok iyi oranda veren müdahalelerin tanımlanabilmesi için genellikle bir maliyet etkililik eşiği belirlenir (Bertram vd. 2016). Eşik değer, bir birim sağlık kazancına karar verici tarafından atfedilen değeri temsil eder ve maliyet etkililik analizinin en önemli bileşenidir. Belirlenen bu eşik değer pek çok ülkede hangi sağlık teknolojilerinin ödeneceği hangilerinin ödenmeyeceğine yönelik karar kuralı olarak kullanılmaktadır (Velasco Garrido vd. 2008). 2001 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kişi başı gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) ve katlarına dayanan eşik değeri kullanılması önerilmiştir. Ancak, ülke deneyimleri GSYİH’ya dayanılarak belirlenen eşik değerinin ülkeye özgü özellikleri yansıtmadığını ve bu nedenle sağlık kaynaklarının nasıl harcanması gerektiğine ilişkin yanlış kararlar alındığını göstermektedir. Bu nedenle maliyet-etkililik analizi yalnızca eşik değere dayalı olmaktan ziyade bütçe etkisi, satın alınabilirlik gibi hususlar da göz önünde bulundurularak kullanılmalıdır (Bertram vd. 2016; Marseille vd. 2015).

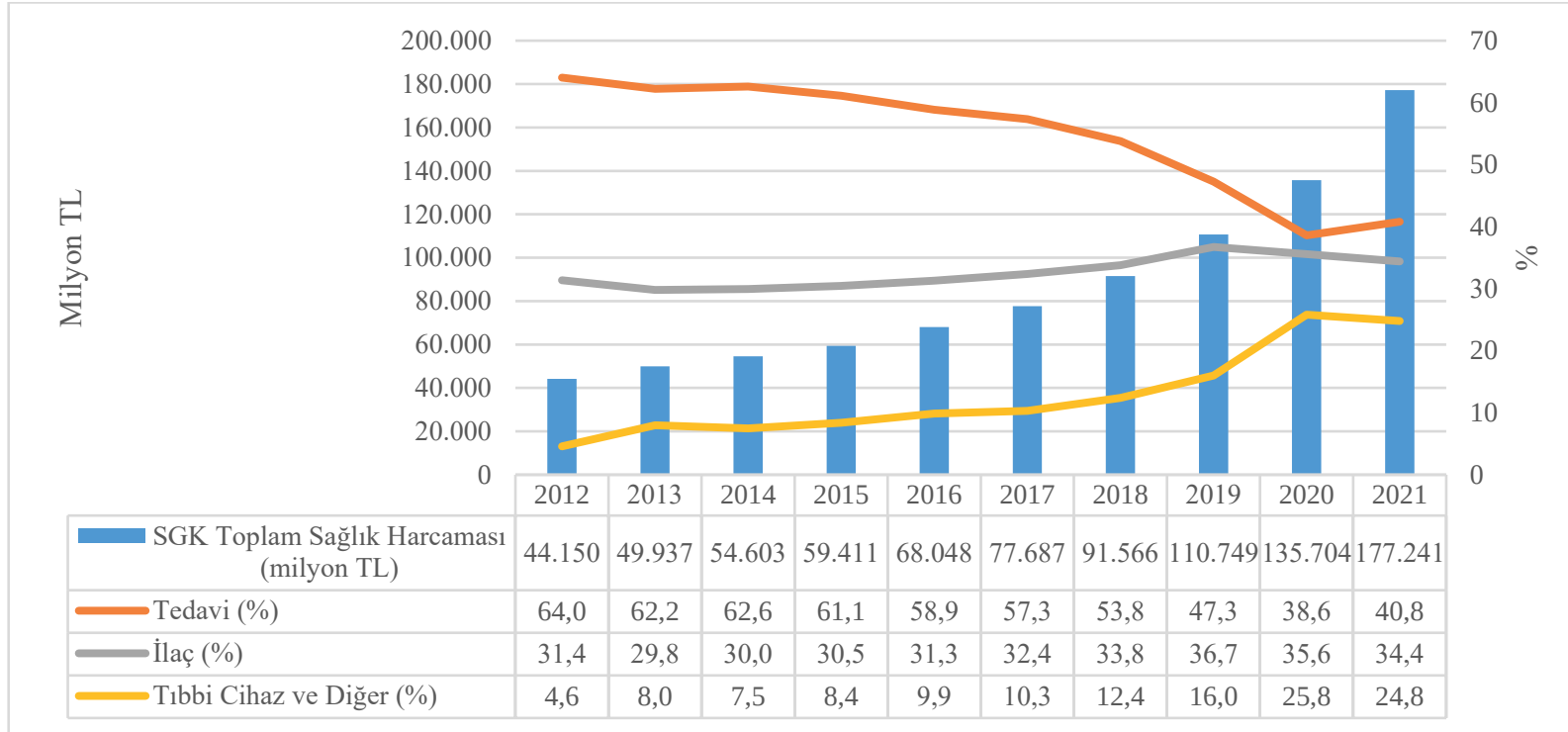
Türkiye’de Maliyet Etkililik Analizi ve Eşik Değer Uygulaması için Gereklilikler

İlk ortaya çıkışından günümüze kadar gelen süreçteki ülke uygulamalarına bakıldığında sağlık teknoloji değerlendirmesini yürüten yapıların temelde iki farklı düzeyde konumlandığı görülmektedir. Bunlardan ilki, sağlık teknolojileri dahil olmak üzere çeşitli konularda raporlar hazırlayan ve yayınlayan bağımsız değerlendirme kuruluşları, ikincisi ise sağlık teknolojilerinin fiyatlandırılması veya geri ödenmesi ile ilgili olarak karar verme ve önceliklendirme sorumluluklarına sahip olan kamusal kurumlar altında yer alan birimlerdir (Salisbury vd. 2017).

Türkiye’de ise 2010’lu yıllarda yoğunlaşan sağlık teknoloji değerlendirmesi yapılanması parçalı bir görünüm sergilemektedir. Ulusal düzeyde sağlık teknolojisi değerlendirmesi yapmak üzere Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Teknoloji Değerlendirmesi Daire Başkanlığı kurulmuştur. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ile Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü bünyesinde sağlık teknolojisi değerlendirme birimleri oluşturulmuştur. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Türkiye’nin ilk hastane tabanlı sağlık teknoloji değerlendirmesi birimi kurulmuştur. Söz konusu birimlerce başlanılan ekonomik değerlendirme ve teknoloji değerlendirmesi çalışmalarına rağmen kurumlar arasındaki koordinasyon ve bilgi akışı eksikliği nedeniyle sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmaları beklenen düzeyde gerçekleşmemiştir (Yiğit ve Erdem, 2016; Yılmaz vd. 2017).

Maliyet etkililik analizi uygulamalarının ekonomik, tıbbi ve sosyal anlamda en etkili sonuçlar vermesi beklenen alan şüphesiz ki geri ödeme kararlarıdır. Bir sağlık sisteminde geri ödeme kararları yoluyla sağlığa ayrılan sınırlı kaynakların verimsiz ve gereksiz kullanılmasının önüne geçilmesi mümkündür. Aynı zamanda doğru şekilde harcanan sağlık kaynakları hasta çıktıları açısından başarılı sonuçları ortaya çıkarmaktadır. Toplumsal sağlık düzeyindeki iyileşme sosyal hayata da yansımakta örneğin, hastalık sebebiyle kaybedilen işgünü sayısı azalmakta veya tamamen ortadan kalkmaktadır. Bu yönüyle geri ödeme kararları önyargıdan sıyrılmış olarak ve toplumun gereksinimleri göz önünde bulundurularak sağlık teknolojilerinin klinik ve ekonomik etkileri hakkında karar vericilere destek olmalıdır (Yiğit ve Erdem, 2016).

Grafik 1. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Harcamaları (2012-2021)



Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık İstatistik Bültenleri, 2022

Sosyal güvenlik, modern devletlerin vatandaşlarını hastalık, yaşlılık, işsizlik gibi uzun vadeli risklere karşı korumak için kullandığı araçların başında gelmektedir (Bilen ve Öncel, 2010). 2006 yılında hayata geçirilen Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmış ve sağlık hizmetlerine erişim ile sağlık hizmetlerinin kapsamında önemli bir artış yaşanmıştır (Öztürk vd. 2017). Kaliteli, eşit, adil, kolay erişilebilir, insan odaklı sağlık hizmetine erişimi hedefleyen genel sağlık sigortası sistemi 2022 yılı itibariyle Türkiye nüfusunun %98,5'ini kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimin hızlanması ve sosyal güvenlik kapsamının genişlemesinin yanı sıra nüfusun yaşlanma eğiliminde olması, sağlık teknolojilerindeki maliyet artışı sağlığa yapılan harcamaların artışını da beraberinde getirmiştir (SGK, 2022). Grafik 1'de 2012 -2021 yıllarında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan toplam sağlık harcamaları ile bu harcamalar içinde tedavi, ilaç, tıbbi cihaz ve diğer hizmetlere ilişkin harcamaların oranı verilmektedir. SGK toplam sağlık harcamaları yıllar içindeki artan bir seyir izlemekle birlikte bu artışın özellikle 2017 yılı sonrasında önceki yıllara oranla daha fazla olduğu görülmektedir. Yıllar itibariyle sağlık harcamaları içerisinde gerek ilaç gerekse tıbbi cihaz ve diğer ödemelere ilişkin harcamaların oranındaki artışa karşılık tedavi harcamalarının oranı düşmüştür.

Sağlık harcamalarının artışının en önemli sonucu sosyal güvenlik sisteminin finansmanının sürdürülebilirliği sorununa katkıda bulunmasıdır (Alper, 2011). Sistemin sürdürülebilirliğinin sağlanması için alınacak tedbirlerden biri sağlık kaynaklarının toplumun ihtiyaçları ile mümkün olan en iyi şekilde eşleştirilerek sağlık harcamalarında etkinliğin sağlanmasıdır. Sürdürülebilirlik aynı zamanda sunulan sağlık hizmetinin sürdürülebilirliği olarak da anlaşılmalıdır. Bu bağlamda, vatandaşlara sunulan sağlık hizmetinin artan kalite ve kapsam ile sunulması da sağlık sisteminin sürdürülebilirlik hedeflerinden biri olmalıdır.

İlaç politikaları özelinde bakılacak olursa, Türkiye'de ilaç bütçesi kapsamında artan harcamaların kontrol altına alınması risk paylaşımı anlaşmaları yoluyla gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Yenilikçi ilaçların geliştirilerek piyasaya sunulması, ilaç firmalarının Sağlık Uygulama Tebliği'nde belirlenen zorunlu kamu kurum iskontolarını uygulamada zorluk yaşaması ve referans fiyat uygulaması nedeniyle iskontolarının gizlenmesi talepleri 2015 yılından itibaren alternatif geri ödeme politikalarının uygulanmasına zemin hazırlamıştır. Alternatif geri ödeme politikaları temel olarak yenilikçi ilaçlara erken erişimi sağlamayı amaçlamakla birlikte ilaç harcamalarının kontrol altına alınması hedefinden vazgeçmemiştir.

Maliyet etkililik değerlendirmesinin geri ödeme kararlarında kullanılması sağlık bütçesinin bir bütün olarak ele alınması, dolayısıyla bütçe bileşenleri arasındaki geçişin göz önünde bulundurulmasını beraberinde getirecektir. Örneğin, yeni ve yüksek maliyetli bir ilacın hastane yatış süresini kısaltması veya düşük yan etki profiline sahip olması ilaç bütçesi açısından bütçeye yük getiriyor gibi görünse de kısalan hastane

yatış süresi veya yan etki maliyetinin azalması göz önüne alındığında bu ilacın tedavide kullanılması ile toplam sağlık bütçesinde tasarruf edilmesi söz konusu olacaktır.

Maliyet etkililik analizi sağlık kaynaklarının etkin kullanımını sağlamak için gerekli olan önceliklendirme kriterleri arasında sayılmaktadır. Örneğin, sağlık kazanımı başına maliyeti yüksek olan bir sağlık müdahalesi yönetilebilir bir hastalık yüküne sahipse ve sınırlı bir hasta grubuna karşılık geliyorsa bu müdahaleye öncelik verilebilir (Musgrove ve Fox-Rushby, 2006). Maliyet etkililik analizi Türkiye’de geri ödemeye alınmak üzere başvuruda bulunulan tedavilerin bilimsel veriler doğrultusunda önceliklendirilmesinde kullanılabilir. Bu durum özellikle alternatif geri ödeme talebinde bulunan ilaçlar için geçerlidir.

4. Maliyet Etkililik Analizinde Dikkate Alınması Gereken Hususlar

Sağlık teknoloji değerlendirmesi, sağlık teknolojilerinin geliştirilmesi, yayılması ve kullanımının tıbbi, ekonomik, sosyal ve etik sonuçlarını inceleyen multidisipliner bir politika analizidir (Drummond vd. 2008). Sağlık teknoloji değerlendirmelerinin hayata geçirilmesi aşamasında sistemin doğru işleyişinin sağlanması açısından bazı hususların göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Sağlık teknoloji değerlendirmesi uygulamak isteyen ülkelerde kanıta dayalı politika oluşturmaya yönelik bir talep ve kültür oluşturulması başlıca önceliktir (Salisbury vd, 2017). Maliyet etkililik değerlendirmesinde kullanılan yöntem ve karar verme süreçlerinin şeffaf olarak taraflarla paylaşılması ve analiz sonuçlarının nasıl değerlendirileceğine ilişkin yol haritasının belirlenmiş olması gereklidir. Sağlık teknoloji değerlendirmelerinin nesnelliğinden ödün verilmemesi için paydaş katılımının sağlanması, sürecin şeffaf, tutarlı ve adil bir şekilde yürütülmesi önemlidir. Maliyet etkililik değerlendirmesini uygulayan kurumlarla değerlendirme sonuçlarını uygulayan kurumlar arasındaki uyum ve koordinasyon karar alma süreçlerinde yaşanan sorunları azaltacaktır (Bertram vd. 2016; Velasco Garrido vd. 2008, Marseille vd. 2015). Diğer yandan, karar verme süreçleri işgücünün niteliği, işbirliği, araştırma koşulları ve bürokratların tutumlarından oldukça etkilenmektedir. Bu süreçte maliyet etkililik analizi ortaya çıkan karmaşık durumlara ilişkin kararlar alınması noktasında bilimsel kanıtlara dayalı çok yönlü bir temel yapı sağlamaktadır (Dilmac, 2013).

Maliyet etkililik değerlendirmesinde karar vericilerin değerlendirilecek sağlık teknolojisine ilişkin hangi bilgilere önem atfettiği ve bu bilgilerin nasıl elde edileceğine ilişkin tutumu değerlendirmeler açısından önemlidir. Bu değerlendirme, nihai olarak ilgili sağlık teknolojisinin kaynakların doğru kullanımına hizmet edip etmediğini tespit etmektedir (Bertram vd. 2016).

Maliyet-etkililik analizlerinde kaynak tahsisinin doğru şekilde yapılabilmesi, elde edilen bilgilerin sağlık politikasının şekillendirilmesinde daha etkin kullanılması için hastalık yükü, mevcut sağlık müdahalelerinin kapsamı, sağlık sisteminin genel kapasitesi ve bütçeyi de dikkate alması gerekmektedir (Jamison vd. 2006; Velasco Garrido vd. 2008). Bu anlamda, karar vericiler ancak bilimsel ve pratik bilgiler birleştirildiğinde uygulamada en fazla etkiye sahip olacak müdahaleyi belirleyebilirler (Jamison vd. 2006). Mevcut uygulamalara bakıldığında da uluslararası sağlık teknoloji değerlendirme kuruluşlarının hiçbirinin analizlerini yalnızca maliyet etkililik kanıtlarına dayandırmadığı görülmektedir (Kim ve Anirban, 2021). Bu noktada kullanılan yöntemlerden biri de karar vericiler tarafından seçenekler arasında seçim yapmak üzere kullanılan çok kriterli karar analizi yöntemidir. Bu yöntem ile ekonomik değerlendirme analizleri kabul edilebilirlik, eşitlik, etik gibi yönleri de dikkate alınarak karar verme süreci desteklenmektedir (Turner vd. 2021). Son yıllarda sağlık teknoloji değerlendirmesi ile çok kriterli karar analizi arasında köprü oluşturma konusunda pek çok çalışma yapılmıştır. Örneğin, İngiltere’de Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) kapsamında yapılan sağlık teknoloji değerlendirmelerinde çok kriterli karar analizi yardımcı olarak kullanılmaktadır. Çok kriterli karar analizinde standartlaşmış bir model bulunmamakta olup, her model birbirinden farklı şekilde geliştirilmiş ve kendi tanımladığı kriterlere odaklanmıştır (Öztürk vd. 2016).

Maliyet etkililik oranını kullanmanın avantajlarından en önemlisi maliyet fayda analizi yapılırken ortaya çıkan bazı ikilemlerden ve analitik zorluklardan kaçınmaktır. Elde edilen sağlık çıktısına veya kurtarılan

yaşama parasal bir değer atfedilmesinin yerine paraya çevrilemeyen sağlık faydaları dikkate alınır (Jamison vd. 2006). Tüm sağlık müdahalelerinin karşılaştırılabilirliğinin sağlandığı ortak bir ölçü birimi üzerinden alınan fiyatlandırma, geri ödeme, önceliklendirme gibi kararlar rasyonelliği sağlayacaktır (Jamison vd. 2006; Doğan vd. 2019). Maliyet etkililik analizinin geri ödeme kararlarında belirleyici olması sağlık kaynaklarının etkin kullanımı, harcamaların kontrolü ve sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması yoluyla sağlık sisteminin ihtiyaç ve beklentilerine cevap verilebilmesi açısından gereklidir. Maliyet etkililik analizi yoluyla en etkili tedavilere hastaların erişimini sağlamak mümkün olduğu gibi daha etkili ve uygun maliyetli sağlık teknolojilerinin ön plana çıkarılarak bunların teşvik edilmesi sağlanabilir (Kahveci 2012). Diğer yandan, maliyet etkililik analizinin sonuçları ilaç endüstrisi için yatırımlarını gözden geçirme ve karşılanmamış ihtiyaçların bulunduğu etkin tedavilere yatırım yapmanın bir aracı olarak kullanılabilir (Velasco Garrido vd. 2008).

Her ülkenin idari süreçleri ve politika oluşturma süreçleri kadar ödemeye istekliliği ve ödeme gücü de birbirinden farklıdır. Bu anlamda sağlık teknoloji değerlendirmesi ve maliyet etkililik çalışmaları da farklılık gösterecektir ve çalışmalar farklı karar vericilerin gereksinimlerini gözeterek şekilde uyarlanmalıdır. Ülke deneyimleri de maliyet etkililik analizinden daha üstün bir ekonomik değerlendirme yöntemi bulunmadığını ve bu yöntemin öneminin gelecekte giderek artacağını göstermektedir (Jönsson, 2015).

5. Sonuç

Maliyet etkililik analizinin kullanımının temelinde, mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşmak için kaynakların teknoloji ve nüfus arasında tahsis edilmesi gerektiği fikri yer almaktadır. Sağlık kaynaklarının maliyet etkili olmayan teknolojilerden maliyet etkili olan teknolojilere kaydırılması verimliliği artıracaktır (Velasco Garrido vd. 2008). Maliyet etkililik analizi sağlık teknolojileri arasında seçim yapmaya yarayan tek araç değildir ancak daha az maliyet etkili bir teknolojiye öncelik verildiğinde nelerden vazgeçileceğini bilmek açısından faydalı bir uygulamadır (Horton vd. 2017).

Türkiye’de geri ödeme kararları alınırken maliyet etkililik analizinin kullanılması karar vericilere daha doğru bilgi aktarılmasını ve nihai olarak SGK bütçesinin sürdürülebilirliğinin garanti altına alınmasını sağlayacaktır (Yılmaz vd. 2017). Yine, sağlık sistemi bağlamında uygun ve anlamlı olan göreceli maliyet etkililiği için eşiklerin tanımlanması, geri ödeme kararlarında alternatif maliyetin dikkate alınması açısından faydalı olacaktır. Ulusal sağlık önceliklerini yansıtmak için farklı eşikler oluşturulabilir. Örneğin, pediyatrik hastalıklar veya yaşam sonu tedavileri için daha düşük bir maliyet etkililik eşiği kullanılabilir. Türkiye’ye özgü maliyet etkililik analizi ve eşik değer belirlenmemesi durumunda diğer ülke analizlerine ve uygulamalarına bağlı kalınması söz konusu olacaktır ki her ülkenin sosyal, ekonomik, kültürel farklılıkları olduğu göz önüne alındığında diğer ülkelerde alınan kararların ülkemize uygulanabilir olmayacağı açıktır. Türkiye’de bu tür eşik değerleri tanımlamanın avantajı, öncelikle, geri ödemesi konusunda endişeler bulunan ilaçlar söz konusu olduğunda “hayır” kararları için somut bir temel oluşturması, “evet” kararlarının ise gücünü artırmasıdır.

Kaynaklar

Alper, P. D. Y. (2011). Sosyal Güvenlik Reformu ve Finansmanla İlgili Beklentiler . SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi , 1 (1) , 0-0 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/sgd/issue/28018/297499>

Baltussen, Rob M. P. M, Adam, Taghreed, Tan-Torres Edejer, Tessa, Hutubessy, Raymond C. W. et al. (2003). Making choices in health : WHO guide to cost-effectiveness analysis / edited by T. Tan-Torres Edejer [et al]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42699>

Bertram MY, Lauer JA, De Joncheere K, et al. (2016). Cost-effectiveness thresholds: pros and cons. Bull World Health Organ. 94(12):925-930. doi:10.2471/BLT.15.164418

Bertram, Melanie, Dhaene, Gwenaël & Tan-Torres Edejer, Tessa. (2021). Institutionalizing health technology assessment mechanisms: a how to guide. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340722>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Bilen, M. & Öncel, A. (2010). Sağlık Hizmetleri ve Kurumsal Etkinlik Analizi: Sosyal Güvenlik Reformu Ekseninde Bir Değerlendirme . Journal of Social Policy Conferences , 0 (51) , 101-143 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iusskd/issue/893/9974>

Dankó D (2014). Health technology assessment in middle-income countries: recommendations for a balanced assessment system, Journal of Market Access & Health Policy, 2:1, DOI: 10.3402/jmahp.v2.23181

Dilmaç, E. (2013). Hastane Tabanlı Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Rehberi. 10.13140/RG.2.2.24289.30567.

Doğan, İ. , Ünal, A. & Çankaya, M. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri . Fiscoeconomia , 3 (3) , 152-168 . DOI: 10.25295/fsecon.2019.03.010

Drummond, M., M. Sculpher, G. Torrance, B. O'Brien and G. Stoddart (2005). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford, Oxford University Press.

Drummond, M. F., Schwartz, J. S., Jönsson, B., Luce, B. R., Neumann, P. J., Siebert, U., & Sullivan, S. D. (2008). Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. International journal of technology assessment in health care, 24(3), 244–368. <https://doi.org/10.1017/S0266462308080343>

Gaebler A. J. (2017). Integrating the Payer Perspective Into Drug Development. <https://www.clinicalleader.com/doc/integrating-the-payer-perspective-into-drug-development-0001> Accessed: 03.03.2022

Gökbayrak Ş (2010). Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü. Çalışma ve Toplum. 2010 (2). 141-162.

Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors.(2006). Priorities in Health. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006. Chapter 3, Cost-Effectiveness Analysis. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK10253/>

Jönsson B. (2015). Bringing in health technology assessment and cost-effectiveness considerations at an early stage of drug development. Mol Oncol. 2015 May;9(5):1025-33. doi: 10.1016/j.molonc.2014.10.009. Epub 2014 Oct 23. PMID: 25454346; PMCID: PMC5528742.

Horton S, Gelband H, Jamison D, Levin C, Nugent R, et al. (2017). Ranking 93 health interventions for low- and middle-income countries by cost-effectiveness. PLOS ONE 12(8): e0182951. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182951>

Kahveci R. (2012). Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi: Araştırmalara yansıyanlar <https://www.sdp-latfom.com/Dergi/608/Saglik-teknolojilerinin-degerlendirilmesi-Arastirmalara-yansiyanlar.aspx>

Kim D. D., Anirban B. (2021). How Does Cost-Effectiveness Analysis Inform Health Care Decisions?. AMA J Ethics.; 23(8): E639-647 DOI: 10.1001/amajethics.2021.639.

Marseille, E., Larson, B., Kazi, D. S., Kahn, J. G., & Rosen, S. (2015). Thresholds for the cost-effectiveness of interventions: alternative approaches. Bulletin of the World Health Organization, 93(2), 118–124. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.138206>

Mrazek M.F. and Mossialos E. (2003). Methods for Monitoring and Evaluating Process and Outcomes. M.N.G. Dukes, F.M. Haaijer-Ruskamp, C.P. de Joncheere ve A.H. Rietveld (Ed.). Drug and Money - Prices, Affordability and Cost Containment. The Netherlands: IOS Press.

Musgrove P, Fox-Rushby J. (2006). Cost-Effectiveness Analysis for Priority Setting. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition.

Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; Chapter 15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11780/> Co-published by Oxford University Press, New York.

Nuijten MJC and Dubois DJ (2011). Cost-utility analysis: current methodological issues and future perspectives. *Front. Pharmacol.* 2:29. doi: 10.3389/fphar.2011.00029

Öztürk, N., Tozan, H., Vayvay, Ö. (2016). Comprehensive Needs Analysis For Health Technology Assessment Studies and Improvement Proposal, *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, Vol. 1, 69-76.

Palmer, S., & Raftery, J. (1999). Economic Notes: opportunity cost. *BMJ (Clinical research ed.)*, 318(7197), 1551-1552. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7197.1551>

Salisbury N, Castro H, Bump J. (2017). *The Emergence of Health Technology Assessment Organizations*. Seattle: PATH.

Turner HC, Archer RA, Downey LE, Isaranuwatthai W, Chalkidou K, Jit M and Teerawattananon Y (2021). An Introduction to the Main Types of Economic Evaluations Used for Informing Priority Setting and Resource Allocation in Healthcare: Key Features, Uses, and Limitations. *Front. Public Health* 9:722927. doi: 10.3389/fpubh.2021.722927

Velasco Garrido M., Kristensen, F. B., Nielsen, C. P., Busse R. (2008). Health technology assessment and health policy-making in Europe: current status, challenges and potential. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107911>

Woods B, Revill P, Sculpher M, Claxton K. (2016). Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial Estimates and the Need for Further Research. *Value Health*; 19(8):929-935. doi:10.1016/j.jval.2016.02.017

Yenimahalleli-Yaşar G. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansmanı Modeli Önerisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara

Yiğit A, Erdem R (2016). Sağlık Teknolojisi Değerlendirme: Kavramsal Bir Çerçeve. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* Yıl: 2016/1, Sayı:23

Yılmaz FÖ, Koç EM, Çil VD, Kahveci R. (2017). Evidence-based medicine and health technology assessments. *Family Practice & Palliative Care*: 2(1):17-22.

Türkiye’de Onkoloji İlaçlarına Hasta Erişimi ve Piyasaya Çıkma Süreleri

Time to Market and Patient Access to Oncology Medicines in Turkey

Dilek Sernur Eminoğulları¹, Prof. Dr. Gökhan Tuna Öztürk¹

¹Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Çankaya, Ankara

Özet

Arka Plan: Türkiye’de kanser, 2020 yılında yaklaşık 126.335 ölümüne neden olmuştur. İmmüno-onkolojik ilaçların gelişmesi ile kanser tedavilerine yaklaşım ve kanser tedavilerinden hasta beklentileri değişmiştir. Ancak bu tedavilerin hastaları iyileştirmedeki ve yaşam süresini uzatmadaki başarısı çok maliyetlidir ve sağlık sistemlerine ağır bir yük getirmektedir. Politika yapıcılar, sürdürülebilir sağlık sistemlerinin hedeflerini, inovasyon için teşvikleri ve yenilikçi tedavilere hızlı erişimi uzlaştırmının yollarını aramaktadırlar.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ilaçlara erişim süresini analiz ederek Türkiye’de onkoloji ilaçlarına erişimi değerlendirmek, ulusal ilaç politikaları ve onkoloji ilaçlarını kapsayan düzenleyici çerçeve ve politikalar bağlamında ruhsatlandırma ve geri ödeme süresi arasındaki ilişkiyi anlamaktır.

Yöntem: İlaç endikasyon çiftleri analiz birimi olarak kullanılmıştır. Veriler kamuya açık kaynaklardan elde edilmiştir. Ocak 2015 ile Aralık 2020 tarihleri arasında Türkiye’de ruhsatlandırılmış 56 onkoloji ilaç-endikasyon çifti tespit edilmiş ve bunlardan 40 tanesi analiz için seçilmiştir. Pazara erişim süresi analizi iki ana ölçüme dayalı olarak tasarlanmıştır: (1) ilk global ruhsat tarihi ile yerel ruhsat tarihi arasındaki süre (ay olarak), (2) yerel ruhsat tarihi ile geri ödeme tarihi arasındaki süre (ay olarak).

Sonuçlar: Ortalama olarak, tüm ilaç endikasyon çiftleri için, ilk global ruhsattan sonra yerel bir ruhsatın elde edilmesi 40.5 ay sürerken, geri ödeme kararının alınması için 15.8 ay gerekmiştir. AGÖK’te değerlendirilen ilaç endikasyon çiftleri, 17.5 ayda geri ödemeye dahil edilirken, İGÖK’te bir geri ödeme kararının verilmesi 12.9 ayı bulmaktadır. Global ruhsat ile yerel ruhsat arasındaki ortalama süre daha önce şahsi kullanım için yurt dışından ithal edilen ilaçlar için 51,1 ay, şahsi kullanım için yurt dışından ithal edilmeyen ilaçlar için ise 31,6 aydır. Pazara sunma süresi, farklı terapötik alanlar için farklılıklar göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Hasta erişimi, onkoloji ilaçları, piyasaya çıkma zamanı, pazarlama izni, geri ödeme.

Abstract

Background: In Turkey, cancer accounts for nearly 126.335 deaths in 2020. The approach to cancer treatments and patient expectations from cancer treatments have changed with the development of immuno-oncological medicines. However, the success of these treatments in curing patients and prolonging survival is very costly and places a heavy burden on healthcare systems. Policy makers are looking for ways to reconcile the goals of sustainable health systems, incentives for innovation and quick access to innovative treatments.

Objective: The objective of this paper is to evaluate the access to oncology medicines in Turkey by way of analysing access time to medicines, understand the relationship between marketing authorisation and coverage time in the context of national pharmaceutical policies and the regulatory framework and policies covering oncology medicines.

Methods: Drug-indication pairs are used as unit of analysis. The data has been derived from publicly avail-

able resources. 56 oncology drug-indications pairs which have been authorised in Turkey between the dates January 2015 and December 2020 are identified and 40 of them are selected for the analysis. The time to market analysis is designed based on two main metrics: (1) time duration (in months) between first global marketing authorisation and local marketing authorisation, (2) time duration (in months) between local marketing authorisation and reimbursement date.

Results: On average, for all drug-indication pairs, it takes 40.5 months to obtain a local MA after the first global MA, while 15.8 months is required to achieve reimbursement decision. The drug-indication pairs evaluated in ARS achieved coverage in 17.5 months, whereas it takes 12.9 months to issue a reimbursement decision in DRS. The average time between global MA and local MA for medicines previously imported for individual use is 51.5 months and the same period for medicines not imported for individual use is 30.6 months. Time to market remains unequal across different therapeutic areas.

Keywords: Market access, oncology medicines, reimbursement.

Background

According to World Health Organisation (WHO), cancer is one of the leading causes of deaths worldwide in 2020. Lung cancer took the highest number of lives in 2020. Colon and rectum cancer, liver cancer, stomach cancer and breast cancer were the other leading causes of cancer deaths in 2020, respectively (World Health Organization, 2021b). Although cancer is classified among the non-communicable diseases, infection related cancers such as human papilloma virus cause significant number of deaths in low and middle income countries (Hoen, 2015)

In Turkey, cancer accounts for nearly 126.335 deaths in 2020. Lung, breast, colorectum, prostate and thyroid cancers are the most common cancers in Turkey (World Health Organization, 2021a). Lung cancer is the most common cancer in Turkey in terms of both in incidence and mortality in 2018 and these figures are expected to double by 2040. In 2020, the number of new cancer cases is 233.834, constituting the 0.14 of the total population. Risk of developing cancer before the age of 75 is calculated as 23.3% and the risk of dying from cancer before the age of 75 is 13 (World Health Organization, 2021b).

Cancer treatment has evolved radically over time. A few decades ago, chemotherapy was the backbone of cancer treatment. The development of biological agents such as monoclonal antibodies has shifted the approach to cancer treatments and brought high-cost immuno-oncological medicines and gene therapies to the fore in cancer treatment (Babar, 2020). Moreover, thanks to the advances in targeted medicine and immune-oncology, cancer survival in various tumour types has improved and contributed significantly to scientific advancement (Wilking et al, 2019; Krzyszczyk et al 2018).

The success of anti-neoplastic agents and precision medicine in healing patients and alleviating their suffering is very costly. Rising costs of cancer medicines have especially put the governments committed to providing universal coverage at a disadvantage (Babar, 2020; Ruff et al. 2016). Cancer treatment places a heavy burden on health systems and often health systems cannot handle the financial burden on health budgets, leading to gaps in cancer treatments. In addition, early detection or prevention programmes are not available for all cancer types (Hoen, 2015).

Yet, significant breakthroughs in cancer treatment have contributed to the increased life expectancy for patients, which has prompted policy makers to seek ways to reconcile the core goals of sustainable health systems, incentives for innovation and access to innovative treatments (Wilking et al, 2019). Ensuring access to medicines is defined by Vogler et al. (2018) as “making sure that patients have timely and affordable access to safe and effective medicines”. Besides, access to medicine is recognised by the WHO as a universal and fundamental right for people and it is linked to factors such as financial resources, insurance coverage, availability, health infrastructure, physical access to health services (Babar,

2020; World Health Organization, 2019). According to Chapman et al (2020), availability, affordability, and accessibility are the factors to consider when assessing ensuring access to medicines. While availability refers presence in the market, the concepts of affordability and accessibility contain more subjective elements related to the nature of the health system. Payer coverage of oncology is the most essential aspect of individual affordability, followed by non-excessive co-payments. Even though broad access to medicines is ideal, it is not essential. Where there are supply chain management issues, accessibility may manifest as medicine shortages.

With the launch of the Health Transformation Programme in 2003 and subsequent Social Security Reform in 2006, the Turkish healthcare system has undergone a major transformation in the last 20 years. A universal health coverage is designed to ensure fair, comprehensive and equitable access to health services for all insured and uninsured individuals living the country (Ökem & Çakar, 2015; Yıldırım& Yıldırım, 2011). In this context, even though all citizens are provided free access to cancer treatment, surgery and medication, there still may be challenges in accessing oncology treatment, especially cancer medicines, given the recent scientific developments in oncology area and policy dilemmas faced by policy makers.

The objective of this study is to evaluate the access to oncology medicines in Turkey by way of analysing access time to medicines, understand the relationship between marketing authorisation and coverage time in the context of national pharmaceutical policies and regulations surrounding oncology medicines.

Access to Oncology Medicines in Turkey

Medicine Access Schemes in Turkey

In Turkey, access to oncology medicines is possible in five different ways. The regular way of accessing to medicines is the reimbursement system. Medicines which have been authorised by the Turkish Medicines and Medical Devices Agency (TMMDA), a regulatory body under the Ministry of Health (MoH), are included into the Annex 4-A of the Health Implementation Communiqué (HIC), namely the list of products to be reimbursed by the Social Security Institution (SSI). Second, medicines that are not yet been authorised by the TMMDA or that cannot be procured domestically even if authorised are imported from abroad for individual use. Those medicines are listed in Annex 4-C of the HIC. Third, an off-label use mechanism is employed for medicines which are intended to use in indications not approved by the TMMDA or in doses which have not been identified in the medicine prospectus. All three ways to access medicines are funded by the SSI. Besides, there are access schemes regulated by the TMMDA. Accordingly, patients who meet the inclusion criteria are directed to clinical trials approved by the TMMDA. Also, medicines are administered to patients in the clinic as a part of compassionate use, a process regulated by the TMMDA. Those schemes generally precede marketing authorisation and therefore no reimbursement rules apply. Patients are selected and given medications according to the inclusion criteria set by the authorities (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2020). This study discusses medicine access schemes funded by the SSI.

Medicinal products for human use cannot be sold and marketed in Turkey without authorisation. Compassionate use programme and special importation are exemptions from this rule. Marketing authorisations are granted by the TMMDA, responsible for “regulation, evaluation, inspection, control and monitoring of human medicinal products, medical devices and cosmetics” (Mashaki Ceyhan et al, 2018). According to the Regulation on Marketing Authorization of Pharmaceutical Products, marketing authorisation processes are initiated 4 times a year. Apart from regular process, the Prioritisation Committee under the TMMDA is entitled to designate medicines as priority or high priority if the product is the first generic in class, a biosimilar, an innovative product, a strategic product to public health or a vaccine that meets an unmet medical need. According to the Regulation, marketing authorisation assessment should be completed in 210 days. (Koyuncu et al, 2020).

Pricing procedure of pharmaceuticals is completely independent of marketing authorisation process. An international reference pricing system for pharmaceuticals has been put into effect starting from 2004. Accordingly, the lowest ex-factory price (in Euros) in five countries -France, Italy, Spain, Portugal and Greece- is taken into account as the reference price for medicines approved in Turkey. Where a reference price is not available in five countries, the prices in the countries of origin where the product is manufactured or released on the market are considered (Wilking, 2010). In line with the decision on Decision on Pricing of Medicines for Human Use, a fixed Euro value is determined each year in February in order to protect drug prices from fluctuations in the exchange rate (Ünlü et al, 2021).

The SSI, public body determining and implementing reimbursement rules, is the sole authority that purchases health services including medicines, within the framework of Universal Health Insurance (UHI) scheme. Healthcare services are provided by contracted healthcare service providers such as hospitals, pharmacies etc. Several commissions have been established in order to determine the prices of healthcare services provided by the SSI through contracted healthcare service providers. Healthcare Services Pricing Commission (HSPC), consisting of delegates from several ministries, has been the main authority determining public prices of healthcare services. The HSPC has transferred some of its powers to its sub-commissions, namely the Drug Reimbursement Commission (DRC) and the Alternative Reimbursement Commission (ARC).

The Drug Reimbursement Scheme (DRS) is the regular pathway for a pharmaceutical product to be included into the reimbursement lists. The rules and procedures are predetermined in this pathway. Public rebates are mandatory and set in the HIC, determined according to the status (reference product, generic product etc.) and ex-factory price of the products. Application dates and calendar of commission meetings for pharmaceutical products are announced in advance. In exceptional circumstances, extraordinary commission meeting may be held. For example, in case a pharmaceutical product has no available alternative on the market, the DRC may accelerate the evaluation process by holding extraordinary meetings.

First having introduced in April 2015, the Alternative Reimbursement Scheme (ARS), has been updated and put into force in February 2016. The main purpose of establishing this scheme is to bypass strict reimbursement rules applicable under DRS in order to incorporate managed entry agreements into the medical and economic evaluation processes of pharmaceutical products and improve patients' access to innovative and costly medicines. On the other hand, alternative reimbursement pathway ensures predictability of the pharmaceutical budget, by enabling the SSI to control purchase of high-cost medicines. The ARS has been designed as an exceptional mechanism that guarantees access to medicines.

The sponsors may apply for reimbursement to ARS, in the event of a reimbursement model, financial or performance agreement proposal, or a confidential discount request. Applications that do not offer a model are referred to the DRS for consideration. Besides, the SSI may direct the application to the Commission it deems appropriate according to the content of the request. For instance, if the therapeutic area of a medicine has been evaluated beforehand in ARS, the new medicine in the same therapeutic area is referred to the ARS for the integrity and the continuation of the therapeutic area assessment.

The ARS has become effective starting from the second half of 2016. The first agreement was signed for novel Hepatitis C drugs in June 2016. No public discounts have been published in the Annex 4-A list of the HIC and special prescription rules apply in the HIC for the Hepatitis C drugs. Since then, most high-cost new drugs have chosen the ARS pathway, with or without offering a special distribution plan, in addition to a financial or performance agreement proposal. Nearly half of the medicines included into the reimbursement lists through ARS did not disclose their public prices, requesting a confidential discount (Kockaya et al, 2020).

Importation of Medicines for Individual Use

The medicines that have not yet been authorised by the TMMDA or that cannot be procured domestically even if authorised are imported from abroad for individual use. This mode of access to medicines aims to provide access to medicines which are unavailable on the market, regardless of their marketing authorisation status, and to accelerate patients' access to medicines. Two categories of medicines can be distinguished under this pathway: (1) medicines that have not a marketing authorisation in Turkey, (2) medicines that are authorised (and even reimbursed) in Turkey but cannot be procured domestically for various reasons.

The TMMDA lists the medicines that can be imported from abroad in accordance with the applications by the patients and prescribers and defines the usage conditions, while the SSI defines the reimbursement rules and reimbursement price, in current Euro exchange rate, through The Health Services Pricing Commission and lists in Annex 4/C of HIC (Atikeler et al, 2020).

The importation of medicines for individual use can be classified under the Named Patient Access Programme, a mechanism by which prescribers request the use of a medicine for certain conditions for a single patient. This mechanism is designed to meet unmet medical need presented by the medicines for the treatment of patients with no treatment options in the domestic market until they are licenced and marketed in Turkey (Atikeler et al, 2020). Individual approval and usage ensures that the volume and budget impact is low despite current Euro exchange rate and is monitored by the SSI.

Off-Label Use and Off-Coverage Use

Off-label use, that is, the use of medicines outside of their authorised indication, is very common in oncology. Despite unapproved safety and efficacy profiles, prescribers and patients are keen on off-label use of drugs due to the high unmet need, especially in oncology area. Unauthorised line of treatment or unapproved indication for a particular disease are main reasons for choosing this route. Also, patients are expected to exhaust all standard line of treatment before using this pathway (Saiyed et al, 2017). Off-coverage (off-formulary) use refers to the use of medicines in their authorised but not (yet) covered indications and quite different from off label-use. The uncovered indication is approved to have a positive risk/benefit balance, while off-label indication may still pose high risk for patients (Chapman et al, 2020).

Off-label use in oncology is permitted in Turkey and reimbursed at both inpatient and outpatient level according to HIC. Indications that are not authorised in Turkey and posologies not specified in the short product information are included in the scope of off-label use. Off-label use requires a request by the prescriber and is subject to TMMDA approval at individual level. Existing treatment options are expected to be exhausted in this mechanism too. The TMMDA publishes a list of medicines that do not require an individual approval by the TMMDA. However, individual approval is necessary for medicines not listed by the TMMDA. The SSI reimburses the medicine approved by the TMMDA in line with the treatment period and indication specified in the approval or the TMMDA list.

Although off-coverage use is not clearly defined in any legal documents on reimbursement of medicines in Turkey, it is permitted under the name of off-label use and is subject to the same rules as off-label use. Taking into consideration the extra budgetary impact of off-coverage use, the SSI restricts the off-coverage use of medicines, especially in oncology area. For example, the use of nivolumab is restricted with the indications for malign melanoma, renal cell carcinoma and non-small cell lung cancer in the HIC. Nevertheless, there is a special provision in the HIC allowing the use of nivolumab for Hodgkin lymphoma in line with the TMMDA approval at individual level for off-label use.

Methods

This study aims to examine time to market and patient access to oncology medicines which are authorised in Turkey between the dates January 2015 and December 2020 and included into the reimbursement list (Annex 4/A). Drug-indication pairs are used as unit of analysis. The data used for this analysis has been derived from publicly available resources. The database of TMMDA is utilised to compile a list of authorised oncology drug-indication pairs, their short product information and updates. Thus, 56 oncology drug-indications pairs which have been authorised in Turkey between the dates January 2015 and December 2020 are identified. The medicines are listed in Appendix A.

To conduct time to market analysis, covered indications and reimbursement dates of drug-indication pairs are extracted from the HIC and its Annex 4/A. Overall, 40 drug-indication pairs, which have been included into the reimbursement list by the SSI, are selected for the analysis. Additionally, databases of distinctive pharmaceutical authorisation agencies worldwide are scanned to identify first global authorisation date of 40 drug-indication pairs.

Studies that calculate time to market of a medicine generally define it as “the time elapsed between marketing authorisation application and the time of coverage decision” (Chapman et al, 2020). As the marketing authorisation and reimbursement application times are not publicly available in Turkey, the time to market analysis is designed based on two main metrics in this study: (1) time duration (in months) between first global marketing authorisation and local marketing authorisation, (2) time duration (in months) between local marketing authorisation and reimbursement date. In the light of these main criteria, several sub-group analyses are performed in order to understand the effects of pharmaceutical regulatory and reimbursement policies on time to access to oncology medicines.

Results

The following section presents the results of the time to market analysis. The drug indication pairs selected for the analysis are first approved in the US in the majority of cases (n=50), followed by the EU (n=3), Japan (n=2) and Switzerland (n=1).

Figure 1. Average Time (in Months) - All Drug-Indication Pairs

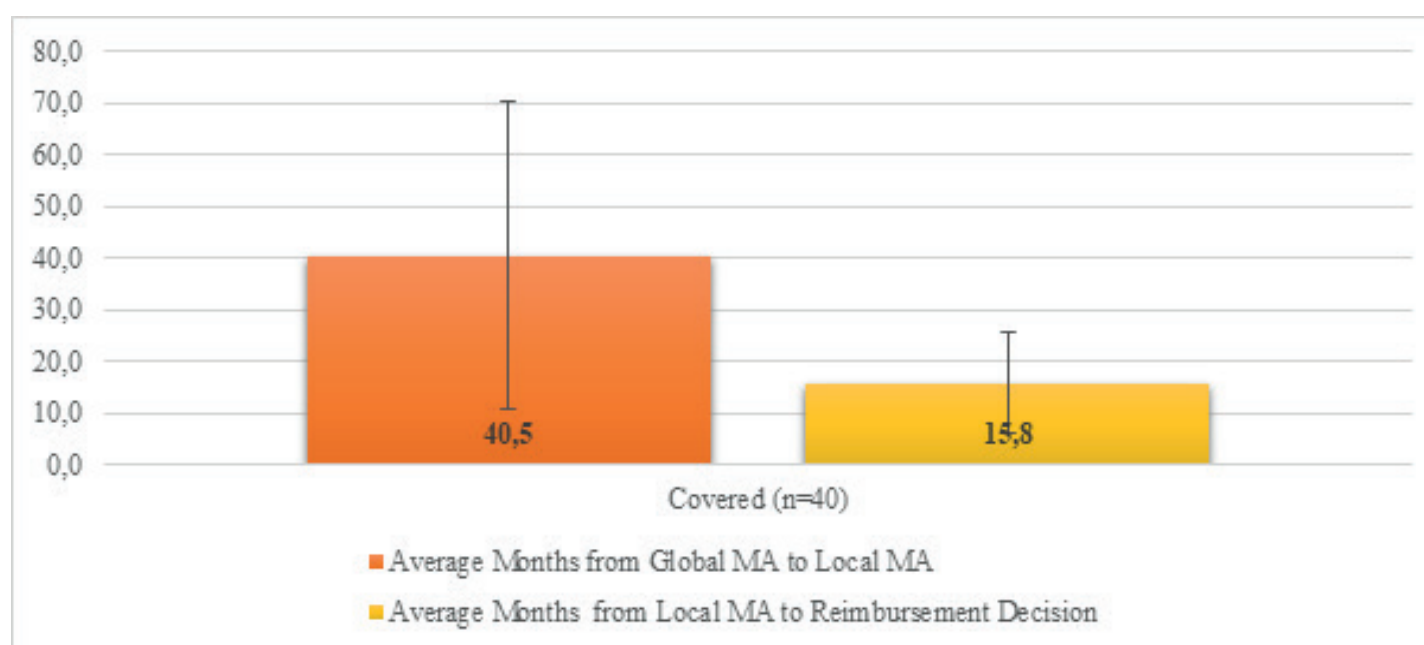
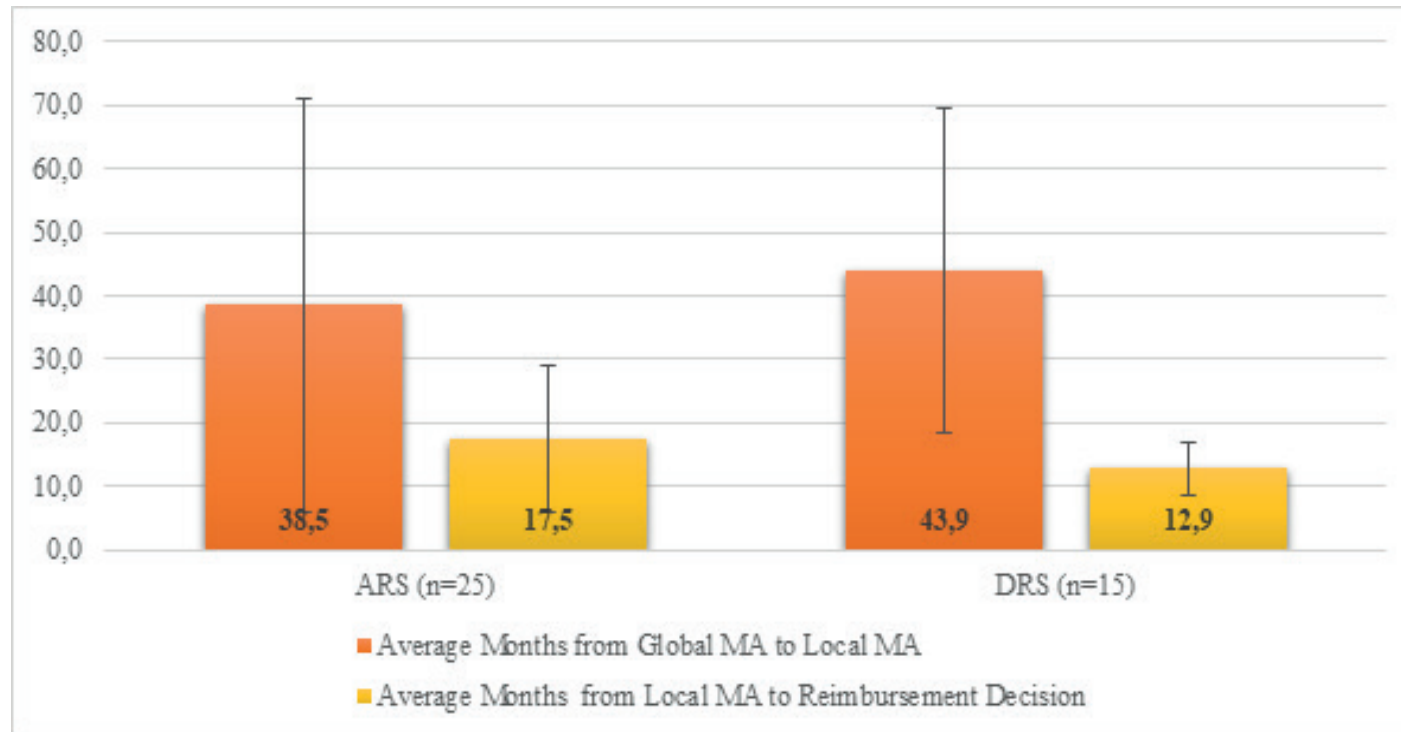


Figure 1 demonstrates the average time from first global MA to local MA and the average time from local MA to granting of coverage in Turkey for all drug-indication pairs. The average time elapsing between the date of global marketing authorization and the reimbursement date varied from 12.9 to 183.1 months.

On average, for all drug-indication pairs, it takes 40.5 months to obtain a local MA after the first global MA, while 15.8 months is required to achieve reimbursement decision. Gefitinib gained marketing approval in Turkey in 173.2 months which is the longest time among all drug-indication pairs. Despite this

long duration, it took 9.9 months to achieve a positive coverage decision. Regorafenib for hepatocellular carcinoma has the shortest time in achieving a marketing authorisation in Turkey with 4.6 months, and followed by lorlatinib with 9.8 months.

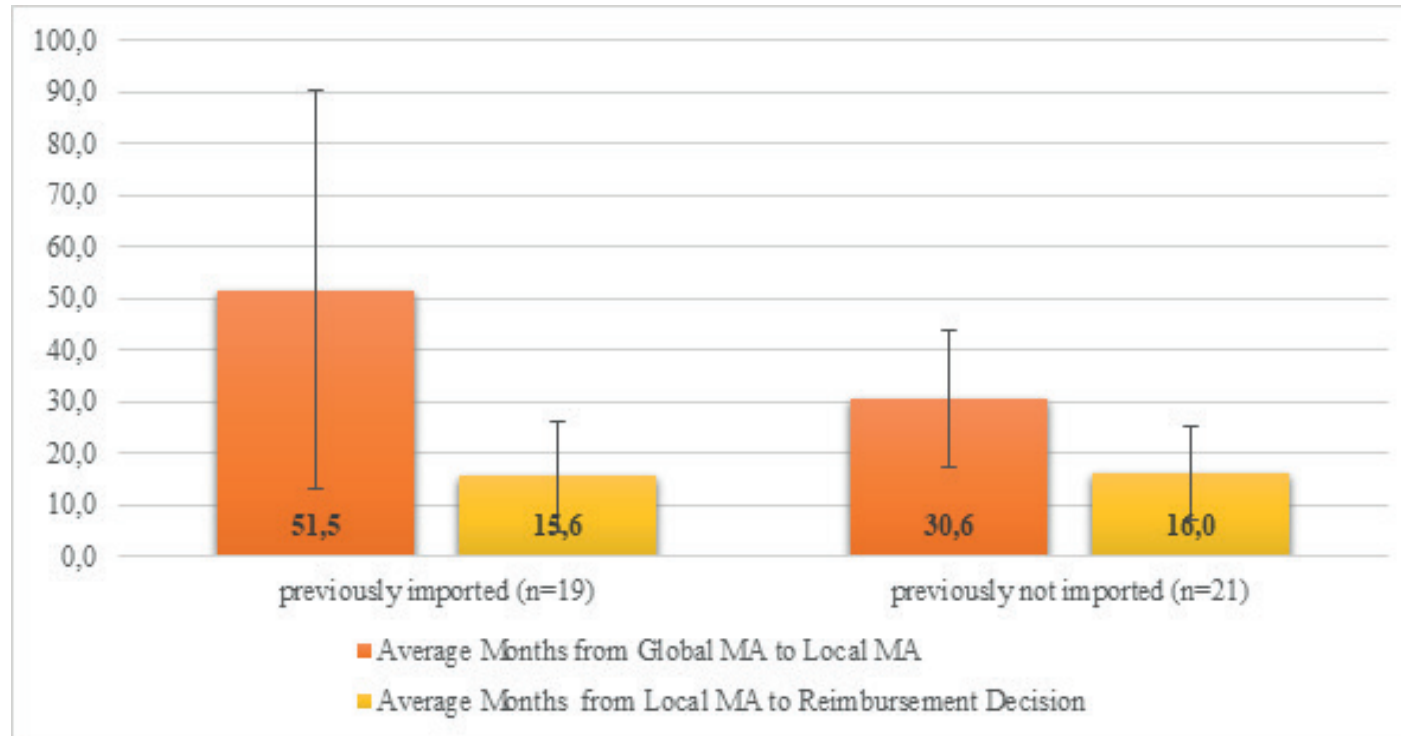
Figure 2. Average Time (in Months)- Coverage Scheme



Out of 40 medicines included into the positive list, majority of them (n=25) used ARS pathway to launch the market (Figure 2). The selection of reimbursement pathway has implications on the average time to coverage decision. Accordingly, the drug-indication pairs evaluated in ARS achieved coverage in 17.5 months, whereas it takes 12.9 months to issue a reimbursement decision in DRS. The drug-indication pairs using ARS have gained faster marketing approval compared to those using DRS, on average 38.5 months and 43.9 months respectively. Of the drug-indication pairs using ARS pathway, the shortest time between global MA and local MA is 13.6 months for daratumumab and venetoclax, while the longest time is 173.2 months for gefitinib. The time between local MA and reimbursement decision is shortest for cobimetinib at 4.3 months. The longest time between local MA and coverage decision are 44.4 and 44 months for pomalidomide and nivolumab for non-small cell lung cancer indication, respectively. Besides, nivolumab gained market access prior to the official reimbursement decision as the off-coverage use of nivolumab for Hodgkin's lymphoma indication is explicitly permitted in the HIC. All oncology drug-indication pairs authorised in 2018 (n= 5) have chosen the ARS pathway.

Of the drug-indication pairs using DRS pathway, the shortest time between global MA and local MA is 4.6 months for regorafenib for hepatocellular carcinoma and 9.8 months for lorlatinib, while the longest time is 103 months for plerixafor. The time between local MA and reimbursement decision is shortest for bosutinib and pertuzumab at 6.8 and 8 months, respectively. The longest time between local MA and coverage decision is 21.7 months for brigatinib.

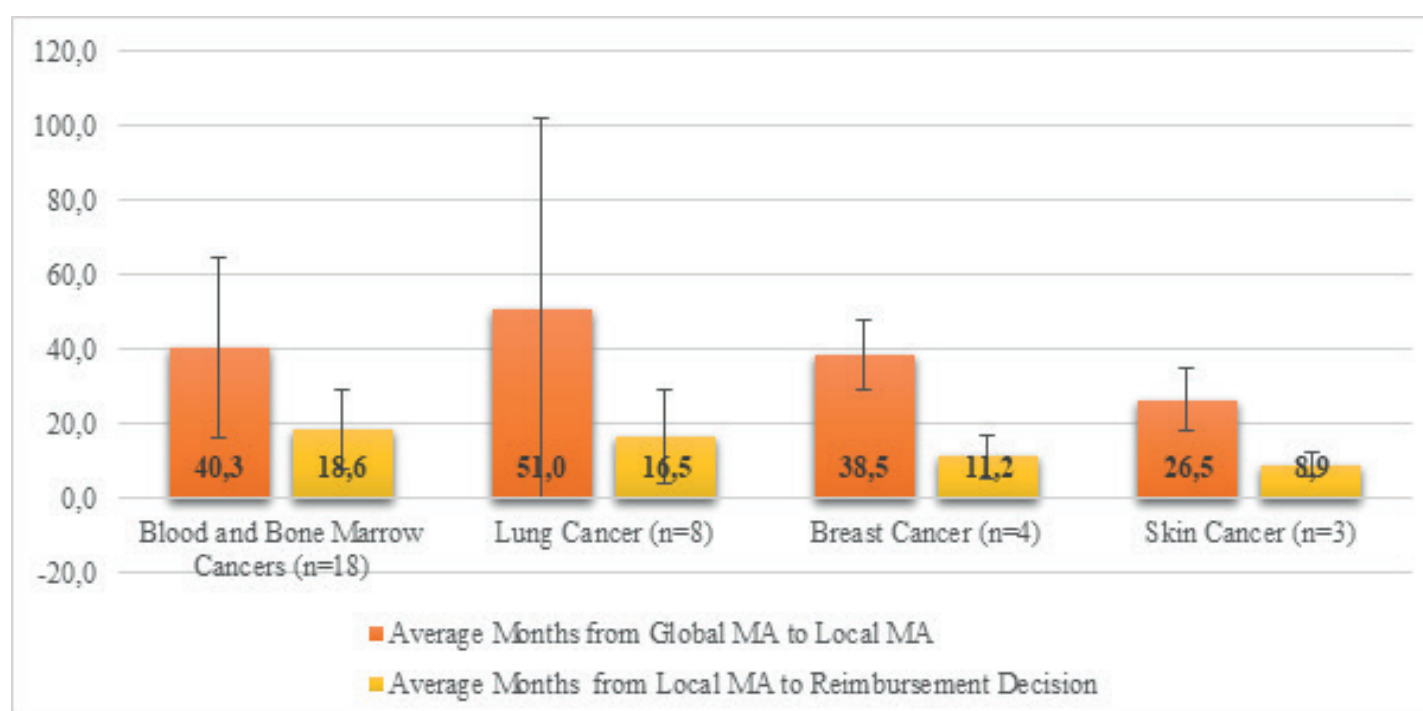
Figure 3. Average Time (in Months)- Medicines Previously Imported for Individual Use



19 drug-indication pairs analysed were previously imported for individual use (Figure 3). The average time between global MA and local MA for medicines previously imported for individual use is 51.5 months and the same period for medicines not imported for individual use is 30.6 months. Despite the long-time interval between average MA dates, the average time between local MA and reimbursement decision is close for both medicines previously imported for individual use and medicines previously not imported for individual use with 15.6 and 16 months, respectively. Of the drug-indication pairs that were previously imported for individual use, regorafenib for hepatocellular carcinoma and nivolumab for renal cell carcinoma reached the fastest MA with 4.6 months and 17.1 months, respectively. Of the drug-indication pairs that were previously imported for individual use, 47.3% chose the ARS pathway and the rest chose the DRS pathway.

Of the drug-indication pairs that were not previously imported for individual use, lorlatinib achieved the shortest MA with 9.8 months, while nivolumab for non-small cell lung cancer obtained the longest MA with 52.8 months. 71.5% of the drug-indication pairs that were not previously imported for individual use chose the ARS pathway and 28.5% chose the DRS pathway.

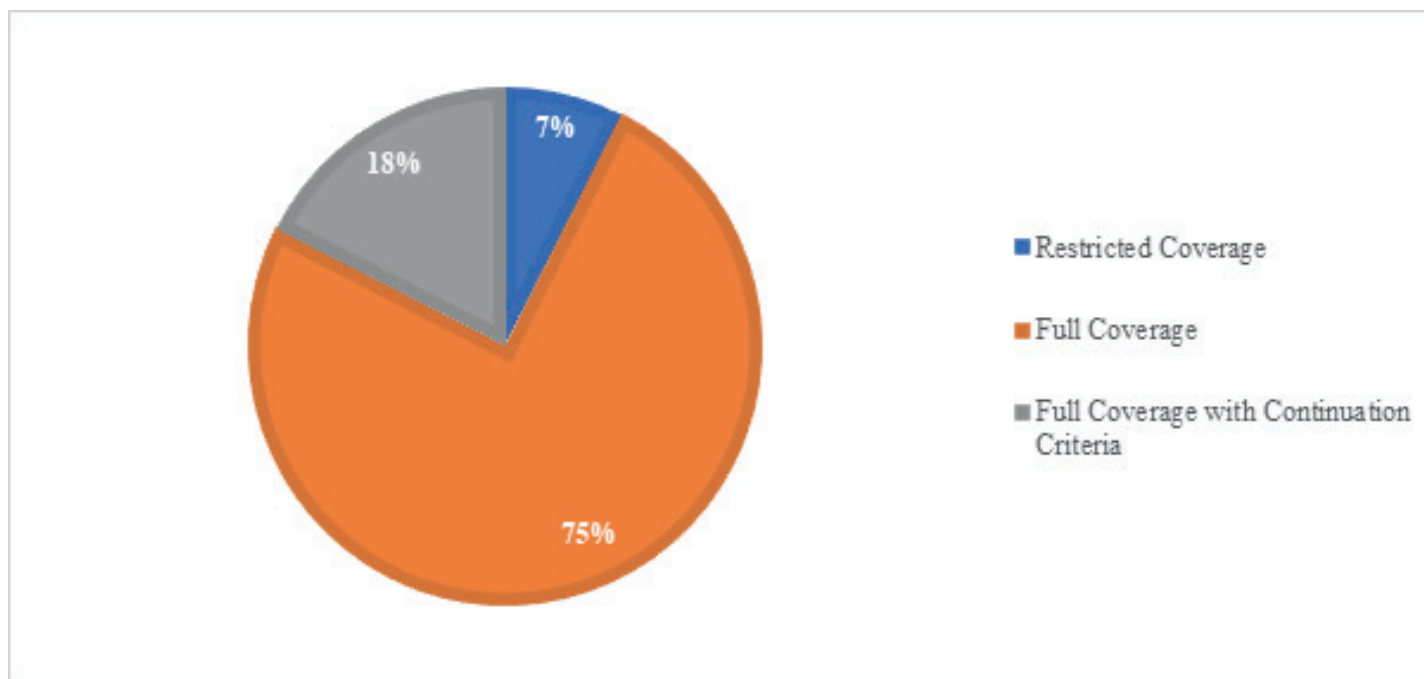
Figure 4. Average Time (in Months)- Therapeutic Area



Time to market for oncology medicines remains unequal across different therapeutic areas (Figure 4). Off all drug-indication pairs, 45 % (n=18) of drug-indication pairs are grouped under blood and bone marrow cancers, 20 % (n=8) of drug-indication pairs are grouped under lung cancer, 7.5 % (n=4) of drug-indication pairs are grouped under breast cancer and 10 % (n=3) of drug-indication pairs are grou-

ped under skin cancer indications. Besides, there are also drug-indication pairs for prostate cancer, kidney cancer, colorectal cancer, soft tissue cancer, liver cancer and bone cancer, which are not grouped under any treatment area. The average time between global MA and local MA is shortest for medicines with skin cancer indications with an average of 26.5 months, followed by medicines for medicines with breast cancer indications. Cobimetinib achieved the fastest MA approval and reimbursement among skin cancer medicines with 15.2 and 4.3 months, respectively. The average time between local MA and coverage decision is shortest for skin cancer medicines with 8.9 months, followed by breast cancer medicines. The time between global MA and local MA is longest for medicines with lung cancer indications, while the time elapsed between local MA and coverage decision is longest for medicines with blood and bone marrow cancers indications.

Figure 5. Coverage Type



Disparities are observed in the coverage type of drug-indication pairs (Figure 5). 75% (n= 30) of drug-indication pairs are covered in line with the indications in marketing authorisation. 18% (n= 7) of drug indication pairs are covered in line with the indications in marketing authorisation but some criteria have been identified in order to continue to treatment under the HIC. Continuation criteria are determined as partial or full response to treatment within a certain period of time. For example, the coverage condition for multiple myeloma medicines is stated that at least minor response at the end of the 3rd cycle and at least partial response at the end of the 6th cycle and at the end of every 6 ongoing cycles. The coverage condition for ruxolitinib is assessed 6 months after initiation of therapy and is depended on reduction in spleen size and constitutional symptoms such as fever, night sweat, weight loss or itching. 7% (n= 3) of drug-indication pairs are covered partially. For example, osimertinib is not covered by the SSI for the indication “epidermal growth factor receptor (EGFR) exon 19 deletions or exon 21 (L858R) substitution mutations”, whereas the indication “locally advanced or metastatic EGFR T790M mutation-positive NSCLC” indication is covered.

Discussion

This retrospective study evaluates the variations in time to market in access to oncology medicines in Turkey. We compared dates of global MA approval and MA approval in Turkey, time to reimbursement and speed of reimbursement process of those medicines, measured by the number of months elapsing and explored the impact of pharmaceutical regulatory and reimbursement policies on the access. To the best of our knowledge, this analysis is the first study analysing time to access to oncology medicines within the scope of pharmaceutical policies in Turkey. The results of this study shows that access to oncology medicines demonstrates variations across coverage schemes, history of previous importation from abroad, therapeutic areas and coverage type, leading to interruptions and delays in access to medicines.

Studies analysing access to cancer medicines found that the time from marketing authorisation to patient access varies greatly, that includes imbalances and disparities (Uyl-de Groot et al 2020; Gann et al 2017; Wilking et al 2019). Uyl-de Groot et al (2020) previously studied time from MA to first uptake in 28 European countries for newly registered 12 cancer drugs in the period of 2011–2018. We compared the time from MA to reimbursement decision for nivolumab, pertuzumab, palbociclib and enzalutamide included in this study with the results of our study for the same molecules. Accordingly, Germany, UK and Austria achieved the shortest time for these molecules. Overall, Turkey appears to be rather slow in adopting of oncology medicines compared to these countries. Nevertheless, for enzalutamide and pertuzumab time to reimbursement is faster in Turkey than the EU average. Another study conducted by Russo et al (2010) compared the time between the EMA marketing authorisation and the patients access for oncology medicines across Italian regions between 2006 and 2008. That study shows that oncology products authorised combined with a risk sharing agreement achieved faster patient access.

According to Chapman et al (2020), pharmaceutical companies may launch their products as soon as a regulatory approval is given or they may wait until a funding decision is made by the health insurance or public payer. Therefore, availability of medicines is affected by the two factors: the launch strategy of the pharmaceutical companies and the length of decision-making process for coverage. Even though the length of decision making process for reimbursement is the principal determinant of access to oncology medicines in Turkey, the launch strategies of pharmaceutical companies are evident in their applications for marketing authorisation and thus the reimbursement period.

Overall, 71 % of oncology drug-indication pairs which have been authorised between 2015 and 2020 in Turkey are covered by the SSI. Our analysis shows that majority of oncology medicines included into the reimbursement list in the above mentioned period used alternative reimbursement pathway, consistent with the findings of Kockaya et al (2020). The opportunity for price negotiation and confidential discount, tolerance for innovative go to market strategies and lack of application deadlines are considered possible reasons to choose this pathway. Nevertheless, time to coverage decision in ARS pathway is longer compared to DRS pathway, pointing out that price and alternative model negotiations are more stalling for the ARC.

Importing medicines for individual use is an alternative way for medicines that cannot be reached and have a small patient population in Turkey, which provides temporary access to vital medicines. The importation of medicines for individual use requires a price that is not subject to external reference pricing and mandatory public discounts, throwing the budget allocated to those medicines, given the increasing currency over the years.

On the other side of the glass, the high prices for medicines imported for individual use are considered in favour of the sponsor companies in recent years albeit small patient population. This fact is reflected in the time to market for medicines previously imported for individual use in results section. The average time between global MA and local MA for medicines previously imported for individual use is approximately 1.7 times longer than for medicines not imported for individual use, showing the reluctance of sponsor companies to authorise their product as soon as possible. Our findings support Atikeler et al's (2020) claim that sponsor companies avoid entering the routine reimbursement system and use this temporary pathway as a "by-pass mechanism" to access the market. Besides, the fact that there are many pharmaceutical products using this pathway demonstrates that the importation of medicines for individual use is no longer a temporary way of entering the market for sponsor companies, but a common way. Uncertainty in currency exchange rate and difficulty of getting reimbursement due to budget constraints may be the grounds for accusation.

The importation of medicines for individual use was meant to be a temporary measure that continues until these medicines are included into the Annex-4/A list. Until December 2018, there were no rules with

regards to the duration of stay in Annex-4/C list. A Law, which came into force in December 2018, limited the length of time a pharmaceutical product to stays on the Annex 4/C list to 3 years. This Law aims to curb spending on importation of medicines for individual use by way of forcing sponsor companies to authorise their products in Turkey. Once authorised, they can be included into the reimbursement list and thus are subject to pharmaceutical regulations (Atikeler et al, 2020). The reason why including pharmaceutical products in Annex 4/A is desired, besides the cost advantage provided to the SSI, is that it facilitates accessibility of medicines when they are authorised and reimbursed. Importation of medicines for individual use bears the risk of interrupting patients' treatments in the long run, in addition to slowed and delayed access (Kockaya et al, 2021). Considering that the evaluation process of medicines imported for individual use and medicines not imported for individual use are almost the same, accelerating the evaluation process of imported products for individual use would benefit both SSI and patients in different terms.

Even though some restrictions are defined on the use of oncology medicines in the HIC, the off-label use mechanism is available for medicines that can provide significant advantages in line with scientific data (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, 2019). However, in recent years, indication-specific restrictions have been applied in order to curb overspending particularly for immunotherapies such as nivolumab.

This study has some limitations. First, in Turkey, a market authorisation does not automatically initiate an assessment for reimbursement, on the contrary, it requires submission of necessary medical and economic evidence by pharmaceutical companies or sponsors to the SSI. Due to various motivations, not all pharmaceutical companies apply for public coverage. Second, the SSI and the TMMDA do not publish any documents showing application submission dates, as well as the medicines for which the marketing authorisation application and reimbursement application have been made. Only list of marketing authorisations and coverage decisions for inclusion into the reimbursement lists are announced. Therefore, time to market calculations do not take into account submission dates.

Conclusion

Providing access to innovative therapies and improving patient outcomes are the ultimate goals a healthcare system should have. Having accomplished a series of healthcare reforms, the Turkish health care system have succeeded in achieving universal coverage. Yet, our analysis demonstrate that variations in accessing to oncology medicines occur due to late entry of medicines into the market, leading to interruptions and delays. Financial barriers in accessing medicines are the most challenging to overcome and constitute a task for policy makers. To circumvent this, new ways of demonstrating the value proposition of oncology medicines are needed. In doing so, continued collaboration between stakeholders in health policy field is required.

Acknowledgement

We would like to express our special thanks to Gülnaz Şahin Keskin for her comments and suggestions on the draft text. All remaining errors are our own.

Conflict of Interest and Funding

None of the authors declare conflicts of interest. The authors have not received any funding or benefits from the industry or elsewhere to conduct this study.

References

Atikeler, E., Leufkens, H., & Goettsch, W. (2020). Access to medicines in Turkey: Evaluation of the process of medicines brought from abroad. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*,

36(6), 585-591. doi:10.1017/S0266462320000872

Babar, Z. (Ed.) (2020). Global Pharmaceutical Policy. (1st ed.) Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-15-2724-1>

Chapman S., Paris V., & Lopert R. (2020). "Challenges in access to oncology medicines: Policies and practices across the OECD and the EU," OECD Health Working Papers 123, OECD Publishing.

Gann, C. N., Morsli, N., & Kaiser, R. (2017). Industry corner: perspectives and controversies - The challenges of patient access to new medicines. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 28(3), 658-663. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw569>

Hoën E. (2015). Access to Cancer Treatment: A Study of Medicine Pricing Issues With Recommendations for Improving Access to Cancer Medication. A report prepared for Oxfam. https://oi-files-d8-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/s3fs-public/file_attachments/rr-access-cancer-treatment-inequality-040215-en.pdf Accessed: 01.11.2021

Kockaya, G., Atalay, O., Kurnaz, M., Okcun, S., Sencan, N., Gedik, C., Saylan, M., & Oguzhan, G. (2020). Analysis of Market Access Agreements in Turkey. *Farmeconomia. Health economics and therapeutic pathways*, 21(1). doi:<https://doi.org/10.7175/fe.v21i1.1457>

Koçkaya, G., Atalay, S., Oğuzhan, G., Kurnaz, M., Ökçün, S., Sar Gedik, Ç., Şaylan, M., & Şencan, N. (2021). Analysis of patient access to orphan drugs in Turkey. *Orphanet journal of rare diseases*, 16(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13023-021-01718-3>

Koyuncu, O., Gursoz, H., Alkan, A., Cetintas, H. C., Pasaoglu, T., Mashaki Ceyhan, E., & Walker, S. (2020). Evaluation of the Performance of the Turkish Regulatory Agency: Recommendations for Improved Patients' Access to Medicines. *Frontiers in pharmacology*, 10, 1557. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.01557>

Krzyszczczyk, P., Acevedo, A., Davidoff, E. J., Timmins, L. M., Marrero-Berrios, I., Patel, M., White, C., Lowe, C., Sherba, J. J., Hartmanshenn, C., O'Neill, K. M., Balter, M. L., Fritz, Z. R., Androulakis, I. P., Schloss, R. S., & Yarmush, M. L. (2018). The growing role of precision and personalized medicine for cancer treatment. *Technology*, 6(3-4), 79-100. <https://doi.org/10.1142/S2339547818300020>

Mashaki Ceyhan, E., Gürsöz, H., Alkan, A., Coşkun, H., Koyuncu, O., & Walker, S. (2018). The Turkish Medicines and Medical Devices Agency: Comparison of Its Registration Process with Australia, Canada, Saudi Arabia, and Singapore. *Frontiers in pharmacology*, 9, 9. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00009>

Ökem, Z. G., & Çakar, M. (2015). What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of the "Health Transformation Programme". *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119(9), 1153-1163. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.06.003>

Ruff, P., Al-Sukhun, S., Blanchard, C., & Shulman, L. N. (2016). Access to Cancer Therapeutics in Low- and Middle-Income Countries. *American Society of Clinical Oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting*, 35, 58-65. https://doi.org/10.1200/EDBK_155975

Russo, P., Mennini, F. S., Siviero, P. D., & Rasi, G. (2010). Time to market and patient access to new oncology products in Italy: a multistep pathway from European context to regional health care providers. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 21(10), 2081-2087. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq097>

Saiyed, M. M., Ong, P. S., & Chew, L. (2017). Off-label drug use in oncology: a systematic review of literature. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 42(3), 251-258. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12507>

Türkiye Büyük Millet Meclisi (2020), ALS, SMA, DMD, MS Hastalıklarında ve Kesin Tedavisi Bilinmeyen Diğer Hastalıklarda Uygulanan Tedavi ve Bakım Yöntemleri ile Bu Hastalıklara Sahip Kişiler ve Yakınları-

nın Yaşadıkları Sorunların ve Çözümlerinin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem27/yil01/ss199.pdf> Accessed: 23.05.2021

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. (2019). Endikasyon Dışı İlaç Kullanım Kılavuzu. <https://titck.gov.tr/storage/Archive/2019/legislation/601621f0-2e3e-40d4-97cd-65bef02b1a61.pdf> Accessed: 02.10.2021

Ünlü S., Beyazo D., Aydeniz N., (2021). Pricing&Reimbursement Laws and Regulations 2021 Turkey. Available from: <https://www.globallegalinsights.com/practice-areas/pricing-and-reimbursement-laws-and-regulations/turkey> Accessed: 12.01.2022

Uyl-de Groot, C. A., Heine, R., Krol, M., & Verweij, J. (2020). Unequal Access to Newly Registered Cancer Drugs Leads to Potential Loss of Life-Years in Europe. *Cancers*, 12(8), 2313. <https://doi.org/10.3390/cancers12082313>

Vogler, S., Paris, V., Panteli, D., Richardson, E., Palm, W., & Mossialos, E. (Eds.). (2018). Ensuring access to medicines: How to redesign pricing, reimbursement and procurement?. European Observatory on Health Systems and Policies. Available from: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/>

Wiling, N., & Högberg, D. (2010). Patient Access to Cancer Drugs in Turkey.

Wiling, N., Bucsics, A., Kandolf Sekulovic, L., Kobelt, G., Laslop, A., Makaroff, L., Roediger, A., & Zielinski, C. (2019). Achieving equal and timely access to innovative anticancer drugs in the European Union (EU): summary of a multidisciplinary ESMO-driven roundtable discussion with a focus on Eastern and South-Eastern EU countries. *ESMO open*, 4(6), e000550. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2019-000550>

World Health Organization. (2019). Roadmap for access to medicines, vaccines and health product 2019-2023: comprehensive support for access to medicines, vaccines and other health products. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330145>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

World Health Organization. (2021a). International Agency for Research on Cancer. Fact Sheets by population. <https://gco.iarc.fr/> Accessed 15.10.2021

World Health Organization. (2021b). International Agency for Research on Cancer. Fact Sheets detail. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> Accessed 09.06.2021

Yıldırım, H. H., & Yıldırım, T. (2011). Healthcare financing reform in Turkey: context and salient features. *Journal of European Social Policy*, 21(2), 178–193. doi:10.1177/0958928710395045

Internet Sources

<https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/>

<https://www.ema.europa.eu/en/medicines>

<https://www.pmda.go.jp/english/>

<https://www.swissmedic.ch/swissmedic/en/home/humanarzneimittel/authorisations/new-medicines.html>

<http://www.sgk.gov.tr/>

<https://www.titck.gov.tr/kubkt>

<https://www.titck.gov.tr/dinamikmodul/85>

<https://www.resmigazete.gov.tr/>

Appendix A: List of Oncology Medicines Authorised in Turkey Between 2015 and 2020

Active Substance Name	Authorised Indication	Brand Name	ATC Code	First Global MA Date	MA Date in Turkey	Coverage Date in Turkey	Coverage Type	Coverage Scheme	Previously Imported for Individual Use	Relevant Legislation
Abemaciclib	Metastatic Breast Cancer	Yulareb	L01XE50	28/09/2017 (FDA)	26/02/2019	–	n.a	n.a	No	n.a
Afatinib	Non-Small Cell Lung Cancer	Giotrif	L01XE13	12/07/2013 (FDA)	31/10/2016	15/02/2018	Full Coverage	DRS	No	04.02.2018 HIC Update
Alectinib	Non-Small Cell Lung Cancer	Alecensa	L01XE36	04/07/2014 (PMDA)	14/09/2017	18/05/2018	Full Coverage	ARS	No	10.05.2018 HSPC Decision
Atezolizumab	Non-Small Cell Lung Cancer	Tecentriq	L01XC32	16/10/2016 (FDA)	14/06/2018	–	n.a	n.a	No	n.a
Atezolizumab	Small Cell Lung Cancer	Tecentriq	L01XC32	18/03/2019 (FDA)	11/02/2020	–	n.a	n.a	No	n.a
Avelumab	Merkel Cell Carcinoma	Bavencio	L01XC31	23/03/2017 (FDA)	18/08/2019	–	n.a	n.a	No	n.a
Blinatumomab	Acute Lymphoblastic Leukemia	Blinicyto	L01XC19	03/12/2014 (FDA)	14/09/2017	15/09/2018	Restricted Coverage	DRS	Yes	04.02.2018 HIC Update
Bosutinib monohidrat	Chronic Myeloid Leukemia	Bosulif	L01XE14	04/09/2012 (FDA)	21/02/2019	12/09/2019	Full Coverage	DRS	Yes	04.09.2019 HIC Update
Brentuximab vedotin	Hodgkin's Lymphoma	Adcetris	L01XC12	19/08/2011 (FDA)	22/11/2016	15/02/2018	Full Coverage	DRS	Yes	04.02.2018 HIC Update
Brentuximab vedotin	Anaplastic Large Cell Lymphoma	Adcetris	L01XC12	19/08/2011 (FDA)	22/11/2016	15/02/2018	Full Coverage	DRS	Yes	04.02.2018 HIC Update
Brentuximab vedotin	Cutaneous T Cell Lymphoma	Adcetris	L01XC12	19/08/2011 (FDA)	22/11/2016	–	n.a	n.a	Yes	n.a
Brigatinib	Non-Small Cell Lung Cancer	Alunbrig	L01XE43	28/04/2017 (FDA)	26/07/2019	06/05/2021	Full Coverage	DRS	No	28.04.2021 HIC Update
Cabozantinib	Renal Cell Carcinoma	Cabometyx	L01XE26	25/04/2016 (FDA)	18/08/2019	19/08/2021	Full Coverage	ARS	Yes	11.08.2021 HSPC Decision
Carfilzomib	Multiple Myeloma	Kyprolis	L01XX45	20/07/2012 (FDA)	29/09/2016	08/01/2019	Full Coverage	ARS	Yes	28.12.2018 HSPC Decision
Ceritinib	Non-Small Cell Lung Cancer	Zykadia	L01XE28	29/04/2014 (FDA)	09/08/2017	18/05/2018	Full Coverage	ARS	No	10.05.2018 HSPC Decision
Cobimetinib	Malign Melanoma	Cotellic	L01XE38	24/08/2015 (SM)	22/11/2016	01/04/2017	Full Coverage	ARS	No	25.03.2017 HSPC Decision
Daratumumab	Multiple Myeloma	Darzalex	L01XC24	16/11/2016 (FDA)	29/12/2017	16/05/2020	Full Coverage with Continuation Criteria	ARS	No	09.05.2020 HSPC Decision
Durvalumab	Non-Small Cell Lung Cancer	Imfinzi	L01XC28	01/05/2017 (FDA)	23/10/2020	–	n.a	n.a	Yes	n.a
Enzalutamid	Prostate Cancer	Xtandi	L02BB04	31/08/2012 (FDA)	26/04/2016	01/03/2017	Full Coverage	DRS	No	18.02.2017 HIC Update
Gefitinib	Non-Small Cell Lung Cancer	Iressa	L01XE02	05/05/2003 (FDA)	26/07/2017	18/05/2018	Full Coverage	ARS	Yes	10.05.2018 HSPC Decision
Ibrutinib	Mantle Cell Lymphoma	Imbruvica	L01XE27	13/11/2013 (FDA)	09/09/2016	08/01/2019	Full Coverage	ARS	Yes	28.12.2018 HSPC Decision
Ibrutinib	Chronic Lymphocytic Leukemia	Imbruvica	L01XE27	12/02/2014 (FDA)	09/09/2016	08/01/2019	Full Coverage	ARS	Yes	28.12.2018 HSPC Decision
Inotuzumab ozogamicin	Acute Lymphoblastic Leukemia	Besponsa	L01XC26	28/06/2017 (EMA)	25/12/2020	04/11/2021	Full Coverage	DRS	No	26.10.2021 HIC Update
Ixazomib	Multiple Myeloma	Ninlaro	L01XG03	20/11/2015 (FDA)	05/09/2017	08/01/2019	Full Coverage with Continuation Criteria	ARS	No	28.12.2018 HSPC Decision
Lorlatinib	Non-Small Cell Lung Cancer	Lorviqua	L01XE44	21/09/2018 (PMDA)	11/07/2019	08/01/2021	Full Coverage	DRS	No	30.12.2020 HIC Update
Midostaurin	Acute Myoleid Leukemia	Rydapt	L01XE39	28/04/2017 (FDA)	17/09/2018	16/05/2020	Full Coverage	ARS	No	09.05.2020 HSPC Decision
Midostaurin	Mastocytosis	Rydapt	L01XE39	28/04/2017 (FDA)	17/09/2018	16/05/2020	Full Coverage	ARS	No	09.05.2020 HSPC Decision
Mifamurtide	Osteosarcoma	Mepact	L03AX15	06/3/2009 (EMA)	06/06/2016	16/06/2017	Full Coverage	ARS	Yes	08.06.2017 HSPC Decision
Nivolumab	Malign Melanoma	Opdivo	L01XC17	22/12/2014 (FDA)	19/04/2017	01/04/2018	Full Coverage	ARS	No	21.03.2018 HIC Update
Nivolumab	Renal Cell Carcinoma	Opdivo	L01XC17	23/11/2015 (FDA)	19/04/2017	01/04/2018	Full Coverage	ARS	Yes	21.03.2018 HIC Update
Nivolumab	Hodgkin's Lymphoma	Opdivo	L01XC17	17/05/2016 (FDA)	05/07/2018	01/04/2018	Restricted Coverage	ARS	Yes	21.03.2018 HIC Update
Nivolumab	Non-Small Cell Lung Cancer	Opdivo	L01XC17	04/03/2014 (FDA)	05/07/2018	14/02/2022	Full Coverage	ARS	No	08.02.2022 HIC Update
Nivolumab	Head and Neck Cancer	Opdivo	L01XC17	10/11/2016 (FDA)	05/07/2018	–	n.a	n.a	No	n.a
Nivolumab	Adjuvant Melanoma	Opdivo	L01XC17	20/12/2017 (FDA)	01/11/2018	–	n.a	n.a	No	n.a
Nivolumab	Colorectal Cancer	Opdivo	L01XC17	01/08/2017 (FDA)	20/03/2019	–	n.a	n.a	No	n.a
Obinutuzumab	Chronic Lymphocytic Leukemia	Gazyva	L01XC15	01/11/2013 (FDA)	13/06/2017	08/01/2019	Full Coverage	ARS	No	28.12.2018 HSPC Decision
Obinutuzumab	Follicular Lymphoma	Gazyva	L01XC15	26/02/2016 (FDA)	28/05/2019	–	n.a	n.a	No	n.a

Olaparib	Ovarian Neoplasms	Lynparza	L01XX46	16/12/2014 (EMA)	21/11/2018	–	n.a	n.a	Yes	n.a
Osimertinib	Non-Small Cell Lung Cancer	Tagrisso	L01XE35	13/11/2015 (FDA)	25/12/2017	18/05/2018	Restricted Coverage	ARS	No	10.05.2018 HSPC Decision
Palbociclib	Breast Cancer	Reampla	L01XE33	03/02/2015 (FDA)	14/11/2018	16/05/2020	Full Coverage	ARS	No	09.05.2020 HSPC Decision
Pembrolizumab	Metastatic Melanoma	Keytruda	L01XC18	04/09/2014 (FDA)	06/06/2016	–	n.a	n.a	No	n.a
Pembrolizumab	Non-Small Cell Lung Cancer	Keytruda	L01XC18	02/10/2015 (FDA)	07/09/2017	–	n.a	n.a	No	n.a
Pertuzumab	Breast Cancer	Perjeta	L01XC13	08/06/2012 (FDA)	18/02/2016	15/10/2016	Full Coverage	DRS	Yes	07.10.2016 HIC Update
Plerixafor	Hematopoietic Stem Cell Transplantation	Mozobil	L03AX16	15/12/2008 (FDA)	31/05/2017	01/04/2018	Full Coverage	DRS	Yes	21.03.2018 HIC Update
Pomalidomide	Multiple Myeloma	Imnovid	L04AX06	08/02/2013 (FDA)	18/05/2015	08/01/2019	Full Coverage with Continuation Criteria	ARS	Yes	28.12.2018 HSPC Decision
Ramucirumab	Gastric Cancer	Cyramza	L01XC21	21/04/2014 (FDA)	29/03/2017	–	n.a	n.a	No	n.a
Regorafenib	Metastatic Colorectal Cancer	Stivarga	L01XE21	27/09/2012 (FDA)	18/05/2015	25/06/2016	Full Coverage	DRS	Yes	18.06.2016 HIC Update
Regorafenib	Gastrointestinal Stromal Tumor	Stivarga	L01XE21	25/02/2013 (FDA)	18/05/2015	25/06/2016	Full Coverage	DRS	Yes	18.06.2016 HIC Update
Regorafenib	Hepatocellular Carcinoma	Stivarga	L01XE21	27/04/2017 (FDA)	12/09/2017	18/05/2018	Full Coverage	DRS	Yes	10.05.2018 HIC Update
Ribociclib succinate	Breast Cancer	Valamor	L01XE42	13/03/2017 (FDA)	17/04/2019	16/05/2020	Full Coverage	ARS	No	09.05.2020 HSPC Decision
Ruxolitinib	Myelofibrosis	Jakavi	L01XE18	16/11/2011 (FDA)	06/04/2015	25/06/2016	Full Coverage with Continuation Criteria	DRS	No	18.06.2016 HIC Update
Ruxolitinib	Polycythemia Vera	Jakavi	L01XE18	04/12/2014 (FDA)	29/12/2017	–	n.a	n.a	No	n.a
Trametinib	Advanced Melanoma	Mekinist	L01XE25	29/05/2013 (FDA)	16/05/2016	01/04/2017	Full Coverage	ARS	Yes	25.03.2017 HSPC Decision
Trametinib	Non-Small Cell Lung Cancer	Mekinist	L01XE25	22/06/2017 (FDA)	20/05/2019	–	n.a	n.a	Yes	n.a
Trastuzumab emtansine	Breast Cancer	Kadcyla	L01XC14	22/02/2013 (FDA)	25/03/2016	30/08/2016	Full Coverage	ARS	No	20.08.2016 HSPC Decision
Venetoclax	Chronic Lymphocytic Leukemia	Venclyxto	L01XX52	11/04/2016 (FDA)	24/05/2017	08/01/2019	Full Coverage	ARS	No	28.12.2018 HSPC Decision

FDA: Food and Drug Administration, EMA: European Medicine Agency, PMDA: Japan Pharmaceuticals and Medical Devices Agency, SM: Swissmedic, MA: marketing authorisation, ARS: alternative reimbursement scheme, DRS: drug reimbursement scheme, HIC: Health Implementation Communique, HSPC: Health Services Pricing Commission, n.a: not applicable

Source: The authors based on the data collected from the internet sources.

Davranışsal Ekonomi Bağlamında Görelilik Tuzağının Sağlık Hizmetleri Çerçevesinden Değerlendirilmesi

Evaluation of the Relativity Trap in the Context of Behavioral Economics from the Framework of Health Services

Öğr. Gör. Zehra Kaşka Üreten

İstanbul Kültür Üniversitesi Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, Bakırköy/İstanbul

Özet

Sağlık hizmetleri alanı her geçen gün gelişmekte ve değişmektedir. Bu gelişim ve değişim beraberinde mevcut sorunların çözümü için politikalar oluşturulmasına yönelik farklı bakış açılarının sağlık hizmetlerine uyarlanmasını gerektirmektedir. Bu kapsamda bu çalışmanın amacı davranışsal ekonomi bağlamında görelilik tuzağı kavramının sağlık hizmetleri çerçevesinden değerlendirilmesidir.

Davranışsal ekonomi insan davranışlarının rasyonel olmayan yönünü incelemektedir. Faydasını daima maksimize etmeye çalışan, her koşulda tutarlı olan kişi, akılcı davranan kişidir ve bu kişi ekonomi teorisinde homo economicus olarak adlandırılan ideal karar vericidir. Ancak insanlar akılcı karar almak yerine bazen çeşitli nedenlerden ötürü baskın olan alternatifi reddederken, çoğu zaman da aynı sorunun farklı şekillerde sunulması halinde değişken yargılar geliştirmektedirler. Bu kapsamda görelilik tuzağı incelendiğinde bir durumun çevredeki koşullarla sınırlı olabileceği göz önüne alındığında insanların çevrelerindeki durumları hep diğerleriyle ilişki içinde değerlendirmesi söz konusu olabilmektedir. Dolayısı ile görelilik tuzağının her yerde olduğu ve insanların her şeye onun merceğinden baktığı ifade edilebilir.

İnsanlar sağlıklı olmak için diyet yapmaya sık sık karar vermesine rağmen, bir restoranda garson tatlı siparişini sorduğunda diyet niyeti hemen ortadan kaybolabilmektedir. Dürtüsel yemenin dinamiklerini kavramanın, insan hayatındaki diğer bütün dürtüsel kararlar için sonuçları olabilmektedir. 20 liralık bir aspirin aldıktan sonra baş ağrısı devam eden kişiler, aspirin 1000 liraya mal olduğunda aynı baş ağrısından kurtulabilmektedir. Aspirin hakkındaki bu göreliliği kavramanın, sadece ilaç seçimleri için değil, toplumun karşı karşıya kaldığı en önemli sorunlardan biri olan sağlık sigortasının maliyeti ve etkinliği için de sonuçları bulunmaktadır.

İnsanlar kararlarına göreli bir şekilde bakıp onları çevredeki uygun alternatiflerle kıyaslamaktadır ve buna göre kararlarını şekillendirmektedirler. İnsanları temelde nelerin memnun ettiğini yeniden düşünerek belirli hataların ne kadar sistematik olduğunu ve onların nasıl defalarca tekrarladığını görmek bunların bazılarından nasıl kaçınılacağına öğrenilmesini sağlamaktadır. Sağlık politikalarını oluştururken insanların görelilik tuzağına düşmesini önleyici politikalar geliştirilmesi sayesinde görelilik döngüsünün kırılarak insanların sağlıklı kararlar alması sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Davranışsal ekonomi, görelilik tuzağı, sağlık hizmetleri, sağlık politikası.

Abstract

The field of health services is developing and changing day by day. Along with this development and change, it is necessary to adapt different perspectives on the creation of policies for the solution of existing problems to health services. In this context, the aim of this study is to evaluate the concept of relativity trap in the context of behavioral economics from the perspective of health services.

Behavioral economics studies the irrational aspect of human behavior. The person who always tries to maximize his utility, who is consistent in all conditions, is the person who acts rationally, and this person is the ideal decision maker, which is called homo economicus in economic theory. However, instead of making rational decisions, people sometimes reject the dominant alternative for various reasons, and often develop variable judgments when the same problem is presented in different ways. In this context, when the relativity trap is examined, considering that a situation may be limited to the surrounding conditions, it is possible for people to evaluate the situations around them in relation to others. Therefore, it can be stated that the relativity trap is everywhere and people look at everything through its lens.

Although people often decide to go on a diet to be healthy, when a waiter asks for dessert at a restaurant, the dietary intention can quickly disappear. Understanding the dynamics of impulsive eating can have implications for all other impulsive decisions in human life. People whose headaches persist after taking a 20-pound aspirin can get relief from the same headache when the aspirin costs 1000-pounds. Understanding this relativity about aspirin has implications not only for drug choices but also for the cost and effectiveness of health insurance, one of the most pressing issues facing my society.

People look at their decisions in a relative way, compare them with suitable alternatives in the environment and shape their decisions accordingly. By rethinking what fundamentally pleases people and seeing how systematic certain mistakes are and how they are repeated over and over, learning how to avoid some of them. By developing policies that prevent people from falling into the relativity trap while creating health policies, the cycle of relativity can be broken and people can make healthy decisions.

Keywords: Behavioral economics, relativity trap, health services, health policy.

Giriş: Bağlama Bağlı Tercihler

İnsanlar sağlıklı olmak için diyet yapmaya sık sık karar vermesine rağmen, bir restoranda garson tatlı siparişini sorduğunda diyet niyeti hemen ortadan kaybolabilmektedir. Dürtüsel yemenin dinamiklerini kavramanın, insan hayatındaki diğer bütün dürtüsel kararlar için sonuçları olabilmektedir. 1 sentlik bir aspirin aldıktan sonra baş ağrısı devam eden kişiler, aspirin 50 sente mal olduğunda aynı baş ağrısından kurtulabilmektedir. Aspirin hakkındaki bu göreliliği kavramanın, sadece ilaç seçimleri için değil, toplumun karşı karşıya kaldığı en önemli sorunlardan biri olan sağlık sigortasının maliyeti ve etkinliği için de sonuçları bulunmaktadır (Ariely, 2017).

Tüketiciler seçim yaparken genellikle alternatiflerin kesin faydalarını belirlemekte güçlük çekmektedirler ve bu nedenle tercihleri konusunda kararsızlık yaşamaktadırlar. Bazı durumlarda karar vericilerin "en iyi" tarafından desteklenen alternatifi seçtikleri varsayılarak, tercih belirsizliği altındaki seçimin daha kolay açıklanabileceği öne sürüldüğünde, bir alternatifin bir yönünün seçim olasılığı üzerindeki etkisinin, o alternatifi seçmenin lehine veya aleyhine sunduğu bir argümanın ne kadar zorlayıcı olduğunun bir fonksiyonu olduğu ifade edilebilmektedir. Niteliklerin etkili nedenler sağlama yeteneğine yapılan vurgu, yalnızca niteliklerin beklenen fayda üzerindeki etkisine odaklanarak elde edilenlerden farklı tahminlere yol açabilmektedir. Seçim kümelerindeki alternatifler arasındaki ilişkiler, belirli alternatifleri diğerlerine tercih etmek için nedenler sağlayarak seçimi etkileyebilmektedir (Simonson, 1989).

Karar verme terimi, çeşitli karar türlerini kapsamaktadır ve farklı kararlar için farklı yaklaşımlar, yöntemler, prosedürler kullanılmaktadır. Kriterler aracılığıyla alternatiflerin değerlendirilmesine dayalı bir karar verme sürecinde karar vermenin belirli bir bölümüne dikkat edilmektedir. Ne yapılacağına karar vermek, alternatifleri değerlendirmek anlamına gelmektedir. Alternatiflerin değerlendirilmesi öznel olup, birçok faktörden etkilenmektedir. İnsanlar genellikle bir şeyin değerini belirlemek için o şeyleri karşılaştırmaktadırlar. Burada en belirgin örnekler fiyatlar olmaktadır. Bir şeyin ucuz veya pahalı olduğu kararına, çoğu durumda başka bir şeyle karşılaştırma yolu ile varılmaktadır. Bir şeyin değerini kıyaslayarak (yani göreliliği)

olarak) belirlemek, tek başına değerlemekten çok daha kolay olmaktadır. Pazarlamacılar tarafından daha pahalı veya daha az popüler ürünler satmak için görelilik tuzağının kullanıldığı yaygın olarak bilinen bir gerçek olmaktadır (Vrbova ve Švecová, 2012).

İnsanlar çevrelerindeki şeyleri hep diğerleri ile ilişki içinde değerlendirmektedirler. Bu sadece tost makinesi, bisiklet gibi somut şeyler için değil, tatiller ve eğitim tercihleri gibi deneyimler, duygular, tutumlar ve görüşler gibi kısa süreli şeyler için de geçerli olmaktadır (Ariely, 2017).

Enerji tasarruflu bulaşık makinesinden çıkarılan bardakların veya tabakların buğulu olması insanlara bunların üzerlerinde çok fazla deterjan kaldığını düşündürebilmektedir. Nitekim durum gerçekten de böyle olmaktadır çünkü bulaşıkların temizlenmesi amacı ile deterjan gereğinden fazla konularak, bulaşık makinesi mevcut en uzun zaman dilimine ayarlanabilmektedir. Bu mantıklı görünmesine rağmen aslında böyle olmamaktadır. Çünkü deterjan bölmesine daha yakından bakıldığında görülebilen, tam dolu bulaşıklar için uygun deterjan seviyesini işaret eden yaklaşık haznenin yarısını işaret eden ince bir çizgi bulunmaktadır. Bu, deterjanın aşırı kullanımını teşvik etmek için tasarlanmış birçok "sinsi tüketici ürünü hilesinden" biri olarak kabul edilmektedir. Çamaşır deterjanı gibi ürünlerin üreticileri, çamaşır deterjanı kapağı veya bir ölçüm kabının doldurma hattı, mevcut toplam hacmin küçük bir kısmı olduğunda, insanların daha fazla temizlik ürünü kullanacağını uzun zaman önce öğrenmişlerdir. Ancak insanlar daha fazlasının daha iyi olması gerektiği duygusuyla, önerilenin iki katından fazla deterjan kullanmaktadırlar. Psikofizik uzmanları bunu insan algısının göreliliği olarak tanımlamaktadır (Goetz, 2014).

Göreliliği anlamak kolay olmasına rağmen insanları yanıltan bir tarafı da bulunmaktadır ve insanlar kolayca karşılaştırılabilir şeyleri karşılaştırmasına rağmen, kolayca karşılaştırılamayan şeyleri karşılaştırmaktan kaçınmaktadır (Ariely, 2017).

Algı ve gerçeklik arasındaki bağa perakende fiyat indirimlerinde de rastlanmaktadır. İnsanlar 699\$'a 1.000\$'lık bir televizyon alma şansına çok daha olumlu tepkiler verirlerken, aynı televizyon indirimli olarak 699\$'a sunulduğunda indirimli fiyatla sunulmuş şekline göre daha az satın alma tepkisi vermektedirler. Tüketiciler, aynı fiyattan dahi olsa ürünün indirimli olarak sunulmadığı durumda aynı tatmin hissini alamamaktadırlar. Satın almaların birçoğu "üreticinin önerdiği perakende satış fiyatına" göre değerlendirilmektedir. "Üreticinin önerdiği perakende satış fiyatı" ise, bir üreticinin tüketicileri iyi bir anlaşma yaptıklarına ikna etmek için kullandığı altın standart referans noktası olmaktadır. Bu nokta ise bazı durumlarda her zaman en ideal tutarı yansıtmamaktadır (Goetz, 2014).

Algıda olduğu kadar seçimde de bağlam etkilerinin değerlendirmede kullanılması, insanların genellikle gereksiz hesaplamalar yaparak ve incelenen durumun alakasız yönleriyle ilgilenecek, görevi basitleştirmek yerine karmaşıktırarak hata yaptıklarına dair sayısız örnek sunmaktadır. İki seçenektan hangisinin tercih edileceğine karar vermenin en kolay yolu, bunları doğrudan karşılaştırmak ve diğer seçenekleri göz ardı etmektir. İnsanların bu şekilde davranmadığı gerçeği, klasik rasyonel seçim modellerinden farklılıkları ifade etmekle birlikte, yalnızca hesaplama karmaşıklığını azaltma girişiminin bu gerçeği açıklamada tek etkili faktör olduğunu da ifade etmemektedir (Tversky ve Simonson, 1993).

Akılcı Seçim ve Bağlam Etkileri

Rasyonel seçim teorisi, iki seçenek arasındaki göreceli tercihin diğer seçeneklerin varlığına bağlı olmadığını yani, rasyonel seçimlerin, ilgisiz alternatiflerin bağımsızlığı varsayımını karşıladığını varsaymaktadır. Seçimler arasına aşırı bir seçenek (örneğin, bir üst düzey kamera) eklemek, orta düzey bir seçeneğe (orta düzey kamera) diğer uç seçenektan (temel bir kamera) daha fazla zarar vermektedir. Bu yönü ile bağlam etkileri, tüketici seçim davranışının, rasyonel seçim teorisi ile açıkça tutarsız bir şekilde seçim setinin bileşiminden etkilendiği olgusunu ifade etmektedir (Roederkerk, Heerde ve Bijmolt, 2011).

Davranışsal literatür, tüketici tercihlerinin kısmen bir dizi alternatif tarafından sağlanan bağlam tarafından

yönlendirildiğine dair kanıtlar sağlamaktadır. Sözü edilen üç önemli bağlam etkisi; uzlaşma, çekicilik ve benzerlik etkileri olmaktadır. Bu bağlam etkileri, seçimleri sistematik ve öngörülebilir bir şekilde etkilediğinden, bunların seçim modeline dahil edilmesi gerekmektedir (Rooderkerk ve diğ., 2011).

Uzlaşma Etkileri

Uzlaşma etkileri, bir seçim setinde uzlaşma seçeneği olduğunda, bir öğenin orantısız olarak büyük bir seçim payına sahip olduğu fenomeni ifade etmektedir (Rooderkerk ve diğ., 2011). Tüketiciler ürünün faydalarını değerlendirmek için pazar bilgisinden yararlanmaktadırlar (Wernerfelt, 1995). Bu karar kuralının sürdürülebilir olabileceğini gösterdiğinden, uzlaşma etkilerinin rasyonalite ile sağlam bir şekilde uyumlu olabileceğini göstermektedir. Üçüncü bir alternatifin ortaya çıkması, iki alternatif arasındaki seçimi tersine çevirerek, bir alternatifin payının artmasına neden olabilmektedir. Bu, uzlaşma etkisinin, tüketicilerin fayda sağlamak için piyasa tekliflerini kullanmalarının bir tezahürü olarak görülebileceğini göstermektedir (Wernerfelt, 1995).

Karar verme sürecinde asimetric baskınlığın bağlamsal belirleyicisine odaklanıldığında, bu etkiye göre, birinci uygun olanın (A) baskın olduğu, ancak ikincinin (B) baskın olmadığı üçüncü bir uygunun (örneğin Ca) iki seçimli bir uygun alana girmesi, ölçeği ilk uygun olanı seçmeye yönlendirmektedir. Asimetric baskınlık etkisi için üç teorik açıklama sunulmuştur. İlk açıklama, ağırlık değiştirme modeli olup, bir tuzağın eklenmesinin, katılımcıların diğer alternatiflerin niteliklerine atadığı göreceli ağırlıkları değiştirdiğini öne sürmektedir. Göreceli ağırlıklardaki değişiklik, hedeflenen alternatifi daha arzu edilir hale getirmektedir. İkinci açıklama, değer kaydırma modeli olup, tuzağın eklenmesinin ağırlıkları (sabit kalan) değil, daha çok katılımcıların atadığı öznel değerleri değiştirdiğini varsaymaktadır. Sonuç olarak, hedeflenen alternatifin arzu edilirliliği artmaktadır. Üçüncü açıklama olan katma değerli model ise, genel olarak hedeflenen alternatifin arzu edilirliliğindeki artışın, onun tercih edilirliliğindeki bir artıştan kaynaklandığını öne sürmektedir (Sedikides, Ariely ve Olsen, 1999).

İnsanlar karşılaştırmalara dayanarak karar vermekten hoşlanmaktadırlar ve hakkında çok fazla bir şey bilmedikleri durumlarda bu seçeneği karar sürecinden dışarıya almaktadırlar (Ariely, 2017).

y, x ve z arasında olacak şekilde x, y ve z gibi iki boyutlu seçenekleri göz önünde bulundurulduğunda, aşırılıktan kaçınma anlamına gelen şekilde ortadaki y seçeneği iki uç seçenek x ve z arasında bir uzlaşma olarak görülebilmektedir (Tversky ve Simonson 1993).

Aşağıdaki örnekte hangi televizyonların bir arada teşhire konulacağına karar verirken görelilik tuzağına başvurulmaktadır:

690 \$'a 36 inç Panasonic

850 \$'a 42 inç Toshiba

1480 \$'a 50 inç Philips

Bu durumda farklı seçeneklerin değerini hesaplamak müşterilere zor gelmektedir. 690 dolarlık Panasonic'in 1480 dolarlık Philips'ten daha iyi bir alışveriş olup olmadığı tam olarak bilinemediği için insanlara üç seçenek sunulduğunda, pek çok kişi ortadaki tercihi seçmektedir. Ortadaki seçeneğe ise bu nedenle satılmak istenilen televizyon konulmaktadır (Ariely, 2017).

Önceki araştırmalara dayanarak, tercih belirsizliği altındaki seçim davranışı, tüketicilerin en iyi nedenlerle desteklenen alternatifi seçtiğini varsayarak açıklanmaktadır. Bu yaklaşım, çekicilik etkisi için bir açıklama sağlamakla birlikte, uzlaşma etkisinin tahminine de yol açmaktadır. Markalar, bir seçim setinde uzlaşmacı alternatifler haline geldiklerinde seçilme eğiliminde olmaktadır. Çekicilik ve uzlaşma etkileri, kararlarını başkalarına haklı göstermeyi bekleyen kişiler arasında daha yaygın olma eğiliminde olmaktadır (Simonson, 1989).

Çekicilik etkileri

Çekicilik etkisi, bir maddenin benzer ancak daha üstün bir maddeye yönelik olumlu algıları arttırdığı bulgusunu ifade etmektedir (Rooderkerk ve diğ., 2011: 767). Çekicilik etkisinin özü, bir alternatifin pazar payının, benzer (ancak baskın) bir alternatifin sunulması durumunda artabilmesi olup, bu etki, tüketicinin nitelik düzeyinde sıralı karar kuralını uyguladığı bir modelde açıklanabilmektedir. Mutlak ürün yararlarına göre karar vermek yerine, pazar tekliflerinin nitelikleri, karar ağırlıklarını şekillendirmektedir (Wernerfelt, 1995). Bir öge, benzer, ancak üstün bir ögenin olumlu algılarını arttırmaktadır (Rooderkerk ve diğ., 2011).

1800'lerde, deneysel psikolojinin babası olan Alman fizikçi Ernst Weber, konu algı olduğunda her şeyin göreceli olduğunu keşfetmiştir (Goetz, 2014). İnsanlar kararlarında göreceli bir şekilde bakarak onları çevredeki uygun alternatiflerle kıyaslamaktadır (Ariely, 2017).

Örneğin, aşağıdaki varsayımsal tüketici tercih durumlarını düşünün:

A: Bir mağazada 100 ve 150\$ fiyatlarında iki deve tüyü ceket bulunmaktadır ancak daha pahalı olan ceket satılmamaktadır.

B: Disney World'e 500\$'lık bir tur satan bir satıcı, Avrupa'daki bir tema parkı için 2.500\$'a bir tur da teklif etmektedir.

A durumunda, mağaza vitrinine 250\$'a yeni bir deve tüyü ceket eklenerek sergilendiğinde; yeni ceket satmamasına rağmen 150\$'lık ceketin satışları artmaktadır. B durumunda, Avrupa turu için az sayıda bilet satılacak olmasına rağmen, yurtiçi tur için penetrasyon artacaktır (Huber, Payne ve Puto, 1982).

Önceki seçim durumları ilginçtir, çünkü bunlar net baskınlık durumları olmayıp, daha çok tuzaktan hedefe karar vermenin kolay olduğu ve baskınlığa yakın durumlar olmaktadır (Huber ve diğ., 1982).

Geçmiş, kalite, hizmet ve bulunabilirlik bağlamında somut fiyat karşılaştırmalarına dayalı kararlar vermek insan doğasının bir gereği olup, fayda oranları kuralın bir istisnası olmamaktadır. Kamusal hizmet sunanlar için üzerinde durulması gereken esas konu, olaylara göreceli bir perspektiften bakarak, hizmet sundukları kişilerin sunulan hizmetin gerçek değerini anlamalarını sağlamak için bu doğuştan gelen insan zayıflığının nasıl üstesinden gelineceğini öğrenmek olmaktadır (Goetz, 2014).

Benzerlik Etkileri

Benzerlik etkisi, yeni bir alternatifin en çok benzer olduğu alternatiflerden orantısız pay aldığını ileri sürmektedir. Benzerlik etkisinin bireysel veya toplu seçim olasılıkları için edimsel olduğu gösterilmesine rağmen, benzerlik hipotezi hem sabit fayda hem de bağımsız rastgele faydalı seçim modelleri ile mantıksal olarak uyumsuz olmaktadır. Farklı seçim kümelerinden seçim olasılıkları üzerindeki benzerlik etkisinin doğrudan hesaba katılması için bir prosedür sağlayan tüm modifikasyonlarda, bir alternatifin eklenmesi, benzer öğelerin seçilme olasılığını, farklı olanlardan orantılı olarak daha fazla düşürmektedir. Bununla birlikte, baskın bir alternatifin eklenmesi, ona hâkim olan benzer ögenin seçimini artırarak, ters etkiye neden olmaktadır. Ayrıca, göreceli benzerlik arttıkça bu etki daha güçlü olmaktadır, bu nedenle benzerlik hipotezinin bu tür baskınlığın oluşmadığı seçim kümelerine uygulanabilirliği sınırlanmaktadır (Huber ve diğ., 1982).

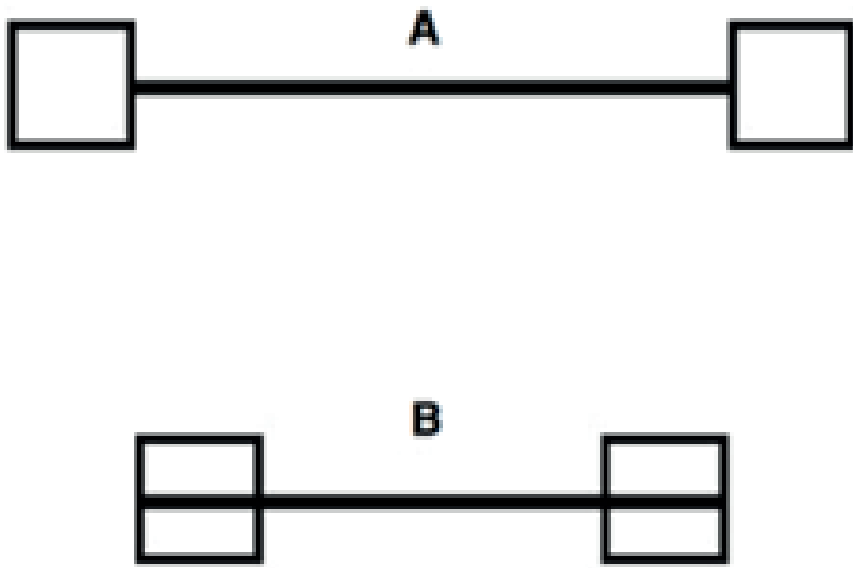
Benzerlik, bireylerin nesneleri sınıflandırdığı, kavramlar oluşturduğu ve genellemeler yaptığı düzenleyici bir ilke olarak, bilgi ve davranış teorilerinde temel bir rol oynamaktadır. Benzerlik veya farklılık verileri, çiftlerin derecelendirilmesi, nesnelerin sıralanması, çağrışımlar arasındaki birliktelik, ikame hataları ve olaylar arasındaki korelasyon gibi farklı şekillerde görünmektedir. Bu verilerin analizleri, gözlemlenen benzerlik ilişkilerini açıklamaya ve incelenen nesnelerin altında yatan yapıyı yakalamaya çalışmaktadır (Tversky, 1977).

Birçok yazar tarafından boyutsal temsillerin belirli uyarılar (örneğin renkler, tonlar) için uygun olduğu, ancak diğerleri için uygun olmadığı tartışılmıştır. Yüzleri, ülkeleri veya kişilikleri birkaç nicel boyuttan ziyade birçok nitel özellik açısından temsil etmek daha uygun görünmektedir. Bu nedenle, bu tür uyarılar arasındaki benzerliğin değerlendirilmesi, noktalar arasındaki metrik mesafenin hesaplanmasından ziyade, özelliklerin bir karşılaştırması olarak daha iyi tanımlanabilmektedir. Benzerlik yargıları, benzerlik ifadelerinin, yani "a, b gibidir" şeklindeki ifadelerin uzantıları olarak kabul edilebilmektedir. Böyle bir ifade yönlü olup; öznesi a ve göndergesi b olmaktadır ve genel olarak "b, a gibidir" ters benzerlik ifadesine eşdeğer olmamaktadır. Özne ve gönderge seçimi, kısmen nesnelerin göreceli belirginliğine bağlı olmaktadır. İnsanlar gönderge olarak daha belirgin uyarıyı veya prototipi ve özne olarak daha az belirgin uyarıyı veya varyantı seçme eğiliminde olmaktadır. "Kişi, portreye benziyor." demek yerine, "Portre, kişiye benziyor." denilmektedir. "Baba, oğula benziyor." demek yerine "Oğlu, babaya benziyor." denilmektedir. "Daire, elips gibidir." demek yerine, "Elips, daire gibidir." denilmektedir (Tversky, 1977).

Benzerlik etkisi, bir ögenin kendisine benzer öğelerden farklı olan öğelerden, daha fazla zarar gördüğü bulgusunu tanımlamakta ve öne çıkan ürünler için tercihleri ifade etmektedir (Rooderkerk ve diğ., 2011).

Diğer yargılar gibi, benzerlik de bağlama ve referans çerçevesine bağlı olmaktadır. Bazen ilgili referans çerçevesi, "Ses açısından İngilizce ve Fransızca ne kadar benzer?" şeklindeki sorularda olduğu gibi açıkça belirtilebilirken, bazen açıkça belirtilmeyerek, genel bağlamdan çıkarılması beklenmektedir. Örneğin deneklerden ülkeler, insanlar, renkler ve sesler gibi doğal, bütünleşik uyarılarla ilgili özellik alanıyla ilgili çeşitli benzerlikleri değerlendirmeleri istendiğinde, genellikle ilgili bağlamın ve referans çerçevesinin göreceli olarak belirsizliği az olmaktadır. Bu özelliklere atanan göreceli ağırlıklar elbette farklı kişiler için farklılık gösterebilmektedir. Ancak, renk ve şekil olarak değişen şekiller veya uzunluk ve yön olarak değişen çizgiler gibi yapay, ayrılabilir uyarılarla, denekler bazen genel benzerliği değerlendirmede zorluk yaşayabilmekle birlikte, bazen de benzerliği karşılaştırmaya göre değerlendirme eğilimi sergileyebilmektedirler (Tversky, 1977).

Şekil 1. İki Çizgi Aynı Uzunlukta mı?



Kaynak: Goetz, 2014: 64.

İnsanlar çoğu şeyi çevrelerine göre algıladıkları için (algının göreceliği), bu iki çizgi aslında eşit uzunlukta, ancak farklı uzunluklarda görünmektedir. Buradaki illüzyon, iki satırın her iki ucundaki kutuların ilişkisinin sonucu gerçekleşmektedir (Goetz, 2014).

Benzerlik ifadelerinin seçimindeki bu asimetri, benzerlik yargılarındaki asimetri ile ilişkili olmaktadır. Bu nedenle, bir elips bir daireye, bir dairenin bir elipse benzemesinden daha çok benzer olmaktadır. Asimetrinin yönü, uyarıların göreceli belirginliği tarafından belirlenmekte; varyant, prototipe tam tersinden daha benzer olmaktadır. Benzerlik ilişkilerinin yönlülüğü ve asimetrisi, özellikle benzetmelerde ve metaforlarda fark edilmektedir. "Kaplanlar, Türkler gibi dövüşür." demek yerine, "Türkler, kaplanlar gibi dövüşür." denilmektedir. Kaplan, savaşçı ruhuyla ünlü olduğu için teşbihin konusu olmaktan çok gönderge

olarak kullanılmaktadır. Şairler, "Okyanus, aşkım kadar derindir." demek yerine, "Aşkım, okyanus kadar derindir." diye yazmaktadırlar, çünkü okyanus derinliği özetlemektedir. Bununla birlikte benzerlik etkileri bazen her iki yön de kullanılmaktadır ancak bu durumda farklı anlamlar taşımaktadırlar. "Bir adam, bir ağaç gibidir." denildiğinde insanın kökleri olduğu ima edilmektedir; "Ağaç, insan gibidir." denildiğinde ise ağacın bir yaşam öyküsü olduğu ima edilmektedir. "Hayat bir oyun gibidir." cümlesi insanların rol oynadığını ifade ederken, "Oyun, hayat gibidir." cümlesi bir oyunun insan hayatının temel unsurlarını yakalayabileceğini ifade etmektedir (Tversky, 1977).

İnsanlar karar verirken, benzer öğeler arasında ayırım yapabilen boyutlara daha büyük ağırlıklar atamaktadırlar. Yani, büyük fark taşıyan, maddeler arasında basit ve kolay ayırım yapılmasına izin veren bir boyuta daha fazla ağırlık verilmektedir ve bu görüş, baskınlık arayışı fikirleriyle uyumlu olmaktadır. Karar vericiler, farklı alternatifleri değerlendirmek ve onlara değerler atamak için bağlamı bir başlangıç noktası olarak kullanmaktadırlar. Bu yaklaşım, asimetrik baskınlık etkisinin rasyonel düşüncenin başka bir ihlali olarak değil, belirsiz bir durumda bilginin geçerli bir kullanımı olarak gördüğü için daha iyimser olmaktadır. Karar ağırlıkları ve öznel değer dolayısıyla tercihler, seçim görevi sırasında alakasız alternatiflerin belirli özelliklerine duyarlı bir şekilde yapılandırılmaktadır (Ariely ve Wallsten, 1995).

Görelilik Tuzağının Sağlık Hizmetlerinde Bağlam Etkilerinin Değerlendirilmesi

Görelilik tuzağı sağlık hizmetleri sunumu bağlamında değerlendirildiğinde bir hastanın bir hekimden aldığı hizmeti değerlendirirken gerçekleşen karar verme sürecinde görelilik tuzağına kapılabileceği düşünülmektedir. Hekimin o andaki daha olumlu tavrı hasta için farklı bir bağlam yaratırken, aksi durum ise olumsuz bir bağlam yaratabilmektedir. Bu kapsamda hastanın aldığı hizmeti değerlendirmesi istenildiğinde, ilk durumda pozitif, ikinci durumda negatif bir değerlendirme yapılması beklenebilmektedir. Oysa iki durumda da aynı kişiden hizmet alındığı için alınan hizmetin kalitesi temelde çok fazla değişmemektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesi hastalar açısından nispeten daha zor olduğu için hastalar karar sürecinde içinde bulundukları bağlama bağlı olarak karar sürecinde ve değerlendirmede farklı faktörleri de kullanmaktadırlar. Bunlar bağlam etkileri olarak değerlendirilmektedir ve görelilik olmaktadır.

Benzer şekilde bir hasta, hastaneden aldığı hizmeti değerlendirdiğinde ise hastanın hastaneye girdiği andan itibaren karşılaştığı tablo hastanın hastane ile ilgili değerlendirmelerini belirlemektedir. Uzun bekleme kuyrukları, laboratuvarlardan alınan hizmetlerin aksaması, radyoloji işlemlerinin uzaması vb. süreçler bağlamı olumsuz etkileyerek, görelilik sonucu kararın farklı şekillenmesine neden olmaktadır. Hasta hastanede gerçekleştirilen pek çok süreci aksaksız bir şekilde tamamlasa dahi, herhangi bir süreçte meydana gelebilecek bir aksama veya istenmeyen bir durum görelilik tuzağı gereği tüm süreçlerin değerlendirilmesinde negatif bir itici güç yaratacaktır.

Görelilik tuzağı insanların yaşamları boyunca karar vermelerine yardımcı olmakla birlikte, insanların kendilerini başkalarıyla karşılaştırmalarından ötürü bir takım olumsuz durumlara neden olabilmektedir (Ariely, 2017).

Ariely (2017)'nin görelilikle ilgili örneği oldukça dikkat çekicidir: Bir doktor kanser araştırmalarında Nobel Ödülü alma hayaliyle Harvard'dan mezun olmuştur. Birkaç yıl sonra, çoğu meslektaşının Wall Street firmalarında tıbbi yatırım danışmanı olarak kendisinin doktorluktan aldığından çok daha fazla kazandığını fark etmiştir. Önceden gelirinden memnunken artık arkadaşlarının yatlarından ve yazlıklarından dolayı kendini yoksul görmeye başlamıştır. Bunun üzerine kariyerine Wall Street yolunda yön vermiştir ve sonrasında çoğu meslektaşının doktorluktan kazandığının 10 katını kazanmıştır. Nobel Ödülü'nü kazanmamıştır ama 'yoksulluk' hissine son vermek için hayallerinden vazgeçmiştir.

Yukarıdaki örnekte görelilik tuzağının yalnızca sağlık hizmeti alan tarafları değil, sunan tarafları da çeşitli şekillerde etkileyebildiği görülmektedir. Aldıkları ücretler söz konusu olduğunda sağlık çalışanları farklı

kurumlarda verilen maaşları ve kendi çalıştıkları kurumdaki maaşları karşılaştırarak, içinde bulundukları kurumun hasta yoğunluğu gibi bağlamı etkileyen durumları da göz önüne alarak görelilik tuzağına kapılarak kararlarını şekillendirebilmektedirler.

Görelilik tuzağının bir diğer ortaya çıktığı alan ise sağlık kurumlarında sunulan bazı hizmetlerin fiyatlandırılması olmaktadır. Burada acil ve devamlı hizmet alımını gerektiren sağlık hizmeti talebinin görelilik tuzağının dışında kaldığı unutulmamalıdır. Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetlerin bedellerinde fiyatlandırmalar tamamen piyasa koşullarına bırakılmamıştır. SUT, TTB gibi belli otoriteler fiyatlandırmalarda etkin rol oynamakla birlikte özel sağlık kurumlarının çeşitli fiyatlandırmaları, sağlık hizmetlerinin bazı alanlarında görelilik tuzağının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu hizmetlere örnek olarak diyetisyen, psikolog veya lazer epilasyon gibi hizmet sunan alanlarda gerçekleştirilebilecek uygulamalar verilebilmektedir. Örneğin bir kişi 1 seans lazer epilasyon aldığı seans ücretinin 400 tl olması, 5 seans alındığında 350 tl olması, 10 seans alındığında ise 300 tl olması kişiyi belki de ihtiyacı olmadığı halde daha fazla seans almaya yönelterek görelilik tuzağına neden olacaktır.

Sonuç

İnsan davranışları standart ekonomik teoremin öngördüğü şekli ile her zaman rasyonel olmamaktadır. İnsanların karar sürecinde etkili olan başka pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin karar süreçlerinde kullanılması ise irrasyonel kararlar alınmasına neden olmaktadır. Kişiyi irrasyonaliteye iten faktörlerden biri ise görelilik tuzağıdır. Görelilik, hayatın her alanında yer aldığı için sağlık hizmetlerinin de görelilik tuzağından tamamen soyutlanmış olacağı düşünülmemektedir. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği acil, beklenmedik durumlar ile kronik hastalık durumlarında çok fazla rastlanmasa dahi karar verme ve satın alma süreçlerini içeren bir pazar yapısını da içermesinden dolayı sağlık hizmetleri alanında da görelilik tuzağına kapıldığı düşünülmektedir.

Kaynakça

- Ariely, D. (2017). Akıldışı Ama Öngörülebilir, Çev: Asiye Hekimoğlu Gül, Filiz Şar. Optimist Yayın Dağıtım.
- Ariely, D., & Wallsten, T. S. (1995). Seeking subjective dominance in multidimensional space: An exploration of the asymmetric dominance effect. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 63(3), 223-232. <https://doi.org/10.1006/obhd.1995.1075>
- Goetz, M. K. (2014). Perception and the value of water: It's all relative. *Journal (American Water Works Association)*, 106(6), 62-65. <http://www.jstor.org/stable/jamewatworass.106.6.62>
- Huber, J., Payne, J. W., ve Puto, C. (1982). Adding Asymmetrically Dominated Alternatives: Violations of Regularity and the Similarity Hypothesis. *Journal of Consumer Research*, 9(1), 90-98. <http://www.jstor.org/stable/2488940>
- Rooderkerk, R.P., Heerde, H.J.V. ve Bijmolt, T. H. A. Incorporating Context Effects Into a Choice Model. *Journal of Marketing Research*. *Journal of Marketing Research Vol 48(4):767-780*. DOI: 10.2307/23033453
- Sedikides, C., Ariely, D., ve Olsen, N. (1999). Contextual and procedural determinants of partner selection: Of asymmetric dominance and prominence. *Social Cognition*, 17(2), 118-139. <https://doi.org/10.1521/soco.1999.17.2.118>
- Simonson, I. (1989). Choice Based on Reasons: The Case of Attraction and Compromise Effects. *Journal of Consumer Research*, 16(2), 158-174. <http://www.jstor.org/stable/2489315>
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological Review*, 84(4), 327-352. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.4.327>
- Tversky, A., ve Simonson, I. (1993). Context-Dependent Preferences. *Management Science*, 39(10), 1179-

1189. <http://www.jstor.org/stable/2632953>

Vrbova, L. ve Švecová L. (2012). Relativity Problem in Decision Making. The 6th International Days of Statistics and Economics, Prague, Czech Republic, September 13-15.

Wernerfelt, B. (1995). A Rational Reconstruction of the Compromise Effect: Using Market Data to Infer Utilities. Journal of Consumer Research, 21(4), 627-633. <http://www.jstor.org/stable/2489720>.

Oturum 5 | Session 5



Oturum Başkanı | Session Chair

Dr. Öğr. Ü. Hasan Giray Ankara
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğretim Üyesi ve
TÜSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Türkiye'nin Sağlık Turizmi Potansiyeli Karşısındaki Engellerin AHP Yöntemi ile Belirlenmesi

Determining the Barriers to the Potential of Health Tourism in Turkey Using the AHP Method

Arş. Gör. Pınar Öke Karakaya¹, Arş. Gör. Dr. Seda Sönmez¹, Arş. Gör. Dr. Gülnur İlgün²

¹Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Merkez/Kırıkkale

²Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Merkez/Aksaray

Özet

Değişen pazar koşullarında sağlık turizmi ülke ekonomilerine önemli ölçüde değer katmaktadır. Türkiye de sağlık turizmi sektöründe potansiyeli yüksek ülkeler arasındadır. Ancak Türkiye, mevcut potansiyeline rağmen sağlık turizmi faaliyetlerine engel teşkil edebilecek çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Buradan hareketle bu çalışmada, sağlık turizmi alanında Türkiye'nin mevcut potansiyelini kullanmasının önündeki engellere ilişkin ana kriterler belirlenmiştir. Bu kriterler arasında ülkeler arası ikili anlaşmaların yetersizliği, kolaylaştırıcıların yetersizliği, düşük kaliteli sağlık bakımı, personelin yetersizliği ve/veya deneyimsizliği ve marka imajına yönelik pazarlama çalışmalarının yetersizliği yer almaktadır. Sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren uzmanların kriterlere ilişkin görüşleri alınmış (n=18) ve kriter ağırlıkları AHP yöntemi ile hesaplanmıştır. Elde edilen bulgulara göre; ülkeler arası ikili anlaşmaların yetersizliği sağlık turizmi faaliyetleri önünde bulunan en önemli engel olarak tespit edilmiştir. En az engel teşkil eden kriterin ise düşük kaliteli sağlık bakımı olduğu görülmüştür. Araştırmadan elde edilen sonuçların sağlık politikacıları ve planlayıcılarına Türkiye'de sağlık turizminin geliştirilmesine yönelik alınacak kararlarda önemli kanıta dayalı bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlık turizmi, acente, AHP, politika, Türkiye.

Abstract

Under changing market conditions, health tourism adds significant value to national economies. Turkey is one of the countries with great potential in the field of health tourism. However, despite its current potential, Turkey may face various problems that hinder health tourism activities. From this point of view, this study identified the most important criteria for the obstacles that prevent Turkey from realising its current potential in the field of health tourism. These criteria include inadequate bilateral agreements

between countries, inadequate intermediaries, poor quality of healthcare, inadequate and/or inexperienced staff, and inadequate brand image marketing efforts. The opinions of experts working in the field of health tourism were obtained on the criteria (n=18) and the criteria weights were calculated using the AHP method. According to the results, the inadequacy of bilateral agreements between countries was identified as the most important obstacle to health tourism activities. The least obstructive criterion was poor quality of health care. It is expected that the results of the study will provide health policy makers and planners with important evidence-based information for making decisions on the development of health tourism in Turkey.

Keywords: Health tourism, agency, AHP, policy, Turkey.

Giriş

Sağlık sistemi içerisinde özel sektörün payının artması, sigorta ve telekomünikasyon gibi sağlık hizmetleri ile ilgili sektörlerin serbestleşmesi, azalan seyahat maliyetleri ve ulaşım olanaklarının iyileşmesiyle tüketicilerin ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının hareketliliğinin artması, gelir düzeyinin yükselmesi ve yaşanmadan kaynaklı sağlık hizmetleri talebinin artması sağlık hizmetlerinin küreselleşmesinde etkili olan faktörler arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin küreselleşmesinde etkili olan bu faktörler aynı zamanda sağlık ile ilgili hizmetlerin daha fazla ticarete konu olmasına neden olmuştur (Chanda, 2001). Sağlık hizmetleri ticareti, ulusal ülke ekonomisi içerisinde sağlık sektörünün ekonomik payını artırmasında büyük bir önem taşımaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, sağlık hizmetlerinin ihracatı ve ticari mülkiyetinin serbest bırakılması için stratejilerin uygulanması da dahil olmak üzere rekabetçi kaynaklarını ve avantajlarını en üst düzeye çıkarmak için çeşitli seçenekler aramaktadır (Pourkhaghan ve diğ., 2013). Sağlık turizmi de ülkelerin belirlemiş oldukları bu seçeneklerden bir tanesidir. Çok yönlü bir kavram olan sağlık turizmi, tüketicilerin bir tür tıbbi tedavi alma niyetiyle uluslararası sınırları aşmayı seçmesi olarak tanımlanmaktadır (Lunt ve diğ., 2011). Kaiser (2005) sağlık ekonomisi ve ticaret bakış açısı ile sağlık turizmini uluslararası tüketiciler için sağlık hizmetleri pazarı olarak tanımlamıştır.

Sağlık maliyetlerinin ve sigorta primlerinin yükselmesi, gelişmiş ülkelerde sigortasız veya kısmi sigortalı kişi sayısının artması, kamu sağlık sistemine sahip ülkelerde sağlık prosedürleri için uzun bekleme sürelerinin olması, yüksek kaliteli hizmetlerin uygun fiyata bulunması ve seyahat olanaklarının iyileşmesi sağlık turizminin gelişmesinde etkili olan faktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde iletişim ve internet erişiminin iyileşmesi sonucu hastaların sağlık bakımı için uluslararası seyahat konusunda farkındalıklarının artması da sağlık turizminin gelişmesinde etkili olan diğer bir faktördür (Ehrbeck ve diğ., 2008; Keckley ve diğ., 2008; Leahy, 2008; Veerasoontorn ve diğ., 2010; Johnston ve diğ., 2012; Victoor ve diğ., 2012).

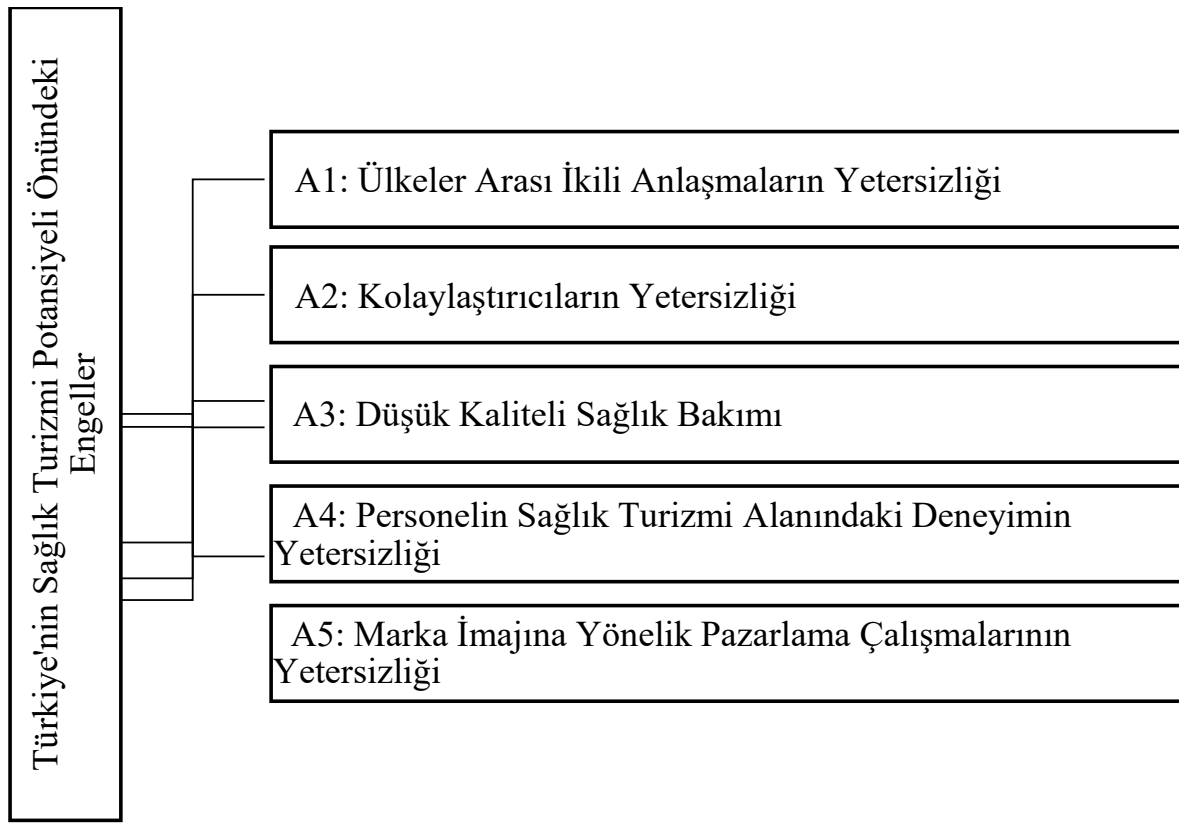
Sağlık turizminin gelişmesinde etkili olan faktörler olduğu gibi gelişmesinin önünde birtakım engeller de yer almaktadır. Bu engellerden bazıları; sağlık turizm hizmetlerinin yüksek maliyetleri, pazarlama faaliyetlerinin eksikliği, bakım kalitesinin düşük olması, uluslararası sağlık sigortasının olmaması ya da kısıtlı olması, uzman hekim sayısının az olması, kültürel farklılıklar, medikal ve turizm hizmet sağlayıcıları arasında işbirliği eksikliği, sağlık turizmi ile ilgili planlama ve politika yetersizliği, sağlık turizmi faaliyetlerinin yönetiminde koordinasyonun zayıflığı şeklinde sıralanabilir (John ve Larke, 2016; Rokni ve diğ., 2017; Momeni ve diğ., 2018; Zarei ve Maleki, 2019; Çavmak ve Çavmak, 2020; Bulatovic ve Iankova, 2021). Sağlık turizmi ile ilgili sıralanan engellerin ortadan kaldırılmasında veya olumsuz etkilerinin en aza indirilmesinde ilgilenilen ülke için muhtemel engellerin belirlenip, önceliklendirilmesi önem arz etmektedir. Buradan hareketle bu çalışmada Türkiye’de sağlık turizminin gelişmesinin önünde yer alan potansiyel engellerin belirlenmesi ve belirlenen engellerin sağlık turizmi paydaşlarının bakış açısı ile önceliklendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışmanın amacından hareketle literatür taraması yapılmış ve Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyeli önünde engel teşkil edebilecek faktörler belirlenmiş ve araştırmanın modeli oluşturulmuştur. Bu faktörler (1) ülkeler arası ikili anlaşmaların yetersizliği; (2) kolaylaştırıcıların yetersizliği; (3) düşük kaliteli sağlık bakımı; (4) personelin sağlık turizmi alanında deneyiminin yetersizliği; (5) marka imajına yönelik pazarlama çalışmalarının yetersizliği olarak belirlenmiştir. Bu faktörlerin değerlendirilmesinde çok kriterli karar verme yöntemlerinden birisi olan Analitik Hiyerarşi Prosesi (AHP) yöntemi uygulanmıştır. Çalışmanın amacının engel olabilecek faktörlerin önceliklendirilmesinin yapılması olmasından dolayı iki seviyeli bir AHP modeli kurulmuştur (Şekil 1). Bu modelin ilk seviyesinde araştırmanın problemi, ikinci seviyesinde de ilgili faktörlerin olduğu alternatifler yer almaktadır.

AHP yöntemi, temelde çok kriterli bir çevrede bir tercih probleminin çözümü için kullanılsa da planlama, kaynak tahsisi, önceliklendirme ve optimizasyon gibi farklı amaçlar için uygulanabilen çok kriterli karar verme yöntemlerinden biridir (Forman ve Gass, 2001). Yöntemin, hem problemleri farklı düzeylerdeki hiyerarşilere ayırmasıyla nitel hem de alternatifler arasında ikili karşılaştırmalar yaparak önem düzeylerini belirleyebildiği için nicel yaklaşımlardan ileri geldiği ifade edilebilir (Wong ve Li, 2008). Sağlık sektöründe de problemlerin çözümünde AHP yönteminin tanı koyma, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi, sağlık teknolojilerinin seçimi ve sağlık politikalarının değerlendirilmesi gibi birçok durumda sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Liberatore ve Nydick, 2008).

Şekil 1. Araştırmanın Modeli



AHP yönteminin uygulanması temelde altı aşamadan oluşmaktadır (Vaidya ve Kumar, 2006; Saaty, 2008):

(1) Problemin, kriterlerin ve alternatiflerin tanımlanması: İlk olarak karar verilmesi istenen problemin ne olduğu açıkça tanımlanır ve problemin çözümünü etkileyebilecek kriterlerin, varsa alt kriterlerin ve alternatiflerin neler olduğu belirlenir. Bu çalışmada da çözümü istenen problem, Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyeli önünde engel teşkil edebilecek faktörlerin önceliklendirilmesi olarak tanımlanmıştır. Alternatifler ise literatür taraması yapılarak belirlenmiş ve beş faktör olarak modelde yer verilmiştir.

(2) Hiyerarşik yapının oluşturulması: Araştırmanın problemi, kriterler, alt kriterler ve alternatifleri oluşturan farklı düzeylerden oluşan bir hiyerarşi içerisinde yapılandırılırlar. Bu çalışmanın amacının da Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyeli önünde engel olabilecek faktörlerin önceliklendirilmesi olduğundan iki düzeyli bir AHP modeli kurulmuştur.

(3) İkili karşılaştırma matrislerinin oluşturulması: Hiyerarşide yer alan her düzeydeki unsur, ikili karşıla-

tırmalar $[n(n-1)/2]$ yapılarak derecelendirilir. Derecelendirmenin yapılmasında Saaty (1990) tarafından önerilen İkili Karşılaştırma Ölçeği (Tablo 1) kullanılmaktadır. Bu araştırmada da belirlenen beş faktör ikili karşılaştırmalar yapılarak Saaty ikili karşılaştırma ölçeği ile derecelendirilmiştir. Bu verilerin düzenlenmesi MS Excel programında gerçekleştirilmiştir.

(4) Kriterlere/alt kriterlere/alternatiflere ilişkin ağırlıkların belirlenmesi: Bu aşamada ikili karşılaştırma matrislerinden elde edilen değerler ile ağırlıklar hesaplanmaktadır. Çalışmada matrislerden elde edilen verilerin analiz edilmesinde Super Decision V3.2 programından faydalanılmıştır.

(5) Tutarlılıkların değerlendirilmesi: Bir önceki aşamada elde edilen ağırlıkların tutarlılıklarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değer, alternatifler arasında ikili yapılan karşılaştırmalarda karar vericilerin ne derece tutarlı olduğunu göstermektedir. Elde edilen tutarlılık katsayısının 0,10'dan küçük olması elde edilen ağırlıkların geçerli olduğunu ifade etmektedir. Bu araştırmada da ağırlıklara ilişkin tutarlılık katsayısının 0,013 olduğu bulunmuş ve 0,10 değerinden küçük olduğu için elde edilen ağırlıkların tutarlı olduğu sonucuna varılmıştır.

(6) Önceliklerin belirlenmesi: Son olarak eğer ağırlıklara ilişkin elde edilen tutarlılık katsayısı istenilen düzeyde ise, bu ağırlıklara göre alternatifler sıralanmaktadır. Ağırlığı en yüksek olan alternatif birinci önceliğe sahipken, en küçük ağırlığı olan alternatif son önceliğe sahiptir. Bu araştırmada da elde edilen ağırlıklara göre Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyeli önündeki engeller öncelik sırasına göre sıralanmıştır.

Tablo 1. Saaty İkili Karşılaştırma Ölçeği

Önem Derecesi	Tanımı
1	Eşit derecede önemli
3	Orta derecede önemli
5	Önemli ya da güçlü derecede önemli
7	Çok güçlü derecede önemli
9	Aşırı derecede önemli
2,4,6,8	Ara değerler

Araştırmanın amacına uygun olarak alternatiflerin ikili karşılaştırmalarının yer aldığı anket formu, sağlık turizmi alanında Türkiye'de faaliyet gösteren sağlık turizm acentesi temsilcileri ve özel sağlık kuruluşlarında uluslararası hasta hizmetleri birimi çalışanlarından oluşan 18 kişiye yüz yüze görüşmeler ile uygulanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve yukarıda belirtilen metodoloji izlenerek analiz edilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçların öznel yargılara da dayanmasından dolayı evrenin kesin bir temsilinin olmadığı belirtilmesi gerekmektedir.

Bulgular

Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyeli önündeki engellerin önceliklendirilmesi amacıyla beş ana alternatifin her bir karar verici tarafından yapılan ikili karşılaştırmaları bilgisayar ortamına aktarılmış ve geometrik ortalamaları hesaplanarak ortak bir karşılaştırma matrisi haline getirilmiştir. Elde edilen ortak matrise Tablo 2'de yer verilmiştir. Alternatiflere ilişkin karşılaştırma matrisinin tutarlılık katsayısı ise 0,013 olarak elde edilmiş ve ağırlıkların tutarlı olduğu görüldüğünden ($<0,10$) ağırlık katsayılarına göre sıralamalar yapılmıştır.

Tablo 2. Ortak Karşılaştırma Matrisi

Alternatifler	A1	A2	A3	A4	A5
A1	1	1,955	2,910	1,026	1,613
A2	0,511	1	1,399	0,489	0,541
A3	0,343	0,714	1	0,333	0,469
A4	0,974	2,044	2,995	1	1,360
A5	0,619	1,848	2,132	0,735	1

Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda elde edilen ağırlıklara ve önem derecelerine Tablo 3'te yer verilmiştir.

Tablo 3: Alternatiflerin Ağırlık Yüzdeleri ve Önem Dereceleri

No	Alternatifler	Ağırlık Yüzdesi	Önem Derecesi
1	Ülkeler arası ikili anlaşmaların yetersizliği	0,3036	1
2	Kolaylaştırıcıların yetersizliği	0,1208	4
3	Düşük kaliteli sağlık bakımı	0,1022	5
4	Personelin sağlık turizmi alanındaki deneyiminin yetersizliği	0,2618	2
5	Marka imajına yönelik pazarlama çalışmalarının yetersizliği	0,2116	3

Tablo 3'te görüldüğü üzere analiz sonucunda sağlık turizmi önündeki en önemli engelin “Ülkeler arası ikili anlaşmaların yetersizliği” olduğu görülmektedir. “Personelin sağlık turizmi alanındaki deneyiminin yetersizliği” önem derecesine göre ikinci sırada yer almaktadır. “Marka imajına yönelik pazarlama çalışmalarının yetersizliği” ise katılımcılar açısından en önemli üçüncü faktördür. “Kolaylaştırıcıların yetersizliği” faktörü ise önem derecesine göre dördüncü faktör olarak belirlenmiştir. Önem derecesi en düşük faktör ise düşük kaliteli sağlık bakımıdır.

Sonuç

Araştırma kapsamında Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyelinin önündeki engellerin önceliklendirilmesinin yapılması amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik olarak hangi faktörlerin engel teşkil edebileceği literatür taraması yapılarak belirlenmiş ve (1) ülkeler arası ikili anlaşmaların yetersizliği; (2) kolaylaştırıcıların yetersizliği; (3) düşük kaliteli sağlık bakımı; (4) personelin sağlık turizmi alanında deneyiminin yetersizliği; (5) marka imajına yönelik pazarlama çalışmalarının yetersizliği olmak üzere beş ana faktör değerlendirilmiştir. Alternatiflerin karşılaştırılmasında Türkiye'de sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren turizm acentesi çalışanları ile sağlık kurumlarının uluslararası hasta birimlerinde çalışan sağlık personelleri karar vericiler olarak yer almıştır. Görüşleri alınan karar vericilerin özellikle sağlık turizmi konusunda saha deneyimi olan kişilerden oluşması çalışmadan elde edilen sonuçların önemini artırmaktadır. Araştırma kapsamında Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyeli önündeki engellerin önceliklendirilmesinde en sık kullanılan çok kriterli karar verme yöntemlerinden biri olan AHP yönteminden faydalanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyeli önündeki en önemli sorunun ülkeler arası ikili anlaşmaların yetersizliğinin olduğu görülmüştür. Böylece sağlık turisti gelme potansiyelinin fazla olduğu ülkeler başta olmak üzere Türkiye ile sağlık turizmi konusunda rekabet halinde olan ülkelerin sağlık turisti potansiyelleri de incelenerek ilgili ülkeler ile ikili anlaşmalar yapılarak Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyelinin artabileceği önerilmektedir. İkinci öneme sahip faktör olarak sağlık turizmi alanında çalışan personelin deneyiminin yetersizliği ortaya çıkmıştır. Bu alanda çalışacak olan sağlık personeline yabancı dil eğitimi başta olmak üzere sağlık turizmi konusunda eğitimler verilmesi, bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması ve etkililiğinin değerlendirilmesi önerilebilir. Ayrıca bu alanda çalışacak olan kalifiye insan gücü ihtiyacı için ön lisans programlarının açılması ve var olan kurumların müfredatlarının güncel olup olmadığının değerlendiril-

mesi gerektiği ifade edilebilir. Araştırmada karar vericilerin üçüncü olarak marka imajına yönelik pazarlama çalışmalarının ve bunu takiben dördüncü olarak kolaylaştırıcıların yetersiz olduğunu düşündükleri görülmüştür. Kolaylaştırıcıların yetersizliğinin öncelik olarak son sıralarda yer almasında Türkiye’de Mart 2022 itibariyle Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş olan 351 aracı kuruluş bulunmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Marka imajına yönelik pazarlama çalışmalarının yetersizliğinin esasen kolaylaştırıcılar ile bağlantılı olduğu ifade edilebilir. Eğer mevcut sağlık turizmi faaliyeti gösteren seyahat acentesi, aracı kurum ve kuruluşlar Türkiye’nin marka imajına yönelik pazarlama çalışmalarına destek verirlerse Türkiye’nin sağlık turizmi potansiyelinin de artacağı düşünülebilir. İlgili pazarlama çalışmalarının öncelikli olarak Türkiye’nin sağlık turisti potansiyelinin yüksek olduğu ülkeler dikkate alınarak yapılması önerilebilir. Araştırma kapsamında son olarak Türkiye’nin sağlık turizmi potansiyeli önündeki engeller arasında en son önceliğe sahip faktörün düşük kaliteli sağlık bakımı olduğu görülmüştür. Bu durumun en önemli sebeplerinden birisinin Türkiye’deki akredite olan kuruluş sayısının fazla olması ve Sağlık Bakanlığı tarafından Mart 2022 itibariyle sağlık turizmi faaliyeti konusunda yetkilendirilmiş 1602 sağlık tesisinin var olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılacak olan pazarlama çalışmalarında ve ikili anlaşmalarda Türkiye’nin sağlık turizmi konusundaki bu güçlü yönünün vurgulanması önerilebilir.

Türkiye’de sağlık turizmine yönelik yapılan çalışmalarda da bu araştırmadan elde edilen sonuçlara benzer sonuçların elde edildiği görülmüştür. Çavmak ve Çavmak (2020) tarafından Türkiye’nin sağlık turizmi konusundaki engellerin değerlendirildiği araştırmada en önemli sorunun olumsuz marka imajı olduğu belirlenmiştir. Bu durumun Türkiye’de sağlık turizmi konusunda yeteri kadar pazarlama çalışmalarının yapılmaması ile ilgili olduğu ifade edilmiştir. Benzer olarak Yiğit ve Demirbaş (2020) tarafından Türkiye’nin medikal turizm gelişimine etki eden faktörlerin SWOT-AHP analizinin yapıldığı araştırmada da zayıf yönleri arasındaki en önemli faktörün yabancı dil problemi olduğu ve bunu tanıtım ve pazarlama çalışmalarının yetersizliğinin takip ettiği görülmüştür. Güçlü yönleri arasında ise en önemli faktörün uygun fiyat avantajı ve akredite kuruluş sayısı olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla yapılacak olan ikili anlaşmalarda ve pazarlama çalışmalarında bu yönler ön plana çıkarılarak Türkiye’nin sağlık turizmi potansiyeli artırılabilir.

Bu çalışma sonucunda Türkiye’nin sağlık turizmi potansiyeli önündeki engeller önceliklendirilmiştir. Ancak farklı alternatifler ve uzman görüşleri ile elde edilen sonuçların farklılık gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bununla birlikte araştırmada özellikle sahada aktif olarak çalışan sağlık turizmi uzmanlarının görüşlerinin alınmış olmasının sorunun tespitinde daha uygulamaya dönük sonuçların elde edilmesini sağlamıştır. Böylece çalışma sonucunda elde edilen çıktıların sağlık turizmi konusunda alınacak olan kararlarda sağlık politikacıları ve planlayıcılarına yol göstereceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Bulatovic, I., & Iankova, K. (2021). Barriers to Medical Tourism Development in the United Arab Emirates (UAE). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1364-1379.
- Cavmak, D., & Cavmak, S. (2020). Using AHP to prioritize barriers in developing medical tourism: case of Turkey. *Int J Travel Med Glob Health*, 8(2), 73-79.
- Chanda, R. (2001). *Trade in Health Services*. India: Indian Council for Research on International Economic Relations.
- Ehrbeck, T., Guevara, C., Mango, P. D., Cordina, R., & Singhal, S. (2008). Health care and the consumer. *McKinsey Quarterly*, 4(2), 80-91.
- Forman, E. H., & Gass, S. I. (2001). The analytic hierarchy process—an exposition. *Operations research*, 49(4), 469-486.
- John, S. P., & Larke, R. (2016). An analysis of push and pull motivators investigated in medical tourism research published from 2000 to 2016. *Tourism Review International*, 20(2-3), 73-90.

- Johnston, R., Crooks, V. A., & Snyder, J. (2012). "I didn't even know what I was looking for": A qualitative study of the decision-making processes of Canadian medical tourists. *Globalization and health*, 8(1), 1-12.
- Kaiser, K. (2005). The healthcare service market for the international consumer: an analysis of the Philippines. The Small and Medium Enterprise Development for Sustainable Employment Program (SMED-SEP). Project, (01.2467), 7-001.
- Keckley, P. H., & Underwood, H. R. (2008). Medical tourism: Consumers in search of value. Washington: Deloitte Center for Health Solutions.
- Leahy, A. L. (2008). Medical tourism: the impact of travel to foreign countries for healthcare. *The Surgeon: Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*, 6(5), 260-261.
- Liberatore, M. J., & Nydick, R. L. (2008). The analytic hierarchy process in medical and health care decision making: A literature review. *European Journal of Operational Research*, 189(1), 194-207.
- Lunt, N., Smith, R. D., Exworthy, M., Green, S. T., Horsfall, D. G. ve Mannion, R. (2011). Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review. OECD. <http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>
- Momeni, K., Janati, A., Imani, A., & Khodayari-Zarnaq, R. (2018). Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: A qualitative study. *Tourism Management*, 69, 307-316.
- Pourkhaghan, Z., Ebrahimi Pour Faez, S., Pourkhaghan, S., & Ghahrieh, S. (2013). Interaction of economic indicators and medical tourism industry. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 1(3), 133-139.
- Rokni, L., Avci, T., & Park, S. H. (2017). Barriers of Developing Medical Tourism in a Destination: A Case of South Korea. *Iranian journal of public health*, 46(7), 930-937.
- Saaty, T. L. (1990). How to Make a Decision: the Analytic Hierarchy Process. *European Journal of Operation Research*, 48, 9-26.
- Saaty, T. L. (2008). Decision making with the analytic hierarchy process. *International Journal of Services Sciences*, 1(1), 83-98.
- Vaidya, O. S., & Kumar, S. (2006). Analytic hierarchy process: An overview of applications. *European Journal of operational research*, 169(1), 1-29.
- Veerasoontorn, R., & Beise-Zee, R. (2010). International hospital outshopping: a staged model of push and pull factors. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4, 247-264.
- Victoor, A., Delnoij, D. M. J., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. DJM. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 12, 272-288.
- Wong, J. K., & Li, H. (2008). Application of the analytic hierarchy process (AHP) in multi-criteria analysis of the selection of intelligent building systems. *Building and Environment*, 43(1), 108-125.
- Yiğit, A., & Demirbaş, M. B. (2020). Türkiye'de Medikal Turizmin Gelişimine Etki Eden Faktörlerin SWOT-AHP Yöntemi ile Tespit Edilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(22), 173-192.
- Zarei, A., & Maleki, F. (2019). Asian medical marketing, a review of factors affecting Asian medical tourism development. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 20(1), 1-15.

Salgın Sonrası Sağlık Turizmi İçin Haloterapi: Çankırı Tuz Mağarası Örneği

Halotherapy for Health Tourism after the Epidemic: Çankırı Salt Cave Example

Prof. Dr. Azize Serap Tunçer¹, Dr. Öğr. Üyesi Sinan Bulut²

¹Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı, Çankırı

²Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı, Çankırı

Özet

Dünya ölçeğinde hem yaşam süresinin uzaması hem de sağlıklı yaşama dair bilinç düzeyinin artmasına paralel olarak, sağlık hizmetlerinin de daha fazla yaygınlaştırılması ve çeşitlendirilmesi politikaları izlenmiştir. Aynı süreçte bir yandan dünyanın tek kutupluluğu daha liberal politikalar ve sağlık hizmetinde ticarileşmenin artışı dayatırken, diğer yandan çok temel bir hizmet alanı olan sağlık hizmetlerindeki sosyal politika taleplerinin yükselişi gözlenmiştir. Özellikle dünyayı hakimiyeti altına alan covid 19 pandemisi sonrası, temel insan hakkı olarak sağlık hakkı, sağlıklı toplum, sağlıklı kent, merkezi ve yerel sağlık politikaları kavramları üzerinden tüm toplumsal düzenekler sorgulanmıştır. Salgının çok boyutlu etkileri de toplumları daha sağlık odaklı düşünmeye itmiş ve çözüm perspektifinde, her senaryo sağlık bağlamıyla irdelenmiştir.

Bütün bu çapraz ağlar içerisinde, dengeli ve etkin bir sağlık politikası üretmede, küresel, ulusal ve yerel aktörlerle çok boyutlu yönetim ve daha işbirlikçi modeller ortaya çıkmıştır. Büyüyen bir sektör olarak sağlık turizmi, pandemi sürecinden etkilenmiş olsa da yeni dönemde daha yoğun bir ilgi ile karşılaşacaktır. Dolayısıyla süreç, sağlık turizmine yönelebilecek yerel ve özgün zenginlikleri bir değer olarak öne çıkarmaktadır.

Bu çalışmada anılan süreçler değerlendirilerek, sağlık turizmi çerçevesinde tuz mağaralarının rolü ve önemi ele alınacaktır. Polonya'nın Wielicka, Avusturya'nın Hallstatt, Fransa'nın Salins-les-Bains, Nahçıvan'ın Tuz Hastanesi gibi merkezleri, tuz üretimleri yanı sıra tuz mağaralarının sağlık için işlevini de sergileyen örneklerdir.

Çalışma Çankırı Karatekin Üniversitesi BAP Proje Birimi tarafından desteklenmiş olan bir projenin sonuçlarını sunmaktadır. Dünyadaki diğer ülkelere göre 'mağara cenneti ülke' durumunda olan Türkiye'de yaklaşık 40.000 adet mağara bulunmaktadır. Ancak Çankırı'daki tuz mağarası, Hititler döneminden beri süren tuz üretim merkezi işlevi ile alanının tek örneğidir. Çalışma, ilin bu kapasitesinin genişletilmesinin ve mevcut mağaranın yalnızca tuz üretimi ve turizm işleviyle yetinilmeyerek, tedavi edici tesislere dönüştürülmesinin ve haloterapi uygulamalarının hayata geçirilmesinin gerekliliğini ve olanaklılığını irdelemektedir. Temel kurgusu, literatür taraması, resmi raporların incelenmesi, dünya örnekleri ile karşılaştırmalı olarak konunun ele alınması, anket ve mülakat analizlerine dayanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık turizmi, tuz madeni, haloterapi.

Abstract

In parallel with both the prolongation of life expectancy and the increase in the level of awareness about healthy living on a world scale, policies to further expand and diversify health services have been followed. In the same period, while the unipolarity of the world imposed more liberal policies and the in-

crease in commercialization in health care, on the other hand, the rise of social policy demands in health services, which is a very basic service area, was observed. Especially after the covid 19 pandemic, which has dominated the world, all social mechanisms have been questioned through the concepts of the right to health as a basic human right, healthy society, healthy city, central and local health policies. The multidimensional effects of the epidemic also pushed societies to think more health-oriented, and each scenario was examined in the context of health in the solution perspective.

In all these cross-networks, multidimensional management and more collaborative models have emerged with global, national and local actors to produce a balanced and effective health policy. Although health tourism, as a growing sector, has been affected by the pandemic process, it will encounter more intense interest in the new period. Therefore, the process highlights local and original riches that can be directed towards health tourism as a value.

In this study, the aforementioned processes will be evaluated and the role and importance of salt caves within the framework of health tourism will be discussed. Centres such as Wielicka in Poland, Hallstatt in Austria, Salinsles-Bains in France, and Salt Hospital in Nakhchivan are examples of salt production as well as the function of salt caves for health.

The study presents the results of a project supported by the Çankırı Karatekin University BAP Project Unit. There are approximately 40,000 caves in Turkey, which is a 'cave paradise country' compared to other countries in the world. However, the salt cave in Çankırı is the only example of its area with its function as a salt production center since the Hittite period. The study examines the necessity and possibility of expanding this capacity of the province and transforming the existing cave into therapeutic facilities and realizing halotherapy applications, not only with salt production and tourism functions. Its basic setup is based on literature review, examination of official reports, handling of the subject in comparison with world examples, survey and interview analysis.

Keywords: Health tourism, salt mining, halotherapy.

Giriş

2000'li yıllarla birlikte tüm dünyada ulaşım ve iletişim kanallarının giderek artması, gelişen bilim ve teknoloji ile sağlık hizmet kalitesinin yükselmesi, hasta ya da sağlıklı kişilerin sağlığına kavuşmak, korumak ya da geliştirmek amaçlı bir yerden başka bir yere seyahat etmelerine sebep olmaktadır. Sağlık turizmi olarak ifade edilebilecek bu durumda kişilerin temel amacı sağlık iken ayrıca yüksek maliyetlerden kaçınmak ve turistik seyahat de sağlık turizminin diğer amaçları olarak sıralanabilir. Dünya genelinde 1980'li yıllarla birlikte sağlık turizmi hareketliliği hız kazanmıştır (Şimşek, 2020). Sağlık turizmi; medikal turizm, termal, engelli ve yaşlı turizmi olmak üzere dört şekilde sınıflandırılmaktadır (Kantar ve Işık, 2014). Sağlık turizmi kapsamında sağlık kuruluşlarından hizmet alınmasının yanında, doğal kaynaklar olan termal sular, tuz mağaraları, güneş ve iklim olanaklarından da yararlanılmaktadır. Bu kaynakların insan sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Doğal kaynaklar arasında insan sağlığına iyileştirici etkisi bilinen bir diğer kaynak tuz mağaralarıdır. Tuz mağaralarının yanı sıra tuz odaları, tuz terapi merkezleri de doğal tuzun sağlık için kullanım alanlarındandır. Tuz mağaralarının antiseptik ve anti mikrobiyal özellikleri özellikle akciğer hastalıklarında iyileştirici etki yaratmaktadır. Ayrıca bağışıklık sistemini güçlendirici özelliği ile de tuz mağaraları sağlıklı insanların ilgi odağı olmaktadır (Kasalak ve Baliyev 2020). Ancak tuz mağaralarının tedavi için kullanımına yönelik hava kalitesi, alerjen ve mikroorganizma mevcudiyeti, hava akımı gibi hususlar açısından elverişli olması gerekmektedir (Akyüz, 2008). Tuz odalarının iyileştirici etkisi 2. Dünya Savaşı sırasında sığınak olarak kullanılan tuz madenlerinde uzun süre kalan insanların solunum yolu hastalıklarından arındıkları görülmüştür (Çiçekoğlu, 2012). Günümüzde de 2020 yılının başlarından itibaren tüm dünyada etkili olan Covid-19 salgınının ortaya çıkarmış olduğu solunum yolu sorunlarının atlatılmasında ve bağışıklık sisteminin güçlendirilmesinde tuz mağarasının sağlık turizmine kazandırılması önemli

rol oynayabilecektir.

Türkiye’de kaya tuzu yatakları kuzey ve orta Anadolu olmak üzere iki bölgede toplanmaktadır. Orta Anadolu bölgesinde yer alan Çankırı tuz mağarası 35 metre genişlik, 173 metre uzunluk ve 40 metre derinliği ile Türkiye’nin en önemli tuz mağarası konumundadır (Barutoğlu, 1961). Yaklaşık 5 bin yıldır tuz üretildiği bilinen dünyanın en eski ve en büyük tuz madenlerinden biridir (TC. Çankırı Valiliği, 2022). Hali hazırda temel işlevi olarak kaya tuzu üretimi gerçekleştirilen mağarada ayrıca sağlık turizmi açısından önemli bir potansiyele sahip olduğu düşünülmektedir. Mağaranın sağlık turizmine kazandırılması şehre sağlayacağı ekonomik katkı ve hareketliliğin yanında sağlık için yeni bir tesisin şehre kazandırılması bakımından da değerli olacaktır.

Bu araştırmada Çankırı ilinde bulunan Türkiye’nin en büyük kaya tuzu rezervine sahip tuz mağarasının sağlık turizmi açısından kullanılabilirliği ve Çankırı halkının tuz mağarası ve mağaranın sağlık turizmine kazandırılması konusundaki görüşleri değerlendirilmiştir.

Materyal Metot

Veri Toplama Formu

Araştırmada literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmış anket formu kullanılmıştır. Anket formunda sosyodemografik soruların yanında sağlık turizmi ve tuz mağarasının sağlık turizmine katkısını değerlendirmek üzere sorular yer almaktadır. Anket formu Çankırı ilinde ikamet eden katılımcılara yüz yüze uygulanmıştır.

Evren Örneklem

Araştırmada herhangi bir örneklem yöntemi ve sayısı belirlenmemiştir. Araştırmada Çankırı ilinde ikamet eden ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul edenlere anket uygulanmıştır. Araştırmada 303 kişiye anket uygulanmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0) programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde yüzde, ortalama, standart sapma hesaplanmış, kategorik veriler için ki-kare testi kullanılmıştır. $P<0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırmada katılımcıların yaş ortalaması $28,6\pm12,0$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %32,3’ü erkek, %67,7’si ise kadındır. Katılımcıların %38,9’u evli iken %61,1’i ise bekârdır. Ayrıca araştırmaya katılanların en çok %46,2 ile lisans mezunu katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların %63,4’ü herhangi bir işte çalışmadığını belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	98	32,3
Kadın	205	67,7
	303	100,0
Medeni durum		
Evli	118	38,9
Bekâr	185	61,1
	303	100,0
Eğitim durumu		
İlkokul	15	5,0
Ortaokul	23	7,6
Lise	103	34,0
Önlisans	11	3,6
Lisans	140	46,2
Yükseklisans	9	3,0
Doktora	2	0,7
	303	100,0
Çalışma durumu		
Kamu	58	19,1
Özel	36	11,9
Kendi işyeri	17	5,6
Çalışmayan	192	63,4
	303	100,0

Araştırmada katılımcıların %91,4'ü Çankırı tuz mağarasının sağlık turizmi için önemli bir yer olabileceğini belirtirken, %78,2'si tuz mağarasının sağlık turizmi için kullanılabileceğini ifade etmiştir. Ayrıca katılımcıların %43,2'si sağlık için başka bir kentte SPA, termal tesis gibi yerlere gittiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte katılımcıların %77,2'si tuz mağarasının sağlık sorunlarına iyi geleceğini düşünmektedir. Araştırmada elde edilen bir diğer bulgu ise katılımcıların %72,3'ü Çankırı'nın sağlık turizmi için altyapı sorunu olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Turizmine İlişkin Görüşleri

Tuz mağarasını sağlık turizmi için önemli buluyor musunuz?	Sayı	Yüzde
Evet		
Hayır	26	8,6
	303	100,0
Sağlığınız için SPA, Kaplıca veya Termal bir tesise gittiniz mi?		
Evet	131	43,2
Hayır	172	56,8
	303	100,0
Tuz mağarasını sağlık turizmi için kullanılabılır olarak değerlendiriyor musunuz?		
Evet	237	78,2
Hayır	16	5,3
Kısmen	50	16,5
	303	100,0
Tuz mağarası sağlık sorunlarına iyi gelir mi?		
Evet	234	77,2
Hayır	69	22,8
	303	100,0
Çankırı'nın sağlık turizmi açısından altyapı sorunu olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	219	72,3
Hayır	84	27,7
	303	100,0
Çankırı'nın hangi altyapı sorunu var?		
Barınma	3	1,4
Belediye hizmetleri	10	4,7
Gelişmemişlik	17	8,1
İletişim	14	6,6
İşletme yetersizliği	1	0,5
Konaklama	10	4,7
İşbirliği	1	0,5
Sağlık	1	0,5
Tanıtım	20	9,5
Ulaşım	129	61,1
Toplu taşıma araçları	5	2,4
	211	100,0

Araştırmaya katılanların %55,4'ü Çankırı tuz mağarasını gezdiğini belirtirken, %71,3'ü tuz mağarasının işlevselleştirilmesi durumunda Çankırı'yı geliştireceğini ifade etmiştir. Ancak öte yandan katılımcıların %72,9'u tuz mağarasının tanıtımının yeterince yapılmadığını belirtmiştir. Katılımcılar en fazla altyapı sorunu olarak %61,1'i ulaşım sorununu ifade ederken, sonrasında %9,5'i ile tanıtım sorunu belirtilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılanların %73,3'ü tuz mağarasının devlet tarafından işletilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Tuz Mağarasına İlişkin Görüşleri

Tuz mağarasını gezdiniz mi?	Sayı	Yüzde
Evet	168	55,4
Hayır	135	44,6
	303	100,0
Tuz mağarası Çankırı'yı geliştirir mi?		
Evet	216	71,3
Hayır	20	6,6
Kısmen	67	22,1
	303	100,0
Tuz mağarasının tanıtımı yeterince yapılıyor mu?		
Evet	36	11,9
Hayır	221	72,9
Kısmen	46	15,2
	303	100,0
Tuz mağarasını başkasına önerir misiniz?		
Evet	271	89,4
Hayır	32	10,6
	303	100,0
Tuz mağarasının işletmesi kim tarafından yapılmalı?		
Devlet	222	73,3
Özel Sektör	81	26,7
	303	100,0

Tablo 4. Cinsiyete Göre Değişken Dağılımları Arasındaki Farklılık

Değişken		Cinsiyet				Test İstatistiği
		Erkek (n=98)		Kadın (n=205)		
		n	%	n	%	
Tuz mağarası sağlık için önemli bir yer midir?	Evet	91	92,9	186	90,7	0,382 / 0,537
	Hayır	7	7,1	19	9,3	
Tuz terapisi, kaplıca, spa vb. için başka şehre gittiniz mi?	Evet	52	53,1	79	38,5	5,699 / 0,017
	Hayır	46	46,9	126	61,5	
Tuz mağarası sağlık için kullanılabilir mi?	Evet	78	79,6	159	77,6	3,905 / 0,142
	Hayır	8	8,2	8	3,9	
	Kısmen	12	12,2	38	18,5	
Tuz mağarası Çankırı'nın gelişimine katkı sağlar mı?	Evet	71	72,4	145	70,7	1,049 / 0,592
	Hayır	8	8,2	12	5,9	
	Kısmen	19	19,4	18	23,4	
Tuz mağarasının tanıtımı yeterli mi?	Evet	21	21,4	15	7,3	13,227 / 0,001
	Hayır	66	67,3	155	75,6	
	Kısmen	11	11,2	35	17,1	
Çankırı'nın sağlık turizmi açısından altyapı sorunu var mıdır?	Evet	57	58,2	162	79,0	14,400 / 0,0001
	Hayır	41	41,8	43	21,0	
Tuz mağarasını kim işletmeli?	Kamu	52	53,1	170	82,9	30,194 / 0,0001
	Özel sektör	46	46,9	35	17,1	
Değişken		Medeni durum				Test İstatistiği
		Evli (n=118)		Bekâr (n=185)		
		n	%	n	%	
Tuz mağarası sağlık için önemli bir yer midir?	Evet	114	96,6	163	88,1	6,639 / 0,010
	Hayır	4	3,4	22	11,9	
Tuz terapisi, kaplıca, spa vb. için başka şehre gittiniz mi?	Evet	59	50,0	72	38,9	3,605 / 0,058
	Hayır	59	50,0	113	61,1	
Tuz mağarası sağlık için kullanılabilir mi?	Evet	105	89,0	132	71,4	14,332 / 0,001
	Hayır	5	4,2	11	5,9	
	Kısmen	8	6,8	42	22,7	
Tuz mağarası Çankırı'nın gelişimine katkı sağlar mı?	Evet	99	83,9	117	63,2	15,126 / 0,001
	Hayır	5	4,2	15	8,2	
	Kısmen	14	11,9	53	28,6	
Tuz mağarasının tanıtımı yeterli mi?	Evet	18	15,3	18	9,7	2,166 / 0,339
	Hayır	82	69,4	139	75,2	
	Kısmen	18	15,3	28	15,1	

Çankırı'nın sağlık turizmi açısından altyapı sorunu var mıdır?		Evet	79	66,9	140	75,7	2,738 / 0,098
		Hayır	39	33,1	45	24,3	
Tuz mağarasını kim işletmeli?		Kamu	77	65,3	145	78,4	6,336 / 0,012
		Özel sektör	41	34,7	40	21,6	
Değişken		Eğitim Durumu					Test İstatistiği
		İlkokul/Ortaokul / Lise (n=141)		Ön lisans/Lisans/ Lisansüstü (n=162)		Ki-Kare / P	
		n	%	n	%		
Tuz mağarası sağlık için önemli bir yer midir?		Evet	126	89,4	151	93,2	1,423 / 0,233
		Hayır	15	10,6	11	6,8	
Tuz terapisi, kaplıca, spa vb. için başka şehre gittiniz mi?		Evet	53	37,6	78	48,1	3,425 / 0,064
		Hayır	88	62,4	84	51,9	
Tuz mağarası sağlık için kullanılabilir mi?		Evet	108	76,6	129	79,6	1,734 / 0,420
		Hayır	10	7,1	6	3,7	
		Kısmen	23	16,3	27	16,7	
Tuz mağarası Çankırı'nın gelişimine katkı sağlar mı?		Evet	101	71,6	115	71,0	12,098 / 0,002
		Hayır	16	11,4	4	2,5	
		Kısmen	24	17,0	43	26,5	
Tuz mağarasının tanıtımı yeterli mi?		Evet	26	18,5	10	6,2	12,370 / 0,002
		Hayır	99	70,2	122	75,3	
		Kısmen	16	11,3	30	18,5	
Çankırı'nın sağlık turizmi açısından altyapı sorunu var mıdır?		Evet	89	63,1	130	80,2	11,035 / 0,001
		Hayır	52	36,9	32	19,8	
Tuz mağarasını kim işletmeli?		Kamu	105	74,5	117	72,2	0,194 / 0,659
		Özel sektör	36	25,5	45	27,8	
Değişken		Herhangi Bir İşte Çalışma Durumu					Test İstatistiği
		Çalışanlar (n=111)		Çalışmayanlar (n=192)		Ki-Kare / P	
		n	%	n	%		
Tuz mağarası sağlık için önemli bir yer midir?		Evet	105	94,6	172	89,6	2,252 / 0,133
		Hayır	6	5,4	20	10,4	
Tuz terapisi, kaplıca, spa vb. için başka şehre gittiniz mi?		Evet	53	47,7	78	40,6	1,454 / 0,228
		Hayır	58	52,3	114	59,4	
Tuz mağarası sağlık için kullanılabilir mi?		Evet	93	83,8	144	75,0	5,655 / 0,059
		Hayır	7	6,3	9	4,7	
		Kısmen	11	9,9	39	20,3	
Tuz mağarası Çankırı'nın gelişimine katkı sağlar mı?		Evet	84	75,7	132	68,8	5,672 / 0,059
		Hayır	10	9,0	10	5,2	
		Kısmen	17	15,3	50	26,0	
Tuz mağarasının tanıtımı yeterli mi?		Evet	11	9,9	25	13,0	2,260 / 0,323
		Hayır	79	71,2	142	74,0	
		Kısmen	21	18,9	25	13,0	
Çankırı'nın sağlık turizmi açısından altyapı sorunu var mıdır?		Evet	79	71,2	140	72,9	0,107 / 0,744
		Hayır	32	28,8	52	27,1	
Tuz mağarasını kim işletmeli?		Kamu	67	60,4	155	80,7	14,899 / 0,000
		Özel sektör	44	39,6	37	19,3	

Araştırmada katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumuna göre yanıtları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olup olmadığı da değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgularda cinsiyete göre tuz mağarası tanıtımının yapılması, altyapı sorunu, tuz mağarasının işletmecisi yanıtları dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($P < 0,005$). Medeni durumlarına göre değerlendirme yapıldığında ise tuz mağarasının sağlık için önemi ve kullanılabilir olması, Çankırı'nın gelişimine katkı sunması ve kamu ya da özel sektör tarafından işletilmesine yönelik dağılımlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p < 0,005$).

Eğitim durumuna göre bakıldığında ise ilkokul/ortaokul/lise mezunları ile ön lisans/lisans/lisansüstü mezunları arasında tuz mağarasının tanıtımı, altyapı sorunu ve Çankırı'nın gelişime katkı sağlama konusunda ki yanıtların dağılımları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Çalışma durumuna göre ise herhangi bir işte çalışmayanların %80,7'si tuz mağarasının kamu tarafından işletilmesi gerektiğini belirtmişken bu oran çalışmalarda %60,4 olmuş ve istatistiksel açıdan bu fark anlamlı bulunmuştur ($P < 0,05$) (Tablo 4).

Tartışma

Sağlık turizmi kapsamında sunulan hizmetler ve bu hizmetlerin sunulduğu yerler değerlendirildiğinde oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır. Bu alan bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeyde hem kamu hem de özel sektörün dahil olduğu bir alan olup, toplumlar için sosyal ve ekonomik olarak bütünleşmeye de katkı sağlamaktadır (Yıldırım, 2020). Her geçen gün giderek artan sağlık turizmi pazarında Türkiye önemli ülke konumundadır. Gerek sunulan sağlık hizmetinin kalitesi gerekse maliyet açısından Türkiye sağlık turizminde tercih edilen ilk on ülke arasında yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı 2022 verilerine göre Türkiye’de 1602 sağlık tesisi sağlık turizmi kapsamında yetkilendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Bu tesislerin arasında özel muayenehaneler, hastaneler ve termal oteller yer almaktadır.

Sağlık turizminin çoğunlukla sağlık kurumları kapsamında yapılmasının yanında birtakım doğal kaynaklarda sağlık turizmi için kullanılmaktadır. Bu kaynaklardan biri de mağaralardır. Yaklaşık 40.000 mağara bulunan Türkiye’de mağara turizmi için açık mağaraların yanında uygun ekipman ile rehber eşliğinde gezilebilecek mağaralarda bulunmaktadır (Batı Karadeniz Kalkınma Ajansı, 2018). Bu mağaralar arasında sağlık turizmi açısından önemli yeri olanlar da mevcuttur. Özellikle tuz mağaralarının sağlık açısından olumlu etkileri bilinmektedir. Türkiye’de en bilinen tuz mağaraları; Çankırı’da Kaya Tuzu Mağarası, Nevşehir’in Gülşehir ilçesinde Tuz Köy Kaya Tuzu Mağarası, Iğdır’da Tuzluca Kaya Tuzu Mağarası ve Kırşehir’de Tepesidelik Tuz Mağarasıdır (Öztürk ve Öztürk, 2018). Bu araştırmada Çankırı ilinde bulunan tuz mağarasının sağlık turizmi açısından kullanılabilirliği ve mağaranın sağlık turizmine kazandırılması konusunda Çankırı halkının görüşleri değerlendirilmiştir.

Araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğu tuz mağarasının sağlık turizmi için önemli bir yer olduğunu belirtirken %78,2’si mağaranın sağlık turizmi için kullanılabilir olarak değerlendirmiştir. Kuter (2007) tarafından Çankırı ve çevresinin turizm açısından değerlendirildiği çalışmada tuz mağarasının astım hastaları için oluşturduğu ortam nedeniyle sağlık turizmi açısından önemli bir yer olduğu belirtilmiştir.

Araştırmada katılımcıların %43,2’si sağlık amaçlı bir başka ilde SPA merkezleri ve termal tesis gibi yerlere gittiklerini belirtmiştir. Katılımcıların yarısına yakını olarak ifade edebileceğimiz kişiler medikal tıbbın yanında alternatif ya da tamamlayıcı tıbbı başvurdıkları söylenebilir. Çankırı tuz mağarasının sağlık turizmine kazandırılması durumunda Çankırı halkının yanında diğer illerden de talep göreceği değerlendirilmiştir. Bu durumun en önde örnekleri olarak, Türkiye’de Iğdır’ın Tuzluca ilçesinde bulunan ve Nahçıvan’ın Tuz Dağında bulunan tuz terapi merkezleri, hastaların yoğun ilgiyle ziyaret ettikleri yerler olarak sağlık turizmi açısından önemini giderek artırmaktadırlar (SERKA Kalkınma Ajansı, 2022 ; Şimşek, 2020).

Araştırmada katılımcılara Çankırı’nın sağlık turizmi açısından altyapı sorunu sorulmuş ve katılımcıların belirttiği sorunların %61’i ulaşım, %9,5’i ise tanıtım olmuştur. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı 2014-2023 Bölge Planında Kastamonu, Çankırı ve Sinop illerine tur rotalarının tanıtım ve pazarlanmasını sağlayacak turizm acenteleri ve turistlere bölgede eşlik edecek donanımlı tur rehberleri sayısının artırılması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca raporda bölgedeki ulaşılabilirlik sorununun çözülmesi amacıyla projeler yürütüldüğü belirtilmiş ve bölge turizm hareketliliğinin artırılması hedeflenmiştir (Ergür, 2013). Karaman mağara turizmine yönelik Arpacı (2012), tarafından yapılan çalışmada da tanıtım ve pazarlama yetersizliği mağara turizmi için zayıf yön olarak belirtilmiştir. Çankırı tuz mağarasına ulaşımın daha kolaylaşması ve seyahatin daha nitelikli olması içinde çalışmalar başlatılmıştır (TC. Çankırı Valiliği, 2022).

Araştırmada elde edilen bir diğer bulgu ise tuz mağarasının işletilmesinin kamu ve özel sektör tarafından yapılmasına ilişkin olmuştur. Katılımcıların 73,3’ü tuz mağarasının işletilmesinin devlet tarafından yapılması gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların mağaranın devlet tarafından işletilmesinin çoğunlukla maliyet ve daha fazla önem verilmesi beklentisi içerisinde olmalarından kaynaklandığı olarak düşünülmüştür. Araştırmada katılımcıların tuz mağarasının sağlık ve sağlık turizmi için önemini farkında oldukları ancak bu kapsamda girişimlerin ve gereken önemin verilmediğini düşündükleri sonucuna varılmıştır.

Sonuç

Türkiye'nin önemli tuz rezervini barındıran ve oldukça geniş bir alana sahip olan Çankırı tuz mağarası sağlık turizmi için önemli bir yer olabilecek kapasitede olduğu düşünülmektedir. Mağaraya ulaşım, tanıtım, konaklama, çevre düzenlemesi gibi bir takım düzenlemelerin yapılması ile birlikte mağara içerisinde tuz terapi odalarının inşa edilmesi mağaranın sağlık turizmine kazandırılması açısından önemli faaliyetler olduğu değerlendirilmiştir. Ancak bununla birlikte mağaranın tedavi için uygunluğunun (hava kalitesi, hava akışı, mikroorganizma mevcudiyeti, nem, basınç ve alerjen yönünden) değerlendirilmesi de gerekmektedir. Mağaranın sağlık turizmine kazandırılması yerel yönetim, Sağlık Bakanlığı ve Kültür Bakanlığı işbirliği ile daha etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi mümkündür.

Sınırlılıklar

Araştırmada örneklem seçimi yapılmadığından bulguların genellenememesi bir sınırlılık olarak kabul edilmiştir.

Teşekkür

Gönüllü olarak bu çalışmaya katılmayı kabul edip, sorulara içtenlikle yanıt veren tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

Finansal Destek

Araştırma, Çankırı Karatekin Üniversitesi BAP Proje Birimi tarafından SBF210621B17 no'lu proje kapsamında desteklenmiştir.

Kaynakça

Akyüz, E. (2008). Sağlık turizmi çerçevesinde mağara turizmi: Çankırı İli-Polonya Krakow bölgesi örnekleri karşılaştırmalı analizi. Ankara: Uzmanlık Tezi, Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, Ankara.

Barutoğlu, Ö. (1961). "Türkiye Tuz Yatakları", Madencilik Dergisi, 2: 68-78.

Batı Karadeniz Kalkınma Ajansı. (2018). Bartın Mağaraları Hakkında Araştırma Raporu <https://www.kalkinmakutuphanesi.gov.tr/assets/upload/dosyalar/bartın-magaralari.pdf> Erişim Tarihi:01.05.2022

Ergür, H. (2013). TR82 Düzey 2 Bölgesi (Kastamonu, Çankırı ve Sinop İlleri) Bölge Planı 2014 – 2023. Ankara: Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı.

Çiçekoğlu, P. (2012). Haloterapi, tuz terapisi ve speleoterapi. Çankırı Tuz Çalıştay Raporu, Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı, 61-66.

Kantar, G., Işık, E. (2014). Türkiye'de sağlık turizmi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi; 1(1):15-20

Kasalak, M.A., Baliyev, V. (2020). Azerbaycan ve Türkiye'deki Tuz Mağaralarının Sağlık Turizmi Açısından Değerlendirilmesi. Uluslararası Kırsal Turizm ve Kalkınma Dergisi; 4(2).

Öztürk, A. ve Öztürk, Y. (2018). Rekreatif etkinlik bağlamında tuz mağaralarının kullanımı, Uluslararası Beden Eğitimi, Spor, Rekreatif ve Dans Kongresi "Sporda Küresel Hedefler"ss. 64-77

SERKA Kalkınma Ajansı. (2022). Tuz Terapi Merkezi'ni kısa sürede 50 bin kişi ziyaret etti. <https://www.serka.gov.tr/haber/haberler-tuz-terapi-merkezi-ni-kisa-surede-50-bin-kisi-ziyaret-etti/2229> Erişim Tarihi: 25.04.2022

Şimşek, O., (2020). Nahcivan Duzdağın Sağlık Turizm Potansiyeli. Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; 25;21-38

TC. Çankırı Valiliği. (2022). Tuz Mağarası. <http://www.cankiri.gov.tr/tuz-magarasi-cankiri> Erişim tarihi: 03.05.2022

TC. Sağlık Bakanlığı. (2022). Yetkilendirilmiş Sağlık Tesisleri. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-87740/yetki-belgesi-listeleri-guncellenmistir.html#> Erişim tarihi: 04.04.2022

Yıldırım H.H. (2020). Health Tourism and Anatolian Blessings Medicine: A Strategic Business Model Proposal for Turkey's Branding. Journal of Health Systems and Policies, 2(1), 1-32.

Oturum 6 | Session 6



Oturum Başkanı | Session Chair

Doç. Dr. Zeynep Güldem Ökem
TOBB ETÜ Öğretim Üyesi, Türkiye

COVID-19 Aşılarının Ükelere Adil Dağılımı Sorunu ve Aşı Eşitsizliğinin Küresel Sonuçları Üzerine Bir İnceleme

Comparison of Quality of Life in Turkey and Estonia at the End of the First Phase of the COVID-19 Pandemic

Doç. Dr. Muzaffer Akdoğan¹, Pınar Ünkür¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Üsküdar/İstanbul

Özet

Araştırma Problemi: COVID-19 pandemisiyle mücadele kapsamında en etkili silah aşılardır. Bu mücadelede aşılarda küresel düzeyde adil dağılımının sağlanamaması önemli bir sorundur. Bu çerçevede aşılarda ülkelere adil dağılımı sorununa ve aşı eşitsizliğinin küresel sonuçlarına dikkat çekmek araştırmanın problemi oluşturmaktadır.

Araştırmanın Amacı: Küresel sağlık politikaları bağlamında Birleşmiş Milletler (BM), bu alanda söz sahibi uluslararası kuruluşların başında yer almaktadır. BM Genel Sekreteri Antonio Guterres, salgının 2022 yılında sona ermesinin COVID-19 aşılarının ülkeler arasında adil paylaşımıyla mümkün olduğunu dile getirmektedir. Bu açıklamadan hareketle araştırmada, küresel anlamda COVID-19 aşılarının dağılımındaki mevcut durumun tespitiyle birlikte ülkeler arasındaki aşı eşitsizliğini vurgulamak ve bunun sonucunda da salgının sona ermesi ile küresel aşı politikası arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma amacı doğrultusunda, ülkelere yapılan aşılamaların dağılımına ilişkin güncel verilere ourworldindata.org internet adresi üzerinden erişim sağlanmış ve elde edilen bu ikincil veriler üzerinden karşılaştırmalı ve detaylı inceleme yapılmıştır.

Bulgular: COVID-19 pandemisinde aşı eşitsizliğine dikkat çeken BM, bu durumu ahlaki başarısızlık olarak ele almaktadır. Bu başarısızlığın sonucunda insanlar ve ülkeler sağlığa ilişkin olumsuz yaptırımlara maruz kalmaktadır. Ükelere yapılan aşı dağılımlarına bakıldığında güçlü ilaç şirketlerini elinde bulunduran, bağlantıları sağlam ve maddi imkânlarla sahip ülkelerin % 65 ve üzerinde yüksek aşılama oranlarına sahip olduğu görülmektedir. Aynı imkânlarla sahip olmayan Afrika ülkelerinde ise aşılama oranlarının minimum %8'leri gördüğü dikkat çekmektedir. Dolayısıyla ülkeler arasındaki aşılama dağılımlarında ortaya çıkan bu belirgin fark, aşı eşitsizliğini ve küresel düzeyde aşılama dağılımının adil olmadığını ortaya koymaktadır. Bu noktada küresel işbirliği bağlamında, ülkelerin aşıya erişimde engellerle karşılaşan ülkelere destek sağlaması ve buna yönelik politikalar oluşturması önem taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de bu farkı

kapatmak ve dünya nüfusunun % 70'inin aşılmasını sağlamak amacıyla 23 milyar dolar fon çağrısı yapmaktadır. Bu eylemlerin yerine getirilmesi, uzun vadede Dünya sağlık sistemi üzerinde ortaya çıkabilecek olası salgınlara karşı küresel işbirliği bağlamında birlikteliği sağlamada kuşkusuz faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: COVID-19 aşıları, aşı eşitsizliği, adil aşı dağılımı.

Abstract

Problem of Research: Vaccines are the most effective weapon in the fight against the COVID-19 pandemic. In this struggle, the inability to ensure the equitable distribution of vaccines at the global level is an important problem. In this context, the problem of the research is to draw attention to the problem of fair distribution of vaccines to countries and the global consequences of vaccine inequality.

Purpose of the Study: In the context of global health policies, the United Nations (UN) is one of the leading international organizations in this field. UN Secretary General Antonio Guterres states that the end of the epidemic in 2022 is possible with the fair sharing of COVID-19 vaccines between countries. Based on this explanation, it is aimed to emphasize the vaccine inequality between countries with the determination of the current situation in the distribution of COVID-19 vaccines in the global sense, and as a result, to reveal the relationship between the end of the epidemic and the global vaccine policy.

Method: For the purpose of the research, up-to-date data on the distribution of vaccinations in countries were accessed via ourworldindata.org internet address, and a comparative and detailed analysis was made on these secondary data obtained.

Findings: The UN, drawing attention to the vaccine inequality in the COVID-19 pandemic, considers this situation as a moral failure. As a result of this failure, people and countries are exposed to negative health sanctions. When we look at the distribution of vaccines made to countries, it is seen that countries with strong pharmaceutical companies, strong connections and financial means have high vaccination rates of %65 and above. It is noteworthy that in African countries, which do not have the same opportunities, vaccination rates are at least 8%. Therefore, this significant difference in the distribution of vaccination between countries reveals the inequality of vaccination and the unfair distribution of vaccination at the global level. At this point, in the context of global cooperation, it is important that countries provide support to countries that face obstacles in accessing vaccines and create policies for this. The World Health Organization is calling for a fund of 23 billion dollars in order to close this gap and to ensure that %70 of the world's population is vaccinated. The fulfilment of these actions will undoubtedly be beneficial in providing unity in the context of global cooperation against possible epidemics that may arise on the World health system in the long run.

Keywords: COVID-19 vaccines, vaccine inequality, fair vaccine distribution.

Giriş

Küreselleşme olgusunun sağlık ile ilişkisi her geçen gün artmaktadır. 2019 Mart ayında Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization/WHO) tarafından küresel bir sağlık krizi olarak ilan edilen COVID-19 pandemisi bu ilişkiyi bir taraftan derinleştirirken bir taraftan sorgulanır hale getirmiştir. Küresel ölçekte sağlığın temin ve tesis edilmesi hedefi küresel adalet ve eşitlik sorununun önemszenmesini gerektirmektedir. Ülke içinde eşit haklar veya fırsat eşitliği standartları ne olursa olsun, temel sorun, bunların tutarlı bir şekilde küresel olarak da uygulanmasını gerektirip gerektirmediğidir (Nagel, 2005: 115). Ulusal sorumluluk ve diğer yanda küresel adalet çoğunlukla görünüşte çatışan iki fikirdir. Miller'a (2008) göre bu fikirler üzerinde düşünüldüğünde, ilkinin ikincisini dışladığı (ulusal toplulukların kendi kaderlerinden sorumlu olduğu bir dünyada), bir anlamda küresel adaletin güçlü bir şekilde olamayacağı hâkim bir düşüncedir. Dolayısıyla, bu iki çelişkili durumdan biri farklı yerlerde yaşayan insanların göreceli konumlarına bakıldığında-

da, aralarındaki eşitsizliklerin kökten adaletsiz olduğunu söylerken, diğeri bu tür eşitsizliklerin hem kaçınılmaz hem de ulusal haklar bakımından adil olduğunu düşündürmektedir.

Küresel salgın olarak ilan edilen COVID-19 hastalığı ile mücadelede hem ulusal hem küresel ölçekte en etkili silahın aşılarda olduğu konusunda genel bir uzlaşma bulunmaktadır. Ulusal ve küresel sağlığın korunmasında ve özellikle COVID-19 ile mücadelede aşılarda küresel düzeyde adil dağılımının sağlanamaması önemli bir sorundur. Küresel sağlık politikaları bağlamında Birleşmiş Milletler (BM), bu alanda söz sahibi uluslararası kuruluşların başında yer almaktadır. BM Genel Sekreteri Antonio Guterres, salgının 2022 yılında sona ermesinin COVID-19 aşılarda ülkeler arasında adil paylaşımıyla mümkün olduğunu dile getirmektedir. Bu çalışmada aşılarda ülkelere adil dağılımı sorununa ve aşı eşitsizliğinin küresel sonuçlarına dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Çalışmanın amacı doğrultusunda, ülkelere yapılan aşılamaların dağılımına ilişkin güncel verilere ourworldindata.org internet adresi üzerinden erişim sağlanmış ve elde edilen bu ikincil veriler üzerinden bölgesel/kıtasal ayrıştırma yapılarak kıyaslamaya olanak sağlanmıştır. Ayrıca Dünya Bankası'nın Dünya Kalkınma Göstergeleri: Sağlık sistemleri verileri aşılanma oranlarındaki sıralama dikkate alınarak 6 bölge/kıta üzerinden tablolaştırılmıştır. Küresel anlamda COVID-19 aşılarda bölgesel/kıtasal dağılımındaki mevcut durumun tespitiyle birlikte ülkeler arasındaki aşı eşitsizliğinin ülke sağlık sistemleri ile karşılaştırarak görülmesi hedeflenmiştir. Ayrıca çalışmada COVID-19 pandemi sürecinde üretilen ve COVID-19 aşılarda eşitsizliği ve adaletsizliği üzerine yapılan literatür taraması sonucunda ulaşılan çalışmalar 'vaccine inequality' 'vaccine distribution' anahtar kavramları ile taranmış ve bu kavramlar üzerine yoğunlaşan çalışmalarda vurgulanan amaç ve sonuçlar tablolaştırılmıştır. Bu sayede literatürdeki aşı eşitsizliğini inceleyen çalışmalarda öne çıkan bulgular analiz edilmiş ve salgının sona ermesi ile küresel aşı politikası arasındaki ilişkiye projeksiyon tutulmuştur.

Çalışmada yukarıda açıklanan verilerden yararlanılarak küresel aşı eşitsizliğine ilişkin genel betimlemelere yer verilmiştir.

Küreselleşme ve Sağlık

Uluslararası arenada en çok kullanılan terimlerin başında küreselleşme kavramı yer almaktadır. Alan yazının incelendiğinde küreselleşme kavramı için bir ortak tanıma varılmadığı görülmekle birlikte, en yalın tabiriyle, Dünya üzerinde faaliyet gösteren insan-toplum ve devlet üçlü mekanizması arasında meydana gelen etkileşimin ve ilişkinin birbirini etkiler düzeyde giderek artmasına dayanmaktadır. Dinamikliğini her geçen gün korumaya devam eden küreselleşmenin gündemde yer alan her olayla bir ilintisinin olduğu aşikârdır. Küreselleşme, tanımından da anlaşılacağı üzere çok boyutlu merkezi bir kavram olup; ekonomik-siyasi/güvenlik-teknolojik/iletişimsel-kültürel ve çevresel/demografik boyutlara sahiptir. Dolayısıyla küreselleşme kavramı üzerinde durulduğunda bu boyutların birlikte ele alınması ve bütüncül bir yaklaşım gözetilmesi kaçınılmazdır (Bayar, 2008).

Sağlık sektörü küreselleşme süreç ve yapılarının etki odağında yer almaktadır (Ertaş ve Kırac, 2017). Küreselleşme kendisini, sağlık sektörü üzerinde bireysel ve toplumsal düzeyde ortaya koyduğu sağlık eşitsizlikleri ve bu eşitsizlikleri derinleştirmesi ile göstermektedir (Saçaklıoğlu, 2003: 130). WHO'ya göre sağlıkta eşitsizlik, insanların yaşadığı çevredeki sosyal koşullardan kaynaklanan sağlık durumundaki ya da sağlık kaynaklarının dağılımındaki farklılıklardır (WHO, 2018). Sağlıkta eşitsizlik toplumsal sağlık düzeyini gösteren bebek ölümleri, doğumda beklenen yaşam süresi ve bulaşıcı hastalıklar gibi temel göstergeler ile açığa çıkmaktadır (Saçaklıoğlu, 2003: 134).

Günümüzde etkisini tüm Dünya üzerinde gösteren COVID-19 hastalığı, sağlıkta eşitsizliğin göstergelerinden birisi olan bulaşıcı hastalıklara örnek teşkil etmektedir. 2019 yılında Çin'in Wuhan eyaletinde ortaya çıkan bu hastalık; tıpkı veba, sıtma, çiçek, grip hastalıkları gibi küresel salgın niteliği taşımaktadır (Baş,

2021). 2020 yılında virüs oldukça hızlı bir biçimde yayılım göstermiş ve küresel pandemiye dönüşmüştür (Jawad et al., 2021). Bugün bakıldığında ise Dünya üzerinde COVID-19'dan kaynaklanan ölüm oranının 6 milyonu aştığı görülmektedir (Our World in data, n.d.). COVID-19, nüfus ve toplumlar arasında sağlık hizmetleri konusunda var olan kronik eşitsizliği kanıtlamıştır (Bolcato et al., 2021).

COVID-19 Pandemisinde Dünya’da Aşılama Durumu ve Adil Aşılama Sorunu

Milyonlarca insana bulaşan COVID-19 krizi ile mücadele kapsamında ortaya çıkarılan aşılar önem göstermektedir (Baş, 2021) ve hala tüm Dünya’da pandemiyle başa çıkabilmek ve virüsü tamamen ortadan kaldırmak için aşılar temel araçlardır (Zaini, 2022). Ancak Dünya üzerinde COVID-19 aşılarının dağılımı büyük ölçüde eşitsizdir ve küresel ölçekte düşük ve orta gelirli ülkelere yapılan aşı dağılımında hayati önem taşıyan çabalara ihtiyaç olduğu söz konusudur (Tatar et al., 2021). Amerika Birleşik Devletleri Aşı Uygulamaları Tavsiye Kurulu’na (ACIP) göre aşı dağılımında dikkat edilmesi gereken dört etik prensip söz konusudur (McClung et al., 2020). Bunlar:

En fazla yararı ve en az zararı gözetmeli: COVID-19 aşıları hem bireye hem de topluma maksimum düzeyde fayda sağlamalıdır. Aşının sağladığı faydalar, COVID-19 enfeksiyonunun ve buna bağlı morbidite ve mortalite oranlarının azaltılmasını, sağlık sistemi üzerindeki yükün en aza indirilmesini ve toplumsal işleyişin sürdürülmesini kapsar.

Adaleti sağlamalı: Adalet, temelinde tüm vatandaşların mümkün olan en iyi seviyede sağlık ve esenlikten fayda görebilmesi için fırsat eşitliğini korumayı ve geliştirmeyi barındırmaktadır. COVID-19 aşılarının dağılımı herkesin eşit aşı olmak hakkına sahip olduğu gözetilerek adaleti teşvik eder nitelikte olmalıdır.

Sağlık eşitsizliklerini azaltmalı: Sağlıkta eşitlikten, herkesin sağlık hizmetine tam anlamıyla erişim sağlayabildiği ve sosyal koşullardan kaynaklı sağlık hizmetlerine erişimde problem yaşamadığı bir durum var olduğunda söz edilebilmektedir. Aşı dağılımında göz önünde bulundurulan stratejiler hem eldeki eşitsizlikleri azaltmayı hem de gelecekte oluşabilecek yeni eşitsizlikleri önlemeyi hedeflemeli bunun yanında sağlık hizmetlerine ulaşımı sekteye uğratabilecek tüm koşullar göz önüne getirilip bunlara uygun önlem alınması için çalışmalar yapılmalıdır.

Şeffaflığı desteklemelidir: Aşılama sürecinde toplum güvenini oluşturmak ve bunun devamlılığını sağlamak için şeffaflık gereklidir. COVID-19 aşılama programı çerçevesinde her türlü süreç net, planlı ve topluma yönelik olmalıdır.

Bu dört prensip günümüz aşılama verileri dikkate alındığında, ülkelerdeki aşılama oranlarının adaletli olmadığı hemen göze çarpmaktadır. COVID-19 aşılarının mevcut küresel dağılımı, büyük ölçüde güç eşitsizlikleri ve finansal ve diğer kaynaklardaki eşitsizlikler tarafından belirlenmekte olup ağırlıklı olarak yüksek gelirli ülkeler, belirli aşılar için ilaç şirketleriyle iki taraflı sözleşme yapmaktadır ve diğer ülkeleri adaletsizlikle karşı karşıya bırakmaktadır (Sekalala et al., 2021).

Gereç ve Yöntemler

Çalışma üç veri kaynağından yararlanılarak dizayn edilmiştir. İlk iki veri seti ikincil veri niteliğine sahip olup, veriler açık erişime imkân veren ourworldindata.org internet adresinden ve Dünya Bankası’nın Dünya Kalkınma Göstergeleri: Sağlık sistemleri istatistiklerinden temin edilmiştir. Ülke ülke aşılama oranlarının güncellenerek verildiği veriler, coğrafi yönden ele alınarak ülkeler bölgesel/kıtasal olarak gruplanmış ve grafik şeklinde oluşturulmuştur. Aynı yöntem Dünya Bankası ülke sağlık sistemleri verileri için de tablolar oluşturularak uygulanmıştır. Asya, Avrupa, Afrika, Amerika (Kuzey ve Güney) ve Okyanusya olmak üzere altı coğrafi bölgede aşılama oranları verilmiş ve küresel aşı eşitsizliğine ilişkin bölgesel farklılıklar betimlenmeye çalışılmıştır. Üçüncü veri kaynağı konu ile ilgili ulusal ve uluslararası literatürde yer alan kaynaklara Pubmed, Google Scholar, Science Direct ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kütüphanesi veri ta-

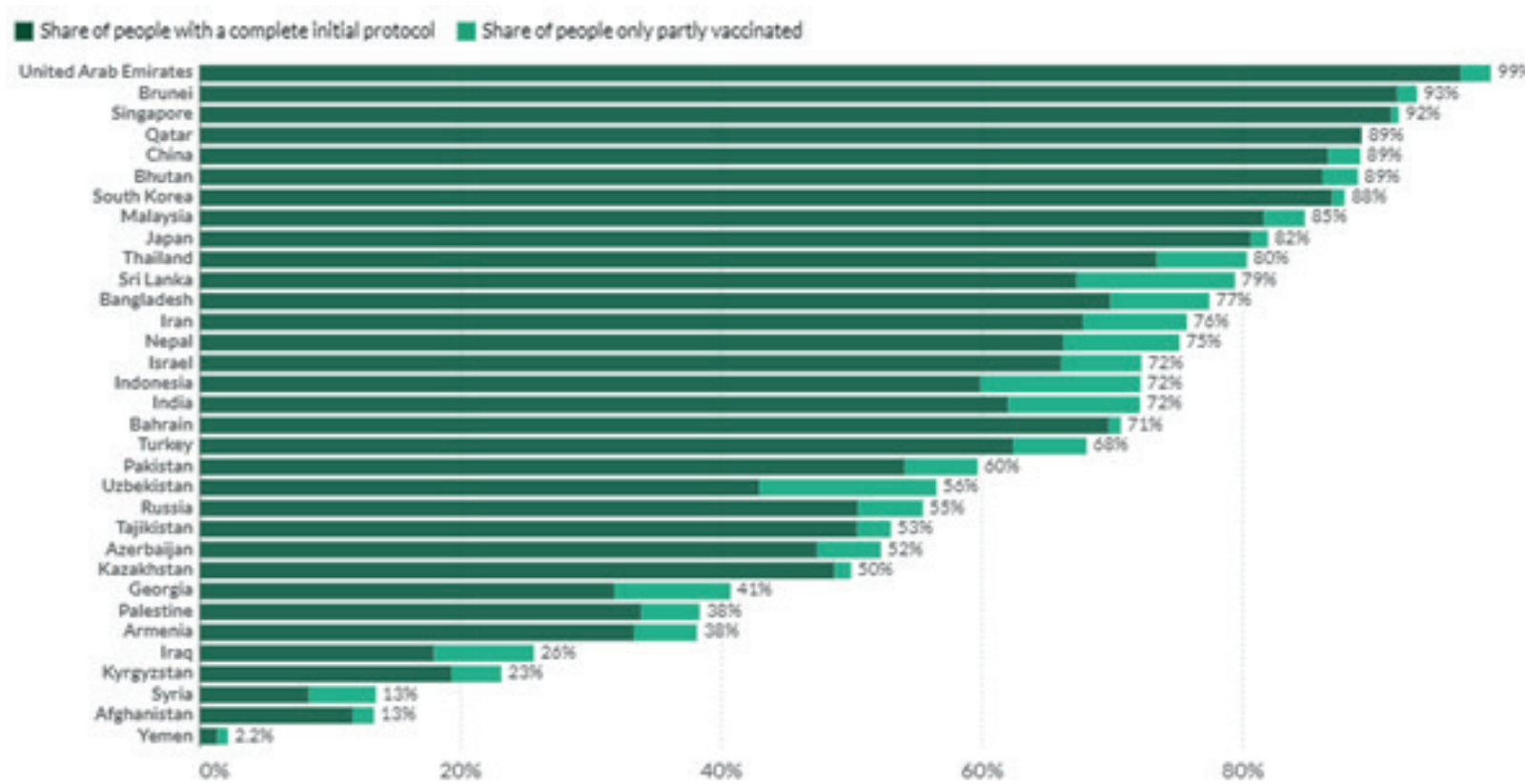
banları üzerinden erişim sağlanarak elde edilmiştir. Bu çerçevede 43 çalışmaya (38 makale ve 5 kitap) ulaşılmıştır. Burada elde edilen kaynakların analizinde, yapılan çalışmaların küresel aşı eşitsizliği konusu ile alakalı olup olmama durumu dikkate alınmış ve makale ve kitaplar bir arada incelenerek holistik bir bakış açısıyla konuya yaklaşmak hedeflenmiştir. Mevcut kaynakların analizinde yıl bazında bir sınırlama yapılmamış ve çalışma konularının pandemi döneminde aşı eşitsizliği üzerine olması tercih sebebi olmuştur. COVID-19 pandemisinde aşı eşitsizliğine değinen ve bu küresel sorunu dile getirmeye odaklanan çalışmaların incelenmesi, çalışmanın önemli bir kısmını oluşturmaktadır. COVID-19 aşılarının eşitsizliği ve adaletsizliği konulu çalışmalar ‘vaccine inequality’ ‘vaccine distribution’ anahtar kavramları ile taranmış ve bu kavramlar üzerine yoğunlaşan çalışmalarda vurgulanan amaç ve sonuçlar tablo halinde sunulmuştur. Konunun literatürde öne çıkan bulguları ve içeriği bu sayede analiz edilebilir hale getirilmiştir.

Çalışmada kullanılan veriler nitel araştırma yaklaşımı çerçevesinde ele alınmıştır. Ülkelerin aşılama oranları ve sağlık sistemi verileri dahil olduğu coğrafya (bölge/kıta) üzerinden yüzdelik olarak verilirken, bölgesel farklılıklar karşılaştırmalı olarak betimlenmiştir. Literatür taraması sonrası ulaşılan veriler üzerinde doküman analizi yöntemi kullanılmıştır. Sosyal bilimlerde sıklıkla kullanılmakta olan doküman analizi; araştırma verilerinin kaynağını oluşturan dokümanların belirli bir disiplin ve düzen içinde elde edilme, gözden geçirilme ve analize tabi tutulma sürecine dayanan araştırma yöntemidir (Sak vd., 2021). Yazılı belgelerin sistematik bir biçimde incelendiği bu yöntem; dokümanlara erişim kolaylığı sağlaması, zaman kullanımı açısından verimli olması ve araştırmacıya özgünlük sunması bakımından avantajlı bir yöntem olarak bilinmektedir (Kiral, 2020).

Bulgular

Our World in Data’nın internet sitesinden açık erişime sunulan ve Mathieu, Ritchie, Ortiz-Ospina ve diğerleri (2021) tarafından hazırlanan veriler kullanarak ülkeler bölgesel/kıtasal olarak ayrıştırılmış ve grafikler halinde sunulmuştur. Aynı şekilde ülkelerin bölgesel ayrıştırmaları Dünya Bankası’nın Dünya Kalkınma Göstergelerinden biri olan sağlık sistemleri (2022) verileri, aşılama oranlarındaki sıralama dikkate alınarak 6 bölge/kıta üzerinden tablolaştırılmıştır. Bu ayrıştırma ile Asya, Avrupa, Afrika, Amerika (Kuzey ve Güney) ve Okyanusya kıtalarında yer alan ülkelerin aşılama oranlarının bölgesel düzeydeki ve bölgeler arasındaki farklılıklarını sağlık sistemleri ile karşılaştırarak görmek amaçlanmıştır.

Grafik 1. Asya Kıtasında Yer Alan Ükelere Ait Aşılama Oranları (5 Mayıs 2022)

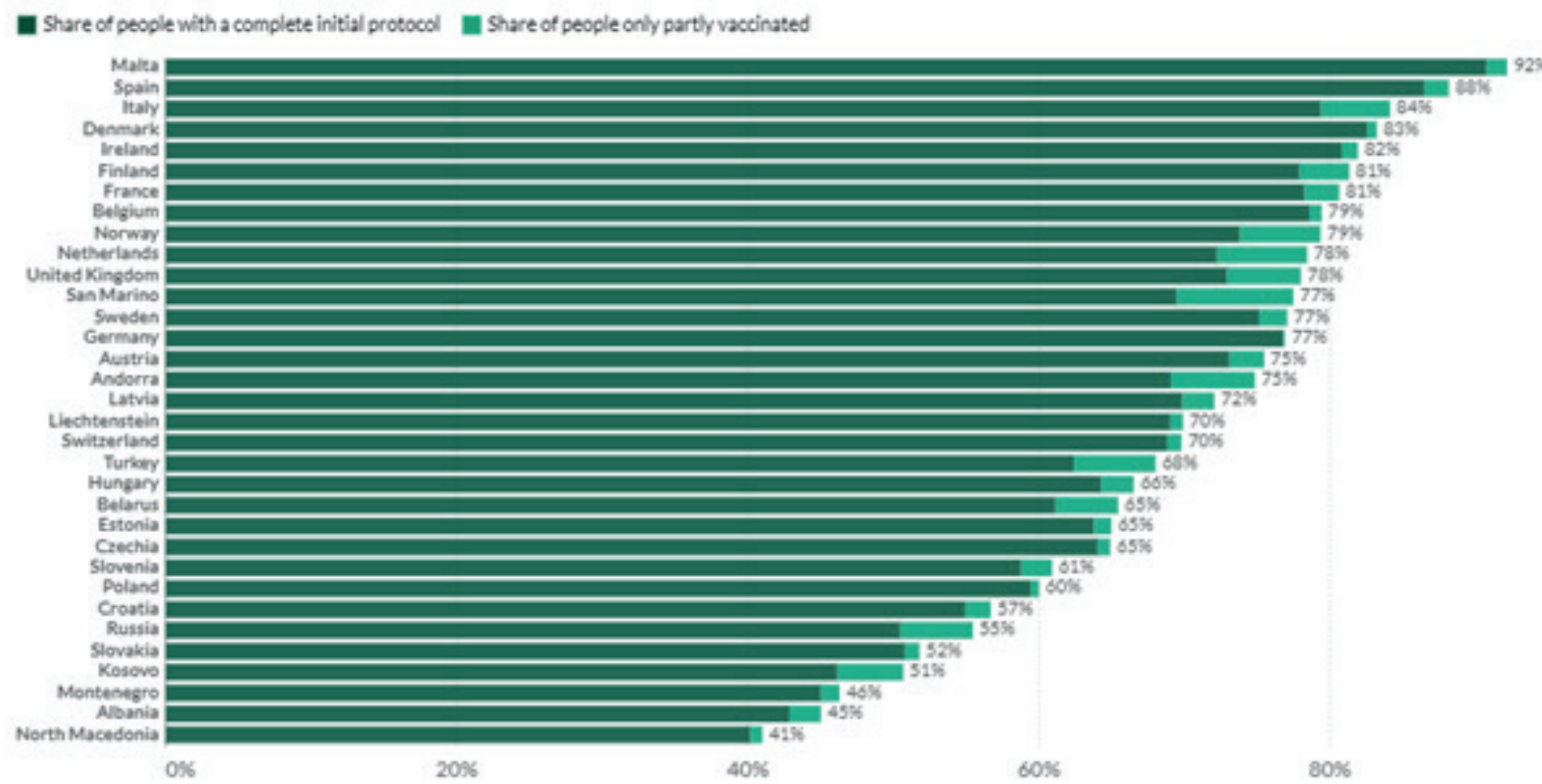


Dünyanın en büyük kıtası Asya’da yer alan ülkelerdeki aşılama dağılımı Grafik 1’de gösterilmektedir. Aşılanmanın en yüksek olduğu Birleşik Arap Emirliklerinden (%99) en düşük olduğu Yemen’e (%2,2) kadar dengesiz bir dağılım çok net olarak görülmektedir.

Tablo 1. Asya Kıtasında Yer Alan Ülkelerin Sağlık Sistemi Verileri

ÜLKELER	Sağlık Harcamaları				Sağlık Çalışanı			Uzman cerrahi işgücü (100.000 nüfus başına)
	GSYİH (%)	Kamu (%)	Cepten (%)	Kişi başı (\$)	Satın Alma Gücü Paritesi (\$)	Doktorlar (1000 kişiye düşen)	Hemşireler ve ebeler 1000 kişiye düşen)	
2019	2019	2019	2019	2019	2019	2014-19	2014-19	2013-18
United Arab Emirates	4.3	52.3	12.5	1,842.7	2,996.4	2.5	5.7	..
Brunei	2.2	94.3	5.7	671.6	1,400.9	1.6	5.9	..
Singapore	4.1	50.2	30.2	2,632.7	4,102.3	2.3	6.2	31.5
China	5.4	56.0	35.2	535.1	880.2	2.0	2.7	..
Qatar	2.9	72.8	12.3	1,807.2	2,736.8	2.5	7.2	..
Bhutan	3.6	73.6	17.8	116.0	432.1	0.5	1.8	2.9
G. Kore	8,2	59,5	30,2	2624,5	3521,3	2,4	7,5	49,6
Malaysia	3.8	52.2	34.6	436.6	1,133.0	1.5	3.5	11.4
Japan	10.7	83.9	12.9	4,360.5	4,587.0	2.5	12.7	37.4
Thailand	3.8	71.7	8.7	296.2	731.3	0.9	3.2	13.1
Sri Lanka	4.1	47.2	45.6	160.7	569.6	1.2	2.3	2.8
Bangladesh	2.5	18.6	72.7	45.9	123.3	0.6	0.4	2.9
Iran	6.7	49.5	39.5	470.4	868.2	1.6	2.1	5.0
Nepal	4.4	24.8	57.9	53.2	177.0	0.8	3.3	3.0
Israel	7.5	64.8	21.0	3,456.4	3,326.3	5.5	6.6	75.6
Indonesia	2.9	48.9	34.8	120.1	358.3	0.5	3.8	..
India	3.0	32.8	54.8	63.7	211.0	0.9	2.4	6.8
Bahrain	4.0	59.2	29.7	940.4	1,880.6	0.9	2.5	14.4
Türkiye	4,3	77,9	16,9	396,5	1186,7	1,8	3,0	47,6
Pakistan	3.4	32.0	53.8	39.5	165.6	1.1	0.5	5.5
Uzbekistan	5.6	41.6	57.7	98.6	418.0	2.4	11.3	50.4
Tajikistan	7.1	27.3	71.2	61.9	250.8	1.7	4.8	41.7
Azerbajjan	4.0	31.7	68.0	193.1	605.9	3.4	6.4	67.6
Kazakhstan	2.8	59.9	33.9	273.0	765.5	4.0	7.3	73.2
Georgia	6.7	40.8	46.8	291.1	970.2	7.1	5.2	130.4
Armenia	11.3	12.4	84.8	524.0	1,616.2	4.4	4.4	86.7
Iraq	4.5	49.4	50.1	253.3	483.3	0.7	2.0	7.6
Kyrgyz Rep.	4.5	51.4	46.2	62.1	260.3	2.2	5.6	50.1
Afghanistan	13.2	8.2	79.3	65.8	285.6	0.3	0.4	0.0
Yemen, Rep.	..	..	..	..	..	0.5	0.8	0.8

Grafik 2. Avrupa Kıtasında Yer Alan Ülkelere Ait Aşılama Oranları (5 Mayıs 2022)

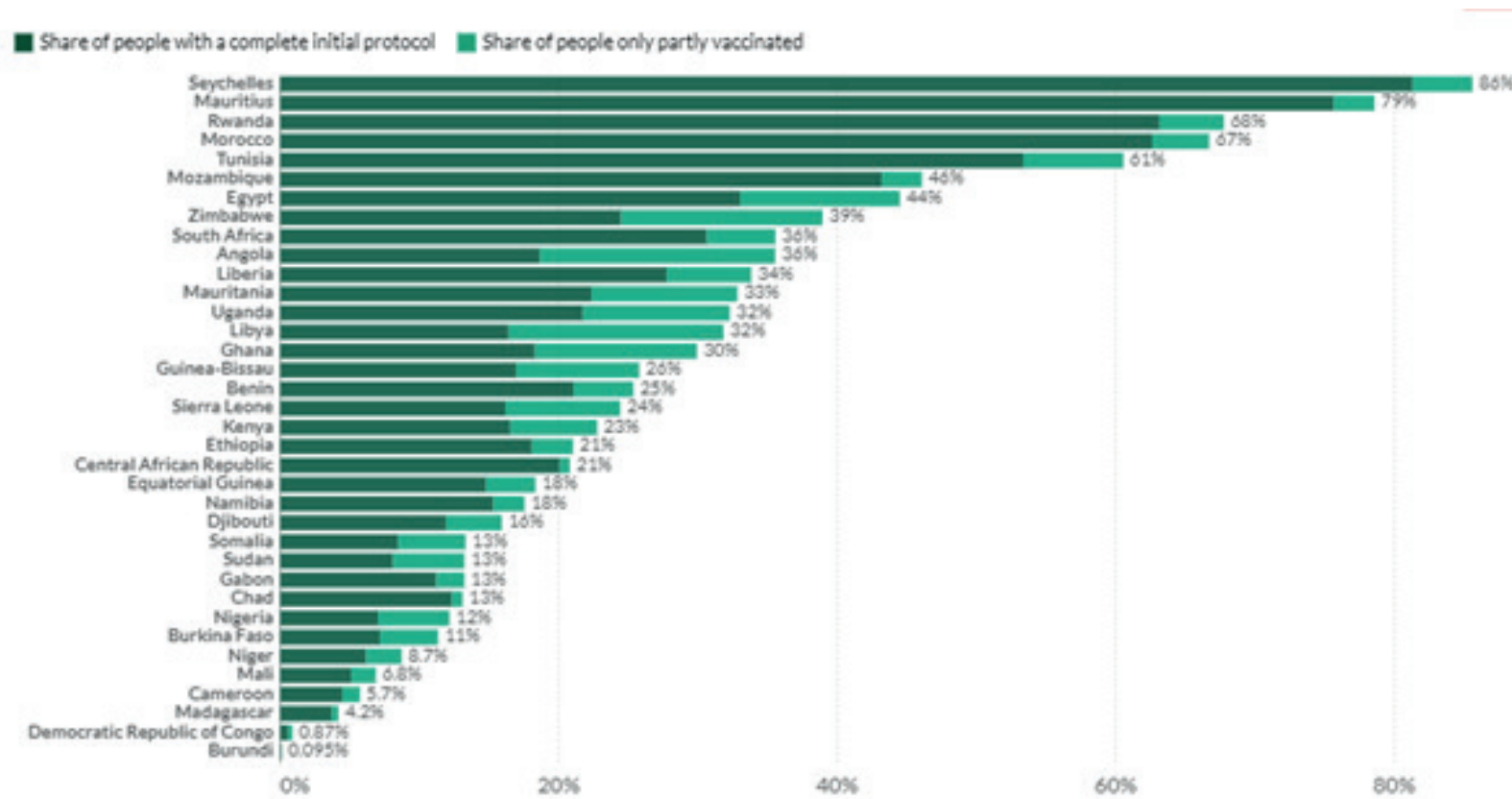


Avrupa’da yer alan ülkelerdeki aşılama dağılımı Grafik 2’de gösterilmektedir. Aşılamanın en yüksek olduğu Malta’dan (%92) en düşük olduğu Kuzey Makedonya’ya (%41) kadar diğer kıtalar ile kıyaslandığında nispeten dengeli bir dağılım görülmektedir.

Tablo 2. Avrupa Kıtasında Yer Alan Ülkelerin Sağlık Sistemi Verileri

ÜLKELER	Sağlık Harcamaları				Sağlık Çalışanı			Uzman cerrahi işgücü (100.000 nüfus başına)
	GSYİH (%)	Kamu (%)	Cepten (%)	Kişi başı (\$)	Satın Alma Gücü Paritesi (\$)	Doktorlar (1000 kişiye düşen)	Hemşireler ve ebeler 1000 kişiye düşen)	
	2019	2019	2019	2019	2019	2014-19	2014-19	2013-18
Malta	8.2	63.1	34.6	2,531.9	4,039.6	2.9	9.5	113.5
Spain	9.1	70.6	21.8	2,711.2	3,983.9	4.0	6.1	79.9
Italy	8.7	73.9	23.3	2,905.5	3,998.0	8.0	5.9	142.4
Denmark	10.0	83.3	14.2	6,003.3	6,015.5	4.2	10.6	69.0
Ireland	6.7	74.6	11.7	5,428.6	6,010.1	3.4	13.0	72.0
Finland	9.2	80.2	17.4	4,450.3	4,710.2	4.6	14.9	76.3
France	11.1	75.3	9.3	4,491.7	5,492.5	6.5	11.5	58.6
Belgium	10.7	76.8	18.2	4,960.4	5,846.9	6.0	11.8	89.8
Norway	10.5	85.8	13.9	8,007.4	7,217.4	4.9	18.3	67.2
Netherlands	10.1	65.9	10.6	5,335.3	6,248.2	3.7	11.5	49.0
UK	10.2	79.5	17.1	4,312.9	5,087.4	5.8	10.3	133.3
San Marino	6.4	82.2	17.0	3,050.9	4,057.2	6.1	8.2	112.9
Sweden	10.9	84.9	13.9	5,671.4	6,222.7	4.3	12.6	113.1
Germany	11.7	77.7	12.8	5,440.3	6,738.7	4.3	13.5	108.0
Greece	7.8	48.1	35.2	1,500.6	2,418.8	6.2	3.7	163.5
Austria	10.4	73.0	19.1	5,242.2	6,134.1	5.2	7.1	109.9
Andorra	6.7	69.5	13.1	2,744.2	3,716.3	3.3	4.0	83.1
Latvia	6.6	60.6	35.7	1,166.8	2,098.4	3.3	4.6	67.6
Switzerland	11.3	32.1	25.3	9,666.3	8,532.5	4.3	17.9	94.8
Türkiye	4.3	77.9	16.9	396.5	1,186.7	1.8	3.0	47.6
Hungary	6.4	68.0	28.2	1,062.4	2,155.9	3.4	5.3	55.7
Estonia	6.7	74.4	24.0	1,598.8	2,616.8	3.5	6.6	65.0
Czechia	7.8	81.5	14.2	1,844.2	3,477.0	4.1	8.4	124.5
Belarus	5.9	70.4	25.7	399.4	1,198.6	5.2	11.0	124.2
Slovenia	8.5	72.4	11.7	2,219.1	3,629.0	3.2	10.2	66.7
Poland	6.4	71.4	20.4	1,014.0	2,206.5	2.4	6.9	67.9
Croatia	7.0	81.5	11.5	1,040.1	2,167.8	3.0	6.2	81.2
Montenegro	8.3	60.8	38.6	735.2	1,983.6	2.8	5.2	64.1
Albania	5.2	54.0	44.6	274.9	727.0	1.6	5.1	11.6
North Macedonia	7.3	59.0	40.4	436.9	1,313.6	2.9	3.8	61.2

Grafik 3. Afrika Kıtasında Yer Alan Ülkelere Ait Aşılama Oranları (5 Mayıs 2022)

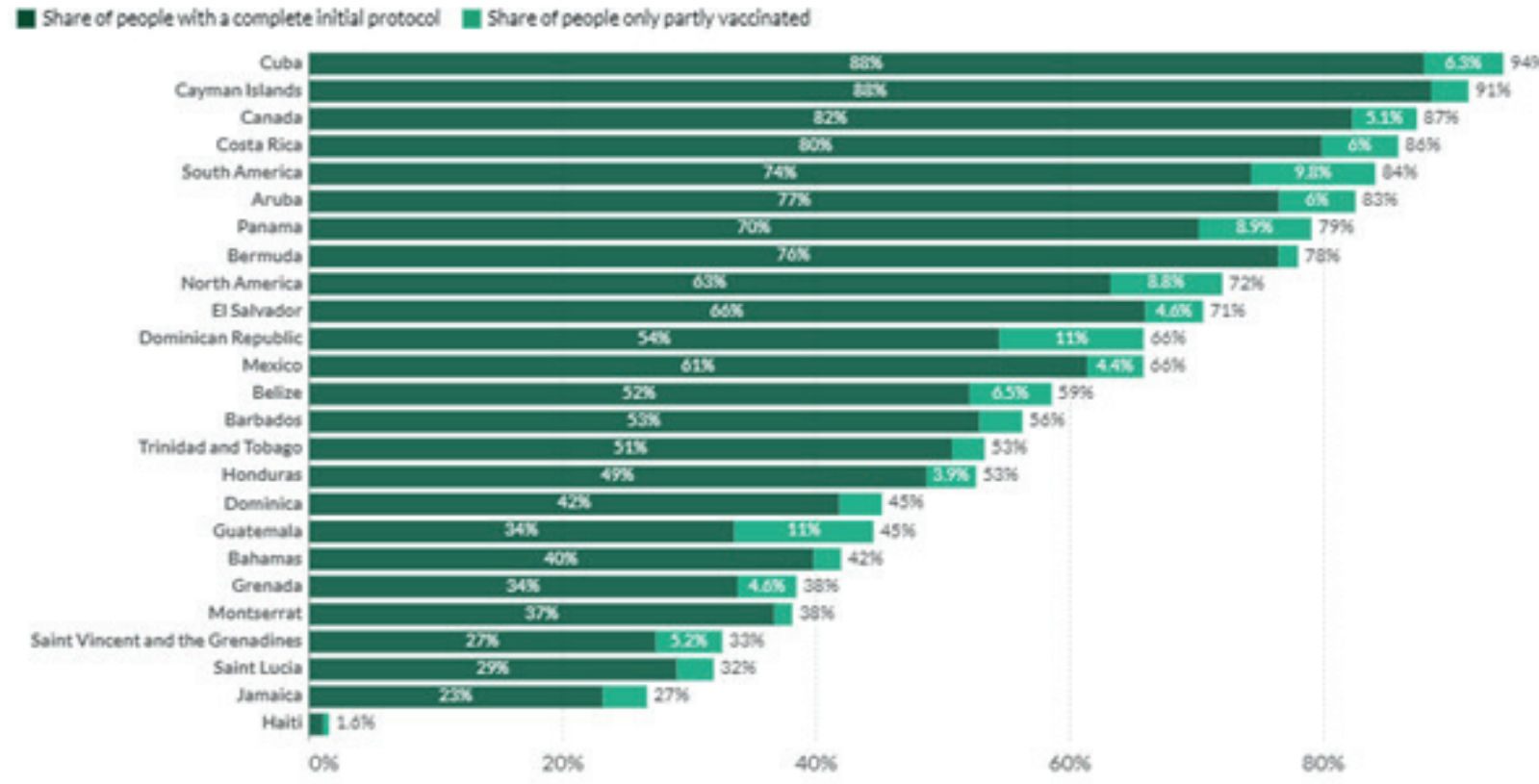


Afrika kıtasında yer alan ülkelerdeki aşılama dağılımı Grafik 3'te gösterilmektedir. Aşılamanın en yüksek olduğu Seyşeller'den (%86) en düşük olduğu Burundi'ye (%0,9) kadar diğer kıtalar ile kıyaslandığında son derece eşitsiz ve dengesiz bir aşılama dağılımı görülmektedir.

Tablo 3. Afrika Kıtasında Yer Alan Ülkelerin Sağlık Sistemi Verileri

ÜLKELER	Sağlık Harcamaları					Sağlık Çalışanı		
	GSYİH (%)	Kamu (%)	Cepten (%)	Kişi başı (\$)	Satın Alma Gücü Paritesi (\$)	Doktorlar (1000 kişiye düşen)	Hemşireler ve ebeler 1000 kişiye düşen)	Uzman cerrahi işgücü (100.000 nüfus başına)
	2019	2019	2019	2019	2019	2014-19	2014-19	2013-18
Seychelles	5.2	72.7	25.2	839.8	1,468.7	2.5	..	48.6
Mauritius	6.2	47.0	45.7	685.9	1,476.0	2.5	3.5	17.6
Rwanda	6.4	39.9	11.7	51.4	145.7	0.1	0.9	0.8
Morocco	5.3	39.9	46.8	174.2	424.5	0.7	1.4	3.7
Tunisia	7.0	57.1	37.9	233.1	789.1	1.3	2.5	11.5
Egypt	4.7	27.8	62.7	149.8	582.2	0.7	1.9	50.1
Mozambique	7.8	21.3	10.0	39.5	104.8	0.1	0.5	0.5
Zimbabwe	7.7	17.6	24.4	103.0	208.4	0.2	1.9	1.6
Angola	2.5	41.2	37.5	71.3	178.0	0.2	0.4	..
South Africa	9.1	58.8	5.7	546.7	1,187.3	0.8	1.3	11.4
Liberia	8.5	16.1	54.4	52.6	126.0	0.0	0.5	..
Mauritania	3.3	37.5	45.0	57.9	187.1	0.2	0.9	..
Uganda	3.8	15.1	38.3	32.4	92.4	0.2	1.2	1.1
Ghana	3.4	40.2	36.2	75.3	193.2	0.1	2.7	..
Guinea-Bissau	8.3	6.4	65.2	62.6	186.4	0.1	0.7	..
Benin	2.4	22.7	47.0	29.1	82.0	0.1	0.3	1.9
Sierra Leone	8.7	14.0	55.2	46.2	157.0	0.1	0.8	..
Kenya	4.6	46.0	24.3	83.4	207.6	0.2	1.2	2.4
Ethiopia	3.2	22.7	37.9	26.7	75.1	0.1	0.7	0.5
Central African Rep.	7.8	10.6	60.3	37.2	78.4	0.1	0.2	0.4
Equatorial Guinea	3.1	21.3	75.5	254.9	607.4	0.4	0.5	..
Namibia	8.5	46.9	8.2	427.3	867.3	0.6	2.0	6.1
Djibouti	1.8	53.7	24.2	61.8	104.1	0.2	0.7	4.4
Sudan	4.6	22.7	67.4	46.9	204.5	0.3	1.1	2.7
Gabon	2.8	60.3	23.1	215.0	432.2	0.7	2.9	..
Chad	4.4	17.3	57.2	29.9	69.4	0.1	0.1	0.3
Nigeria	3.0	15.9	70.5	71.5	162.3	0.4	1.5	1.4
Burkina Faso	5.5	41.8	34.7	42.3	122.4	0.1	0.9	0.6
Niger	5.7	35.7	46.1	31.4	72.5	0.0	0.2	0.4
Mali	3.9	33.6	31.4	34.3	94.6	0.1	0.4	1.1
Cameroon	3.6	3.4	72.5	54.0	136.2	..	..	1.2
Madagascar	3.7	32.2	32.5	19.8	65.2	0.2	0.3	0.8
Congo	3.5	15.8	38.5	20.6	40.6	..	1.1	0.2
Burundi	8.0	33.4	24.7	20.6	61.8	0.1	0.7	0.4

Grafik 4. Kuzey Amerika Kıtasında Yer Alan Ülkelere Ait Aşılama Oranları (5 Mayıs 2022)

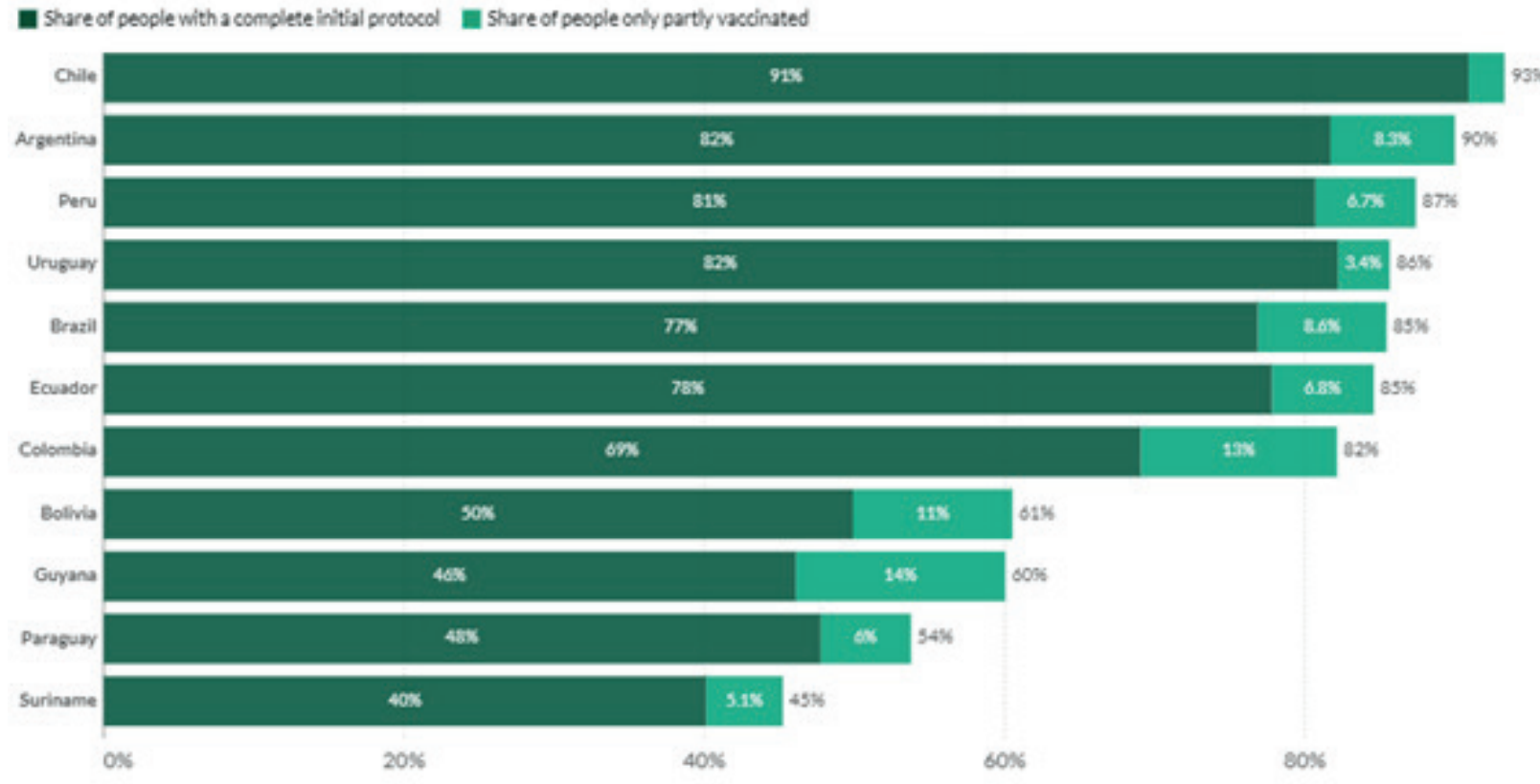


Kuzey Amerika kıtasında yer alan ülkelerdeki aşılama dağılımı Grafik 4'te gösterilmektedir. Aşılamanın en yüksek olduğu Küba'dan (%94) en düşük olduğu Haiti'ye (%1,6) kadar Güney Amerika kıtası ile kıyaslandığında benzer bir aşılama dağılımı görülmektedir.

Tablo 4. Kuzey Amerika Kıtasında Yer Alan Ülkelerin Sağlık Sistemi Verileri

ÜLKELER	Sağlık Harcamaları				Sağlık Çalışanı			Uzman cerrahi işgücü (100.000 nüfus başına)
	GSYİH (%)	Kamu (%)	Cepten (%)	Kişi başı (\$)	Satın Alma Gücü Paritesi (\$)	Doktorlar (1000 kişiye düşen)	Hemşireler ve ebeler 1000 kişiye düşen)	
	2019	2019	2019	2019	2019	2014-19	2014-19	2013-18
Cuba	11.3	89.3	10.6	1,031.9	2,599.5	8.4	7.6	100.9
Canada	10.8	70.2	14.9	5,048.4	5,520.7	2.4	11.8	43.9
Costa Rica	7.3	72.5	22.3	921.6	1,636.2	2.9	3.4	25.5
Panama	7.6	66.1	27.6	1,192.8	2,490.9	1.6	3.2	26.2
El Salvador	7.2	63.5	28.4	300.1	656.7	2.9	1.8	..
Dominican Rep.	5.9	44.9	42.9	491.1	1,140.0	1.5	1.5	..
Mexico	5.4	49.3	42.1	540.4	1,110.9	4.8	2.4	..
Antigua and Barbuda	4.4	58.4	24.3	760.3	1,016.5	2.8	4.5	14.0
Belize	6.0	69.9	21.8	293.4	445.7	1.1	2.3	10.5
Barbados	6.3	44.8	46.7	1,143.3	1,028.8	2.5	3.1	17.2
Trinidad and Tobago	7.0	46.0	46.9	1,167.9	1,835.0	4.5	4.3	30.9
Honduras	7.3	39.2	52.6	187.6	435.7	0.3	0.7	13.7
Dominica	5.5	64.5	33.9	440.2	675.4	1.1	6.1	11.3
Guatemala	6.2	38.4	56.0	271.0	529.1	0.4	1.3	3.4
Bahamas	5.7	52.0	26.2	2,004.6	2,227.6	1.9	4.6	..
Grenada	5.0	41.4	54.4	534.3	879.5	1.4	3.1	12.6
St. Vincent and the Grenadines	4.8	66.3	29.1	354.8	620.3	..	7.0	23.6
St. Lucia	4.3	47.4	46.3	502.2	697.7	0.6	3.2	23.6
Jamaica	6.1	65.3	16.4	327.4	597.9	0.5	1.5	11.2
Haiti	4.7	11.0	43.3	57.0	143.5	0.2	0.4	5.9

Grafik 5. Güney Amerika Kıtasında Yer Alan Ülkelere Ait Aşılama Oranları (5 Mayıs 2022)

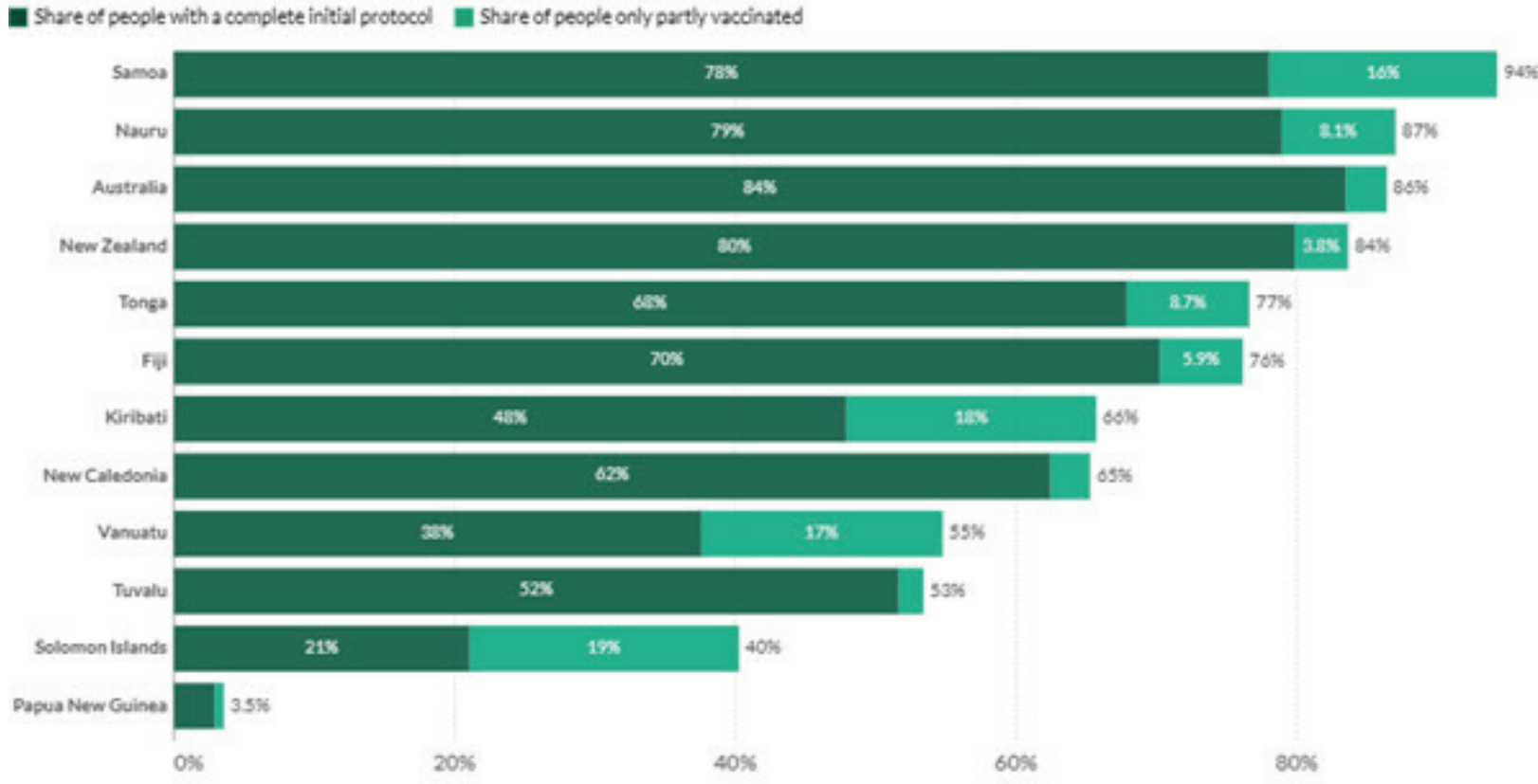


Güney Amerika kıtasında yer alan ülkelerdeki aşılama dağılımı Grafik 5'te gösterilmektedir. Aşılamanın en yüksek olduğu Şili'den (%93) en düşük olduğu Surinam'a (%45) kadar bir aşılama dağılımı görülmektedir.

Tablo 5. Güney Amerika Kıtasında Yer Alan Ülkelerin Sağlık Sistemi Verileri

ÜLKELER	Sağlık Harcamaları				Sağlık Çalışanı			Uzman cerrahi işgücü (100.000 nüfus başına)
	GSYİH (%)	Kamu (%)	Cepten (%)	Kişi başı (\$)	Satın Alma Gücü Paritesi (\$)	Doktorlar (1000 kişiye düşen)	Hemşireler ve ebeler 1000 kişiye düşen)	
	2019	2019	2019	2019	2019	2014-19	2014-19	2013-18
Chile	9.3	50.9	32.8	1,375.8	2,424.1	5.2	13.3	..
Argentina	9.5	62.4	27.7	946.0	2,198.9	4.0	2.6	50.1
Peru	5.2	62.9	28.1	370.1	711.6	0.8	3.0	42.9
Uruguay	9.3	66.6	15.5	1,661.0	2,309.8	4.9	7.2	38.9
Brazil	9.6	40.7	24.9	853.4	1,497.8	2.3	7.4	55.5
Ecuador	7.8	61.8	30.9	486.5	934.5	2.2	2.5	59.4
Colombia	7.7	71.9	14.9	495.3	1,204.3	3.8	..	22.7
Bolivia	6.9	71.2	23.9	245.9	630.8	1.0	1.6	..
Guyana	4.9	59.4	34.8	325.9	673.6	1.8	0.8	8.8
Paraguay	7.2	46.0	41.6	388.4	950.1	1.4	0.7	20.5
Suriname	9.7	72.0	16.1	619.2	1,680.2	0.6	0.8	2.8

Grafik 6. Okyanusya Kıtasında Yer Alan Ülkelere Ait Aşılama Oranları (5 Mayıs 2022)



Okyanusya kıtasında yer alan ülkelerdeki aşılama dağılımı Grafik 6'da gösterilmektedir. Aşılamanın en yüksek olduğu Samoa'dan (%94) en düşük olduğu Papua Yeni Gine'ye (%3,5) kadar bir aşılama dağılımı görülmektedir.

Tablo 6. Okyanusya Kıtasında Yer Alan Ülkelerin Sağlık Sistemi Verileri

ÜLKELER	Sağlık Harcamaları				Sağlık Çalışanı			
	GSYİH (%)	Kamu (%)	Cepten (%)	Kişi başı (\$)	Satın Alma Gücü Paritesi (\$)	Doktorlar (1000 kişiye düşen)	Hemşireler ve ebeler 1000 kişiye düşen)	Uzman cerrahi işgücü (100.000 nüfus başına)
	2019	2019	2019	2019	2019	2014-19	2014-19	2013-18
Samoa	6.4	72.6	10.1	271.9	433.2	0.3	3.4	1.6
Australia	9.9	71.7	16.0	5,427.5	5,294.5	3.8	13.2	45.1
New Zealand	9.7	75.6	12.2	4,211.0	4,439.3	3.4	11.1	43.0
Fiji	3.8	65.4	13.2	235.7	545.3	0.9	4.0	5.4
Tonga	5.0	58.1	9.9	242.4	332.1	..	4.3	14.0
Kiribati	10.3	82.3	0.1	172.3	247.0	..	3.8	8.2
Vanuatu	3.4	57.0	8.5	104.2	110.6	0.2	1.4	3.2
Tuvalu	24.0	74.3	0.3	972.6	1,071.3	0.9	..	26.1
Solomon Islands	4.8	74.7	3.4	111.9	131.1	0.2	2.2	2.5
Papua New Guinea	2.3	57.7	9.9	65.1	104.6	0.1	0.5	2.3

Covid-19 pandemisinde aşı eşitsizliğine değinmek ve bu küresel sorunu dile getirmek adına yapılan çalışmaların incelenmesi, araştırma bulgularının bir diğer önemli kısmını oluşturmaktadır. Covid-19 aşılarının eşitsizliği ve adaletsizliği üzerine elde edilen çalışmalar 'vaccine inequality' 'vaccine distribution' anahtar kavramları ile taranmış ve bu kavramlar üzerine odaklanan çalışmalarda vurgulanan amaç ve sonuçlar Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 7. Covid-19 Pandemisinde Aşı Eşitsizliği Konusunda Yapılan Araştırmaların İncelenmesi

Yazar	Yıl	Amaç	Araştırma tipi	Sonuç
Richard L. Oehler ve Vivian R. Vega	2021	Küresel aşı eşitsizliği ile ortaya çıkan risklerin pandemi sürecini nasıl uzattığını ortaya koymak amaçlanmıştır.	Teorik	Covid 19 aşılarının dağılımında meydana gelen aşı eşitsizliği, zengin ülkelerin gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere destek sağlaması ile ortadan kaldırılabilir. Pandemi, küresel bağlamda devam ettiği sürece Dünya tam anlamıyla virüsün üstesinden gelemeyecek ve bu durumun sonuçlarından zengin ya da fakir tüm uluslar etkilenecektir.
Matteo Bolcato ve diğerleri	2021	Covid 19 pandemisinin toplumların sağlık hizmetlerine erişiminde var olan kronik eşitsizliği kanıtladığını ortaya koymak ve bu durumu önlemek için yapılması gereken müdahale alanlarını belirlemek amaçlanmıştır.	Teorik	Covid 19 aşılarının dağılımı adil kriterler doğrultusunda ve adaletli yönetim ile gerçekleştirilmelidir. Aşıların erişimindeki en büyük engel aşı milliyetçiliği olup aşılamaadaki dağılım şeffaflık ilkesi göz önüne alınarak uygulanmalıdır. Eşit aşı erişimi Dünya nüfusunun tamamını etkilemekte ve bundan dolayı önlem alınmasını gerekli kılmaktadır.
Moosa Tatar ve diğerleri	2021	Pandemi sürecinde uluslararası aşı eşitsizliğinin küresel krizi sürdürme durumu ele alınmaktadır.	Teorik	Covid-19 aşılarının dağılımı kayda değer bir biçimde eşitsizdir ve düşük ve orta gelirli ülkelere aşı dağılımında küresel destek sağlanması hayati önem taşımaktadır. Eğer bu destek sağlanmazsa tüm Dünya virüsün yeni varyantlarıyla karşı karşıya kalacaktır.
Sharifah Sekalala ve diğerleri	2021	Bu çalışma, insan hakları ve küresel halk sağlığını dekolonizasyon yaklaşımı çerçevesinde ele almış ve aşılarda dağılımındaki adaletsizliğe değinmiştir.	Teorik	Dünya üzerindeki birçok ülke kısıtlayıcı yasalardan dolayı Covid-19 aşılarda erişimde büyük zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu yasalar aynı zamanda hem küresel hem de yerel eşitsizlikleri derinleştirirken yoksul ülkelerin aşılarda temin ederken borçlanmalarına da sebep olmaktadır. Bunun üstesinden gelebilmek için uluslararası dayanışmaya ve işbirliğine ihtiyaç söz konusudur.
Els Torreele and Joseph J. Amon	2021	Covid-19 aşılarının eşitsizliği ve adaletsizliği sorununun, zorluklar, fırsatlar ve çıkarılması gereken dersler bağlamında sağlık uzmanları ile konuşulması ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır.	Teorik (Sağlık uzmanları ile görüşme yapılarak elde edilen bir çalışma)	Covid 19 aşılarının dağılımındaki eşitsizlik ve genel olarak var olan adaletsizlik sorunu sağlık uzmanlarının görüşleri doğrultusunda ortaya konmuştur. Çalışmada Covid-19 aşılarının erişimiyle örtüşen üç eşitsizlik alanına (aşı ücretleri-aşıya erişimde teknolojik engeller ve ayrımcılık) değinilmiştir.
Javier Eslava-Schmalbach ve diğerleri	2021	Makale, koronavirüs pandemisinde ortaya çıkarılan aşılarda bağışıklama durumunu ortaya koymak ve toplumlarda aşılarda etkililiğinin beklenenden az olduğunu belirtmek amacını taşımaktadır.	Teorik	Covid-19 aşılarının çoğunluğu zengin ülkelere dağıldığı sürece düşük ve orta gelirli ülkeler koronavirüs kaynaklı morbidite ve mortaliteden muzdarip olmaya devam edeceklerdir. Aşıların kapsamıyla ilgili eşitsizlikleri izlemek ve araştırmak önem arz etmektedir.
Archana Asundi ve diğerleri	2021	Küresel aşı eşitsizliğinin kapsamını, aşı üretim ve dağıtım çalışmalarının önündeki engelleri ve bu engelleri aşmak için yapılması gerekenleri saptamayı amaçlamaktadır.	Teorik	Küresel COVID-19 aşılarda ulaşmak, normale dönüş ve uzun vadeli iyileşmeye açıkça bağlı olsa da, bu durum aynı zamanda benzeri görülmemiş bir küresel yatırım, koordinasyon ve dayanışma ihtiyacı ortaya koymaktadır. Gelecekte oluşabilecek bir sonraki küresel krizleri ele almak için uzun vadede üstlenilmesi gereken uluslararası anlaşmaları ve kapasite geliştirme çalışmalarının ihtiyacı vurgulanmaktadır.

Berke Akkaya	2022	Küresel bağlamda koronavirüs aşılama programlarının başarısını saptamak ve bu programları etkileyen politik, ekonomik ve demografik faktörleri ortaya koymak amaçlanmıştır.	Nicel	Dünya üzerindeki kıtalarda Covid-19 aşılarının dağılımındaki adaletsizlik nicel veriler üzerinden aktarılmış ve kişi başına GSYİH ve toplam sağlık harcaması daha yüksek olan ülke vatandaşlarının aşıya erişimlerinin daha kolay olabileceğine dikkat çekilmiştir. Bunun yanında aşı geliştiren ülkelerin de aşıya erişim ihtimalinin daha yüksek olduğuna kanaat getirilmiştir.
Adnan A. Hyder ve diğerleri	2021	Covid-19 aşılarının dağılımında meydana gelen zorlukları dört adımda aktarmak hedeflenmiştir.	Teorik	Covid-19'un yoksulluğa yol açtığı ancak koronavirüs aşılarının da aynı şekilde yoksulluğa yol açmaması gerektiği dile getirilmiştir. Covid-19 ulusal ve uluslararası bir kriz olarak devam etmektedir. Bu krizin üstesinden gelmek ve aşı eşitsizliği ile mücadele etmek için güçlü ve şeffaf bir aşılama programının yanında ulusal ve küresel sağlık sistemlerinin desteği gerekmektedir. Yazarlar koronavirüs aşılarının dağılımında etik ve sosyal adaletin dikkate alınmasını savunmaktadırlar.
Sophie Harman ve diğerleri	2021	Küresel aşı ayrımcılığının üstesinden gelmek için küresel sağlık eşitsizliğinin temel nedenlerinin belirlenmesinin gerekliliği vurgulanmıştır.	Teorik	Covid19 aşılarının dağılımında ve olması muhtemel bir sonraki pandemiler için onarıcı adalet inşa edilmeli ve bu hareket düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlığını onarıcı nitelikte olmalıdır.
Azza Sarfraz ve diğerleri	2021	Covid-19 aşılarının dağılımındaki eşitsizliğe dikkat çekilmiştir.	Teorik	Covid-19 aşılarının üretiminde ve dağılımında eşitsizliklere dikkat çekilmediği sürece güncel uygulamalar sınırlı kalacaktır. Aşılamada eşit dağılımı gözetmek için yüksek gelirli ülkeler düşük ve orta gelirli ülkelere, yerli aşı üretimi ve dağılımında destek sağlamalıdır.
Faizi Zaini	2022	Koronavirüs aşılarının dağılımındaki eşitsizlik hakkında daha fazla sorgulamayı amaçlamaktadır.	Teorik	Covid-19 aşılarının dağılımındaki eşitsizlik, ilaç firmaları ile yüksek gelirli ülkeler arasında yapılan ön alım anlaşmalarından kaynaklanmaktadır ve bu durum orta ve düşük gelirli ülkelerin COVID-19 aşılamalarında gecikmeye yol açmaktadır. Bu araştırma, COVID-19 aşılarındaki eşitsizliği çözmek için COVAX'ın güçlendirilmesini ve aşı diplomasisinin yoğunlaştırılmasını önermektedir.
Fatima Hassan ve diğerleri	2021	Koronavirüsün sonradan ortaya çıkan Omicron varyantıyla küresel Covid-19 aşılarının eşitsizliği arasındaki bağlantı vurgulanmıştır.	Teorik	Omicron varyantının ortaya çıkması COVID-19 aşılarının eşitsizliğinin risklerini ortaya koymaktadır.
Vanessa S. Lanziotti ve diğerleri	2021	Aşı ayrımcılığının Covid-19 pandemisini sonlandırmak için doğru bir yöntem olup olmadığını tartışmak ve çocuk sağlığı üzerindeki sonuçlarını ortaya koymak hedeflenmiştir.	Teorik	Covid-19 aşılarının eşitsizliği çocuk sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak olumsuz etkilemektedir. Aşı eşitsizliği küresel sağlık için önlenabilir bir tehdittir ve politika yapıcılar, ilaç şirketleri ve sivil toplum kuruluşları, bu aşı ayrımcılığını sona erdirmek ve aşı eşitliğini gerçeğe dönüştürmek için ahlaki bir göreve sahiptir.

Tartışma

COVID-19 pandemisinde aşı eşitsizliğine dikkat çeken BM, bu durumu ahlaki başarısızlık olarak ele almaktadır. Bu başarısızlığın sonucunda insanlar ve ülkeler sağlığa ilişkin olumsuz yaptırımlara maruz kalmaktadır. Ülkelere yapılan aşı dağılımlarına bakıldığında güçlü ilaç şirketlerini elinde bulunduran, bağlantıları sağlam ve mali imkânlara sahip ülkelerin % 65 ve üzerinde yüksek aşılama oranlarına sahip olduğu görülmektedir. Aynı imkânlara sahip olmayan Afrika ülkelerinde ise aşılama oranlarının minimum %1'leri görüldüğü dikkat çekmektedir. Dolayısıyla ülkeler arasındaki aşılama dağılımlarında ortaya çıkan bu belirgin fark, aşı eşitsizliğini ve küresel düzeyde aşılama dağılımının adil olmadığını ortaya koymaktadır. Bu noktada

küresel iş birliği bağlamında, ülkelerin aşıya erişimde engellerle karşılaşan ülkelere destek sağlaması ve buna yönelik politikalar oluşturması önem taşımaktadır. WHO bu farkı kapatmak ve dünya nüfusunun % 70'inin aşılmasını sağlamak amacıyla 23 milyar dolar fon çağrısı yapmaktadır. Bu eylemlerin yerine getirilmesi, uzun vadede Dünya sağlık sistemi üzerinde ortaya çıkabilecek olası salgınlara karşı küresel iş birliği bağlamında birlikteliği sağlamada kuşkusuz faydalı olacaktır.

Bu adaletsizliğin daha da net açıklanabilmesi için 5 Mayıs 2022 tarihine kadar yapılan aşılama oranları grafikler aracılığıyla görsel olarak aktarılmıştır. 33 ülkenin dâhil edildiği Asya kıtasında aşılama oranları yaklaşık %63'tür. 34 ülkenin yer aldığı Avrupa kıtasında aşılama oranları %70'tir. 27 ülke ile Kuzey Amerika %60, 11 ülke ile Güney Amerika %75 aşılama oranına sahiptir. Okyanusya kıtasına ait 12 ülkenin yer aldığı aşılama verilerine göre toplumun %65'inin aşılandığı ortadadır. Afrika kıtasında yer alan 36 ülkenin aşılama verileri üzerinden elde edilen ortalamaya göre Afrika toplumunun aşılama oranı %28'dir. Bu durum Afrika ülkelerinde aşı eşitsizliği ve adaletsizliğinin açıkça var olduğunun göstergesidir. Afrika ülkelerinde mevcut olan aşı eşitsizliği Torreele & Amon (2021) tarafından yapılan çalışmaya katılım sağlayan sağlık çalışanları tarafından da onaylanmış ve Afrika kıtasında yaşayan insanların aşıya erişimde umutsuz olduğu dile getirilmiştir. Sağlık uzmanları Afrika'da aşı ayrımcılığına şahit olduklarına ve bu ayrımcılığın coğrafya ve zenginlikle ilişkisine değinmişlerdir.

Dünya Bankası'nın Dünya Kalkınma Göstergeleri arasında yer alan ülke sağlık sistemlerinin aşılama oranlarına göre yapılan ülke sıralaması da ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin sağlık harcamalarına yansıdığını göstermekte ve aşılamadaki belirgin eşitsizliği gözler önüne sermektedir. Dolayısıyla kişi başına GSYİH ve toplam sağlık harcaması daha yüksek ülke vatandaşlarının aşıya erişimlerinin de daha yüksek olduğu görülmektedir.

Literatür incelemesinde ulaşılan çalışmaların vardığı sonuçlar da ülkelerin zenginliğinin ve gelişmişliğinin aşılama oranının yüksek olmasında belirleyici olduğu sonucunu teyit etmektedir. Literatürdeki araştırmaları üç başlıkta ele almak mümkündür: Aşı eşitsizliğinin nedenleri, çözüm önerileri ve küresel sonuçları.

Aşı eşitsizliğinin nedenleri: Aşıların ülkelere dağılımında görülen eşitsizliğin dağılımında literatürde birtakım nedenlere işaret edilmiştir. Bunlar:

- Kısıtlayıcı yasalar (bu yasalar aynı zamanda hem küresel hem de yerel eşitsizlikleri derinleştirirken yoksul ülkelerin aşıları temin ederken borçlanmalarına da sebep olmaktadır),
- Aşı milliyetçiliği,
- Aşı ücretleri-aşıya erişimde teknolojik engeller ve ayrımcılık (üç eşitsizlik alanı),
- Aşı geliştiren ülkelerin aşıya erişim ihtimalinin daha yüksek olduğu,
- İlaç firmaları ile yüksek gelirli ülkeler arasında yapılan ön alım anlaşmaları.

Çözüm önerileri: Literatürde Covid-19 aşılarının dağılımında meydana gelen aşı eşitsizliğinin neden kaynaklandığı konusunda bazı tespitler yapılmış olup bir takım çözüm önerileri de getirilmiştir. Bunlar:

- Zengin ülkelerin gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere destek sağlaması,
- Uluslararası dayanışma, iş birliği, yatırım ve koordinasyonun sağlanması,
- Uluslararası anlaşmalar ve kapasite geliştirme çalışmalarının yapılması,
- Düşük ve orta gelirli ülkelere aşı dağılımında küresel destek sağlanması,
- Aşı eşitsizliklerini izlemek ve araştırmak,
- Aşılamadaki dağılım şeffaflık ilkesi göz önüne alınarak uygulanmalı,
- Güçlü ve şeffaf bir aşılama programının yanında ulusal ve küresel sağlık sistemlerinin desteğinin alın-

ması,

- Aşılarının dağılımında etik ve sosyal adaletin dikkate alınması,
- Onarıcı adalet inşa edilmeli ve bu hareket düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlığını onarıcı nitelikte olmalı,
- Yüksek gelirli ülkeler düşük ve orta gelirli ülkelere, yerli aşı üretimi ve dağılımında destek sağlamalı,
- COVAX'ın güçlendirilmesi,
- Aşı diplomasisinin yoğunlaştırılması.
- Aşı eşitsizliği küresel sağlık için önlenabilir bir tehdittir ve politika yapıcılar, ilaç şirketleri ve sivil toplum kuruluşları, bu aşı ayrımcılığını sona erdirmek ve aşı eşitliğini gerçeğe dönüştürmek için ahlaki bir görevi sahiptir.

Küresel sonuçları: Pandemi, küresel bağlamda devam ettiği sürece Dünya tam anlamıyla virüsün üstesinden gelemeyecek ve bu durumun sonuçlarından zengin ya da fakir tüm uluslar etkilenecektir. Eğer küresel destek sağlanmazsa tüm Dünya virüsün yeni varyantlarıyla karşı karşıya kalacaktır. COVID-19 aşılarının çoğunluğu zengin ülkelere dağıldığı sürece düşük ve orta gelirli ülkeler koronavirüs kaynaklı morbidite ve mortaliteden muzdarip olmaya devam edecektir.

Sonuç ve Öneriler

Küresel sağlık krizlerinde aşının geliştirilmesi ve tüm dünya insanlarına ulaşması krizden çıkmada hayati bir öneme sahiptir. COVID-19 ile girilen küresel mücadelede aşılama oranları dikkate alındığında küresel adalet ve eşitlik sağlanamamıştır. Aşılama oranları hem kıta içinde hem de kıtalar arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Literatürde bu eşitsizliğin birden çok nedenine değinilmiştir. Ülkelerin ekonomik düzeyindeki farklılık temel neden olarak görülse de kısıtlayıcı yasalardan aşı milliyetçiliğine kadar başka nedenler de sonucu etkilemektedir.

Küresel adaletin ulusal önceliklerin üstünde tutulması yaklaşımının ülkelerin reel politik çıkarları ile pek örtüşmediği gerçeği, dünya insanların adil ve/ya eşit aşılama konusunda da kendini göstermektedir. Küresel bir sağlık krizinden yine küresel bir dayanışma ve iş birliği ile çıkma zorunluluğu her ne kadar dillendirilse de daha net ve netice veren adımların atılması, tüm insanlığın geleceğinin sağlık bakımından güvence altına alınması için son derece mühim bir meseledir. Bu ehemmiyet Dünya ülkelerinin birlikte hareket etmesini gerekli kılmaktadır. Konunun teorik önemi pratik alanda da ülke politikaları ile desteklenmelidir. Bu çerçevede Türkiye'nin COVID-19 ile mücadelede küresel iş birliğine verdiği katkı son derece önemlidir. Bu politikanın sürdürülebilir olması ve tüm ülkeler için örnek teşkil etmesi gerekmektedir.

Sınırlılıklar

Çalışmanın sınırlılığı aşı eşitsizliği konusunda ülkelere aşılama verileri ve sağlık sistemleri üzerinden bakılmış olmasıdır. Bu yönüyle ülkelerin politik eğilimlerinin ve sosyo-kültürel yönelimlerinin aşılama düzeyine etkisinin incelenmesi çalışmanın dışında tutulmuştur. Bu itibarla çalışma, genel durumu ortaya koymak ve ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyi üzerinden konuyu incelemek ile sınırlandırılmıştır. Kıta ile sınırlı etnografik bir çalışma COVID-19 aşı eşitsizliğinin bölgesel düzeyde anlaşılmasında faydalı olacağı düşüncesiyle önerilmektedir.

Çıkar Çatışması

Çalışma ile ilgili herhangi bir kurum, kuruluş, kişi ile mali çıkar çatışması yoktur ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

- Asundi, A., O’Leary, C., & Bhadelia, N. (2021). Global COVID-19 vaccine inequity: The scope, the impact, and the challenges. *Cell Host & Microbe*, 29(7): 1036-1039. DOI: 10.1016/j.chom.2021.06.007
- Baş, F. Y. (2021). Pandemiye aşılanmanın önemi ve Covid 19 aşılama çalışmaları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, (1), 245-248.
- Bayar, F. (2008). Küreselleşme kavramı ve küreselleşme sürecinde Türkiye. *Uluslararası Ekonomik Sorunlar Dergisi*, 32, 25-34.
- Bolcato, M.; Rodriguez, D.; Feola, A.; Di Mizio, G.; Bonsignore, A.; Ciliberti, R.; Tettamanti, C.; Trabucco Aurilio, M.; Aprile, A. (2021). COVID-19 Pandemic and Equal Access to Vaccines. *Vaccines*, 9: 538. DOI: 10.3390/vaccines9060538.
- Dünya Bankası (2022). World Development Indicators: Health systems. <http://wdi.worldbank.org/table/2.12> adresinden 05/05/2022 tarihinde erişim sağlanmıştır.
- Ertaş, H., & Kırac, F. Ç. (2017). Küreselleşmenin ülkelerin sağlık sistemleri ve politikaları üzerine etkileri. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 28-34.
- Eslava-Schmalbach, J., Rosero, E. B., & Garzón-Orjuela, N. (2021). Global control of COVID-19: good vaccines may not suffice. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45. DOI: 10.26633/RPSP.2021.148
- Feride B. Saçaklıoğlu. (2003). Küreselleşme ve toplumsal sağlık durumu. *Küreselleşme ve Psikiyatri içinde*. sf 130-137. Birinci baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Harman, S., Erfani, P., Goronga, T., Hickel, J., Morse, M., & Richardson, E. T. (2021). Global vaccine equity demands reparative justice—not charity. *BMJ global health*, 6(6), e006504. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-006504
- Hassan, F., London, L., & Gonsalves, G. (2021). Unequal global vaccine coverage is at the heart of the current covid-19 crisis. *bmj*, 375. DOI: 10.1136/bmj.n3074
- Hyder, A. A., Hyder, M. A., Nasir, K., & Ndebele, P. (2021). Inequitable COVID-19 vaccine distribution and its effects. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(6), 406. DOI: 10.2471/BLT.21.285616
- Jawad, M., Maroof, Z., & Naz, M. (2021). Impact of pandemic COVID-19 on global economies (a seven-scenario analysis). *Managerial and Decision Economics*, 42(7), 1897-1908. DOI: 10.1002/mde.3337
- Kiral, B. (2020). Nitel bir veri analizi yöntemi olarak doküman analizi. *Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(15), 170-189.
- Lanziotti, V. S., Bulut, Y., Buonsenso, D., & Gonzalez-Dambrauskas, S. (2022). Vaccine apartheid: This is not the way to end the pandemic. *Journal of paediatrics and child health*, 58(2), 228-231. DOI: 10.1111/jpc.15805
- Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E. et al. A global database of COVID-19 vaccinations. *Nat Hum Behav* (2021). <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> adresinden 05/05/2022 tarihinde erişim sağlanmıştır.
- McClung, N., Chamberland, M., Kinlaw, K., Matthew, D. B., Wallace, M., Bell, B. P., ... & Dooling, K. (2020). The Advisory Committee on Immunization Practices’ ethical principles for allocating initial supplies of COVID-19 vaccine—United States, 2020. *Morbidity and mortality weekly report*, 69(47), 1782. DOI: 10.15585/mmwr.mm6947e3external icon
- Miller, D. (2008). National responsibility and global justice. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, Routledge, 11(4) 383–399. DOI: 10.1080/13698230802415862

Nagel, T. (2005). The problem of global justice. *Philosophy & Public Affairs*, Spring, 33(2), 113-147. <https://www.jstor.org/stable/3558011> adresinden 30/04/2022 tarihinde erişim sağlanmıştır.

Oehler, R. L., & Vega, V. R. (2021, October). Conquering COVID: how global vaccine inequality risks prolonging the pandemic. In *Open Forum Infectious Diseases* (Vol. 8, No. 10, p. ofab443). US: Oxford University Press. DOI: 10.1093/ofid/ofab443

Our World in Data (2021). Global Covid-19 Deaths. <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer> adresinden 25/04/2022 tarihinde erişim sağlanmıştır.

Sak, R., Şahin Sak, İ. T., Öneren Şendil, Ç., & Nas, E. (2021). Bir araştırma yöntemi olarak doküman analizi. *Kocaeli Üniversitesi Eğitim Dergisi*, 4(1), 227-250. DOI: 10.33400/kuje.843306

Sarfraz, A., Sarfraz, Z., & Sarfraz, M. (2022). Survival of the wealthiest? Wait in line for COVID-19 vaccination. *Postgraduate medical journal*, 98(e2), e81-e81. DOI:10.1136/postgradmedj-2021-140970

Sekalala, S., Forman, L., Hodgson, T., Mulumba, M., Namyalo-Ganafa, H., & Meier, B. M. (2021). Decolonising human rights: how intellectual property laws result in unequal access to the COVID-19 vaccine. *BMJ Global Health*, 6(7), e006169. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-006169

Tatar, M., Shoorekchali, J. M., Faraji, M. R., & Wilson, F. A. (2021). International COVID-19 vaccine inequality amid the pandemic: Perpetuating a global crisis?. *Journal of Global Health*, 11. DOI: 10.7189/jogh.11.03086

Torreele, E., & Amon, J. J. (2021). Equitable COVID-19 vaccine access. *Health and Human Rights*, 23(1), 273.

WHO. (2018). Health inequities and their causes. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes> adresinden 25/04/2022 tarihinde erişim sağlanmıştır.

Zaini, F. (2022). The Inequality of Covid-19 Vaccines Distribution: Its Repercussions and Its Causes. *International Journal of Business Studies*, 6(SI), 23-34. DOI: 10.32924/ijbs.v6i1.222

Çocuk İstismarını Önleyici Küresel Sağlık Politikaları ve Bu Politikaların Yürütülmesinde Çocuk Hemşiresinin Rolü

Global Health Policies for the Prevention of Child Abuse and the Role of the Pediatric Nurse in the Execution of These Policies

Dr. Abdullah Sarman

Bingöl Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Bingöl/Türkiye

Özet

Çocuk istismarı olgularının sayısı her geçen gün artmaktadır. Fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde meydana getirdiği etkiler nedeniyle, önemli bir toplumsal sorun olmaya devam etmektedir. Literatürde, çocuklarda meydana gelen istismarların fiziksel ve ruhsal etkilerin yanında, antisosyal davranışlar gibi sekonder sorunların gelişiminde tetikleyici olabildiği belirtilmektedir. Bu tür olumsuz yaşam olaylarının sonuçları genellikle psikiyatrik sorunlar, bağımlılık bozuklukları gibi çocukluk ve ergenlik döneminde başlayarak yetişkinliğe kadar devam edebilen olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Çocuk istismarının önlenmesinde en önemli faktör toplumsal farkındalık oluşturulmasıdır. Hemşireler sağlık çalışanlarının en büyük grubunu oluşturduğundan, çocuk istismarını önleyici politikaların hem oluşturulması hem de yürütülmesi sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Hemşireler, savunucu rolleri doğrultusunda hareket ederek çocuğun beden ve ruh sağlığını koruyucu önlemler almalıdır ve bu konuda yürütülecek faaliyetlere önderlik etmelidir. Ayrıca ülkelerde çocuk istismarının bildirilmesini zorunlu kılan yasalar çıkartılmalıdır. Bununla birlikte çocukların haklarını koruyan resmi kurumların sayısı arttırılmalıdır. Devletlerin şüpheli çocuk istismar vakalarına müdahale etme konusunda rehberlik eden çeşitli kılavuz ve yönergeler oluşturması çocuk istismarına yaklaşım konusunda güçlü bir temel oluşturacaktır. Bu sayede hemşireler gibi sağlık profesyonelleri, mevzuat ve protokollere uygun şekilde müdahalelerini planlayabilme fırsatı bulacaktır. Çocuğun güvenliğinin en üst düzeyde olması temel amaç olarak belirlenmelidir. Çocuğun kültür, din ve kişiliğine saygı gösterilmesi, hizmet sunumunda multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla hareket edilmesi gerekir. Şüpheli olgularda çocuklar açısından en iyi sonuçların alınmasını sağlamak için çocukların ihtiyaçlarına odaklanılmalıdır. İstismara uğrayan çocuklara karşı duyarlı olunmalı ve sorularına dürüst bir şekilde cevap verilmelidir. Bu durum oluşturulacak güven ortamının korunması için oldukça önemlidir. Sonuç olarak, çocuk koruma mevzuatı ve protokolleri uluslararası standartlara sahip olmalıdır ve hemşireler uygulamalarını düzenleyen politikalar hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Hemşirelik alanında yapılacak farklı araştırmaların çocuk istismarına yönelik farkındalığı arttıracak ve müdahalelerde standardizasyonu sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, hemşire, istismar, politika.

Abstract

The number of child abuse cases is increasing day by day. Due to the effects it has on physical and mental health, it continues to be an important social problem. In the literature, it is stated that abuse in children can trigger the development of secondary problems such as antisocial behaviors as well as physical and mental effects. The consequences of such negative life events are generally associated with negative outcomes such as psychiatric problems and addiction disorders, which can start in childhood and adolescence and continue into adulthood. The most important factor in the prevention of child abuse is to create social awareness. Since nurses constitute the largest group of health professionals, they play an

important role in both the formulation and implementation of child abuse prevention policies. Nurses, acting in line with their advocacy roles, should take precautions to protect the physical and mental health of children and lead the activities to be carried out in this regard. In addition, countries should enact laws mandating the reporting of child abuse. However, the number of official institutions protecting children's rights should be increased. The establishment of various guidelines and guidelines that guide states to respond to suspected cases of child abuse will provide a strong basis for approaching child abuse. In this way, health professionals such as nurses will have the opportunity to plan their interventions in accordance with the legislation and protocols. Child safety at the highest level should be determined as the main objective. It is necessary to respect the culture, religion, and personality of the child, and to act with a multidisciplinary team approach in service delivery. In doubtful cases, the needs of children should be focused on to ensure the best results for children. Children who have been abused should be sensitive and their questions should be answered honestly. This situation is very important for the preservation of the environment of trust to be created. As a result, child protection legislation and protocols should have international standards, and nurses should be knowledgeable about the policies governing their practice. It is thought that different studies in the field of nursing will increase awareness of child abuse and provide standardization in interventions.

Keywords: Abuse child, nurse, policies.

Giriş

Çocuk istismarı; bireysel, toplumsal ve adli boyutları olan sosyal bir olgudur. İlk olarak 1980'li yılların başında resmi olarak tanımlanmasından şimdiye kadar geçen sürede çocukların istismar ve ihmalinin farklı tür ve çeşitleri ortaya çıkmıştır. Duygusal, fetal, fiziksel, cinsel ve ekonomik istismar, literatürde en bilinen istismar türleridir (Negriff, Schneiderman, Smith, Schreyer ve Trickett, 2014). Çocuğun, meydana gelen istismardan koruması bu alanda yürütülen araştırma ve uygulamaların kapsamının genişletilmesi, mağdur/fail profillerinin belirlenmesi ve iyi bir politikayla yönetilmeye çalışılmaktadır (Negriff ve diğerleri, 2014). Özellikle son yıllarda teknoloji ve internet aracılığıyla çocukların istismara ve ticari sömürüye maruz kalma oranları artmıştır (Corby, 2006). Bu durumun kapsamlı bir şekilde analiz edilmesi ve önleyici politikaların oluşturulması gerekmektedir. İstismarın nedenleri, sosyolojik boyutta ele alınarak çocukları koruyucu yasaların ve hukuk normlarının oluşturulması gerekmektedir. Yapılacak farklı araştırmalar sayesinde, çocuğa yönelik her türlü istismarın duygusal etkisi belirlenmelidir. İstismar türlerinin sistematik ve kapsamlı bir şekilde analiz edilmesiyle karar vericilere, doğru müdahale yöntemlerinin belirlenmesi konusunda yardımcı olunabilir (Shevlin ve diğerleri, 2018). İstismar sadece bir olay veya olgu olarak değerlendirilmemelidir. Sonrasında meydana getireceği durumlar detaylı olarak analiz edilmelidir. Literatür incelemeleri, istismarın travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, intihar düşüncesi, yetişkinlikte olumlu sosyal ve sürdürülebilir ilişkiler kurmada eksiklik yaşandığını göstermiştir. Bununla birlikte istismarın süresi, şiddeti, türü yaşanan etkinin değişmesine neden olabilir (Kendall-Tackett, 2012).

Çocuk İstismarı ve İhmali

Çocuk istismarının tüm çeşitleri kapsamlı bir yaklaşım gerektirmektedir. Burada asıl önemli konu çocuk istismar suçlarının kalıplarının belirlenmesi, işleme nedenlerinin ve sonuçlarının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve risk profilini ortaya çıkaran bir yaklaşım benimsenmesidir. İstismarın önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu gerçeğinden yola çıkarak çocukları koruyucu önlemlerin alınması ve çocuk hemşirelerin eğitilmesi gerekmektedir.

Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuklara kusurlu, seilmeyen, istenmeyen, tehlikede olduklarını veya yalnızca başkalarının ihtiyaçlarını karşılamada değerli olduklarını ileten, tekrarlayan bir bakıcı davranışı veya tekrarlayan

olaylar örüntüsü olarak tanımlanır (American Professional Society on the Abuse of Children, 1995). Duygusal istismar, tanınması en zor istismar türlerinden biridir. İma şeklinde gizli veya alenen uygulanabilir. Her iki durum, maruz kalan kişinin özgüvenini zedeler. Benliğinden ve yeterliliğinden şüphe duymaya başlamasına neden olur. Duygusal istismarın altı türü bulunmaktadır. Bunlar geri çevirme (sözlü ve sözsüz olarak reddetme/aşağılama), terörize etme (çocuğu tehdit eden veya fiziksel olarak zarar verme olasılığı bulunan veya çocuğun sevdiği obje ve nesneleri tehlikeye atan davranış), sömürme/sömürü (çocuğu uygunsuz davranışlar geliştirmeye teşvik etme), duygusal etkileşimi reddetme (çocuğun etkileşim ihtiyaçlarını göz ardı etmek, çocuğa olumlu olarak yaklaşmamak ve çocukla etkileşimde hiçbir duygu göstermemek), izolasyon (çocukların yaşıtları veya yetişkinlerle etkileşim/iletişim kurma fırsatlarını reddetme), tıbbi ve eğitimsel ihmal (çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmaması veya sağlanamaması) (American Professional Society on the Abuse of Children, 1995). Duygusal istismar genelde göz ardı edilmesine rağmen, bunun diğer istismar türlerinin altında yatan bir özellik olduğu ve daha ciddi gelişimsel, sosyal ve psikolojik zarara yol açabileceği belirtilmektedir (Taillieu ve diğerleri, 2016). Duygusal istismarın, depresyon (Gibb, Chelminski ve Zimmerman, 2007), anksiyete bozuklukları (Hamilton ve diğerleri, 2013), travma sonrası stres bozukluğu gibi uzun vadeli ruhsal sorunlara neden olduğu bildirilmiştir. Duygusal istismarın neden olduğu sorunlar çocukta benlik saygısını önemli oranda etkilemektedir. Çocukların bu istismar türlerinden etkilenme derecesi farklılaşmakla beraber risk faktörleri incelendiğinde saldırganlık ve kişilerarası sorunlara zemin oluşturduğu belirtilmektedir.

Fetal İstismar

Annelik, diğer tüm sosyal normlar gibi kültürel süreç (Feasey 2013). İyi bir annelik; koşulsuz sevgi beklentisi, çocuğunun refahı için çabalamakla gerçekleşebilir. Fetal istismar bir çocuk istismarı türüdür. Bu istismar kelimesi, ilk kez 1900’lü yıllarda bir makalede kullanılmıştır (Oppenheim, 1919). Fetal istismar, kadınların hamilelik sırasında uyuşturucu ve alkol tüketmesi, dolayısıyla fetüsün bundan olumsuz etkilenmesine neden olan durumlar için kullanılmıştır (Schroedel ve Peretz 1994). Fetal istismar “fetüsün sağlığını ve gelişimini olumsuz yönde etkileyen tüm davranışlar” olarak düşünülebilir (Çalbayram Çaliker, 2015). Bu tanım çerçevesinde; gebenin şiddete maruz kalması, madde kullanımı, kötü beslenmesi, antenatal bakım alamaması, ruhsal durum bozukluğu gibi birçok etken fetal istismara neden olabilecek durumlar arasında sayılabilir. Kadınların ya çocukken istismar kurbanı oldukları ya da yetişkin olduklarında işlevsiz annelik rolleri nedeniyle bu tür istismar olaylarını sergilediği bildirilmiştir. Sebep ne olursa olsun doğum öncesinde uterusu travmatik koşullara maruz kalmanın çeşitli anomalilere, fiziksel, nörolojik ve gelişimsel bozukluklara, ince ve kaba motor becerilerde azalmaya, dikkat ve hafıza eksikliklerine, davranış bozuklukları ve sosyal problemlere neden olabildiği belirlenmiştir (Kelly, 2014; Zhou ve diğerleri, 2015).

Fiziksel İstismar

Dünya Sağlık Örgütü, ebeveyn, bakıcısı veya bakımdan sorumlu olan bir kişinin (örneğin okul öğretmeni) tarafından gerçekleştirilen istismarı fiziksel istismar olarak tanımlamıştır. Fiziksel istismarın küresel anlamda yaygınlığı %22’ye kadar çıkmıştır ve çocuklara yönelik fiziksel istismarın tüm dünyada milyonlarca çocuğu etkileyen küresel bir sorun olduğu belirtilmiştir. Fiziksel istismarın bazı toplumlarda nesiller arası tutum, deneyimler ve hatta dini öğretilerdeki ritüellerde bir disiplin aracı olarak kabul gördüğü de belirlenmiştir (Russa, Rodriguez ve Silvia, 2014). Bununla birlikte, ebeveynlerin disiplin aracı olarak şiddete başvurması çocuğun sağlıklı gelişimi için olumsuz bir tutumdur (Annerbäck, Sahlqvist, Svedin, Wingren ve Gustafsson, 2012). Fiziksel istismar farklı eylemler şeklinde gerçekleşebilir. Bu eylemler, bir vücut parçası veya silahla (sopa veya kemer gibi), tekmeleme, yumruklama, itme, çocuğu fırlatma, sürükleyip bırakma, sallama, boğma, yakma ve zehirlenmeyi içerir. Fiziksel istismar bazı çocuk istismarı türleriyle iç içe geçmiştir. Örneğin cinsel istismar, özellikle travma söz konusu olduğunda bir tür fiziksel istismar olarak kabul edilebilir (Jackson, Kissoon ve Greene, 2015). Çocukların fiziksel istismarı için risk faktörleri; genç

ebeveyn yaşı ve düşük ebeveyn eğitimi, ebeveynde çocuk istismarı geçmişinin olması, psikiyatrik tedavi veya şiddet geçmişi olması şeklinde sıralanmaktadır (Dakil, Cox, Lin ve Flores, 2012).

Cinsel İstismar

Cinsel istismar, dünya çapında sıklıkla görülen, genel prevalansı %13 olan yaygın bir istismar türüdür. Kadınlar arasında %18, erkeklerde %8 oranında görüldüğü belirtilmektedir (Stoltenborgh ve diğerleri, 2011). Dünya Sağlık Örgütü cinsel istismarın farklı uygulama şekilleri olduğunu belirtmektedir. Bunlar; (a) oral, anal veya vajinal penetrasyon olarak tanımlanan tecavüzler, (b) cinsel saldırılar, (c) aile içi cinsel ilişkiyi ifade eden ensest ve (d) çocuğun pornografiye dahil olduğu, cinsel aktiviteye tanık olduğu, yetişkinlerin kendilerini çocuğa maruz bıraktığını gördüğü veya failin cinsel zevki için başka uygunsuz davranışlarda bulunduğu cinsel olmayan temas olarak tanımlanan cinsel sömürüdür (Dünya Sağlık Örgütü, 1999). Bu duruma çocuk rıza gösterse bile, durumun niteliği değişmez ve yaşana durum istismar olarak isimlendirilir. Failler, çoğu zaman savunmasız çocuk üzerinde söz sahibi bir konumda olan ve en çok güvenilen kişilerdir. Çocuklukta meydana gelen istismar vakalarının yetişkinliğe kadar etkileri olduğu ve travma sonrası stres bozukluğu (Barrera, Calderón ve Bell, 2013), problemli bilişsel ve içselleştirme problemleri (Miragoli, Procaccia ve Di Blasio, 2014), düzensiz veya güvensiz bağlanma (Briere, Runtz, Eadie, Bigras ve Godbout, 2017), sosyal izolasyon (Miner ve diğerleri, 2016) şeklinde sorunlara neden olabildiği belirlenmiştir.

Çocuk İstismarını Önleyici Küresel Sağlık Politikaları

Çocuklar ebeveynlerinin fiziksel ceza, duygusal kötü muamele ve diğer aşağılayıcı uygulamalarına karşı korunma hakkına sahiptir. Çocuğa karşı istismar gibi kötü muamelede bulunduğu saptanan ebeveynlerin velayet hakları kısmen veya tamamen geri alınabilmelidir. Almanya gibi bazı ülkeler bu tür durumları medeni kanunları içerisine dahil etmiş ve çocukları koruma konusundaki somut adımları hayata geçirmiştir (Bundesrepublik Deutschland, 2008). Çocuklara yönelik istismarı sona erdirmeyi amaçlayan toplum yararına çalışan profesyonel kuruluşlar, dini kurumlar, kar amacı gütmeyen kurumların bir politika dahilinde sayıları arttırılmalıdır. İstismarın önlenmesine yönelik tutum ve politika değişiklikleri yavaş olabilse de, değişimi hızlandırmak için koordine çalışmalar yapılmalıdır (Burstein, 2003). Benzer şekilde güvenlik ağı politikaları, çocukların sağlığını, gelişimini ve güvenliğini tehlikeye atan altta yatan sistemik sorunların ele alınmasında kritik öneme sahiptir. Ebeveynin çocuğa yönelik istismarını önlemek, tarihsel politikaların süregelen etkilerini kabul etmeyi, mevcut adaletsiz politika ve uygulamalara karşı çocukları savunmayı ve marjinal toplulukların ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik çalışmaları hayata geçirmeyi gerektirir (Haight ve diğerleri, 2018). Çocukların bulundukları ev, kurum vb. yerlerde güvenli bir şekilde kalabilmeleri ve istismardan korunmaları için tasarlanmış olanlar da dahil olmak üzere, kanıta dayalı yaklaşımlar ve hizmetler çocukların refahı için sistemli bir şekilde uygulamaya koyulmalıdır. Bireysel düzeyde, istismarın devam etmesini önlemek için failerin tedavi görmesi de gerekmektedir. İstismarın meydana geldiği ailelere yönelik kanıta dayalı hizmetler, hem çocuk mağdurlar hem de velayeti olan veya velayeti geri alma olasılığı bulunan aile bireyleri veya bakıcılara uygulanmalıdır. Okullarda sistemli istismarı önleme politikaları geliştirilerek müfredata entegre edildiğinde, çocuk cinsel istismarının önlenmesine ilişkin farkındalık meydana geldiği belirtilmektedir (Walsh ve diğerleri, 2017). Bu nedenle okul çağındaki çocuklara yönelik hizmetler göz ardı edilmemelidir.

İstismarın Önlenmesi ve Koruyucu Politikaların Oluşturulmasında Çocuk Hemşiresinin Rolü

Çocuk istismarının önlenmesi için toplumsal farkındalık oluşturulması gerekmektedir. Hemşireler sağlık çalışanlarının en büyük grubunu oluşturduğundan, çocuk istismarını önleyici politikaların hem oluşturulması hem de yürütülmesi sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Hemşirelerin çocuklara hizmet sunumunda farklı rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Özellikle çocuğun korunması ve haklarının savunma-

sında koruyucu ve savunucu rollerini aktif şekilde kullanmaları gerekmektedir. Bu doğrultuda istismar nedeniyle çocuklarda meydana gelebilecek, beden ve ruh sağlığını etkileyecek sorunlara yönelik koruyucu önlemler almalıdır. İçinde bulunduğu topluma çocuk haklarının korunması, çocuklara yönelik politikaların oluşturulması ve işlerliğinin sağlanmasında önderlik yapmalıdır. Hemşireler, çocuğun her türlü istismar vakalarından korunması için yasaların çıkartılması için sivil toplum kuruluşları ve çeşitli meslek örgütleriyle çalışmalar yapmalı ve ülke idarecilerine mevcut sorunların çözümüne ilişkin çözüm önerileri sunmalıdır. Ayrıca ülkelerde çocuk istismarının bildirilmesini zorunlu kılan yasalar çıkartılmalıdır. Bununla birlikte çocukların haklarını koruyan resmi kurumların sayısı arttırılmalıdır. Devletlerin şüpheli çocuk istismar vakalarına müdahale etme konusunda rehberlik eden çeşitli kılavuz ve yönergeler oluşturması çocuk istismarına yaklaşım konusunda güçlü bir temel oluşturacaktır. Bu sayede çocuk hemşireleri gibi sağlık profesyonelleri, mevzuat ve protokollere uygun şekilde müdahalelerini planlayabilme fırsatı bulacaktır. Çocuğun güvenliğinin en üst düzeyde olması temel amaç olarak belirlenmelidir. Çocuğun kültür, din ve kişiliğine saygı gösterilmesi, hizmet sunumunda multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla hareket edilmesi gerekir. Şüpheli olgularda çocuklar açısından en iyi sonuçların alınmasını sağlamak için çocukların ihtiyaçlarına odaklanılmalıdır. İstismara uğrayan çocuklara karşı duyarlı olunmalı ve sorularına dürüst bir şekilde cevap verilmelidir. Bu durum oluşturulacak güven ortamının korunması için oldukça önemlidir.

Sonuç

Çocukların her türlü ayrımcılıktan, istismar ve kötü davranıştan korunması, adil muamele görmesi, güvende olması, sağlıklı bir şekilde fiziksel ve duygusal gelişimlerini destekleyen çevrede yaşamını devam ettirmesi gibi hakları vardır. Çocukların beden ve ruh sağlığını bozan istismar gibi durumların önlenmesi, çocuk istismarının engellenmesi için toplumsal farkındalık oluşturulması, önleyici tedbirlerin okullarda eğitim faaliyetleriyle beraber hayata geçirilmesi, adli ve idari anlamda faillere uygulanacak caydırıcı cezai tedbirlerin alınması gerekmektedir. Çocuk koruma mevzuatı ve protokolleri uluslararası standartlara sahip olmalıdır ve çocuk hemşireleri uygulamalarını düzenleyen politikalar hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Hemşirelik alanında yapılacak farklı araştırmaların çocuk istismarına yönelik farkındalığı arttıracak ve müdahalelerde standardizasyonu sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

American Professional Society on the Abuse of Children. (1995). Psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and practice guidelines. Chicago, IL: American Professional Society on the Abuse of Children.

Annerbäck, E., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G., & Gustafsson, P. A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden—associations with health and risk behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 36(7), 585–595. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.05.006.

Barrera, M., Calderón, L., & Bell, V. (2013). The cognitive impact of sexual abuse and PTSD in children: a neuropsychological study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(6), 625–638. doi: 10.1080/10538712.

Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205–1222. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.09.008.

Bundesrepublik Deutschland, (2008). Bundesrepublik Deutschland. (12. Jul 2008). Bürgerliches Gesetzbuch Buch 4, §1666. Bürgerliches Gesetzbuch. Berlin: Bundesamt für Justiz.

Burstein, P. (2003). The impact of public opinion on public policy: A review and an agenda. *Political Research Quarterly*, 56(1) (2003), 29–40. doi: 10.1177/106591290305600103.

Çalbayram Çaliker, N. (2015). Fetal istismar ve çocuk sağlığı üzerine etkisi. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*, 17,

15-17.

Corby, B. (2006). *Child abuse: Towards a knowledge base* (3rd ed.). New York, NY; Maidenhead, England: Open University Press.

Dakil, S. R., Cox, M., Lin, H., & Flores, G. (2012). Physical abuse in U.S. children: risk factors and deficiencies in referrals to support services. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(5), 555-569. doi: 10.1080/10926771.2012.680007.

Feasey, R. (2013). From soap opera to reality programming: examining motherhood, motherwork and the maternal role on popular television. *Journal of Cross-Cultural Image Studies*, 4(2), 25-46. doi: 10.17742/IMAGE.mother.4-2.2.

Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24, 256-263. doi: 10.1002/da.20238.

Haight, W., Waubanasum, C., Glesener, D., Marsalis, S. (2018). A scoping study of Indigenous child welfare: the long emergency and preparations for the next seven generations. *Children and Youth Services Review*, 93, 397-410. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.08.016.

Hamilton, J. L., Shapero, B. G., Stange, J. P., Hamlat, E. J., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2013). Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: hopelessness as a mediator. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(3), 332-347. doi: 10.1080/15374416.2013.777916.

Jackson, A., Kissoon, N., & Greene, C. (2015). Aspects of abuse: recognizing and responding to child maltreatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(3), 58-70. doi: 10.1016/j.cppeds.2015.02.001.

Kelly, M. (2014). Increasing victimization through fetal abuse redefinition. *William & Mary Journal of Women and the Law*, 20(3), 685-709.

Kendall-Tackett, K. (2012). The long-term health effects of child sexual abuse. In P. Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* (pp. 49-67). Hoboken, NJ: Wiley.

Miner, M. H., Swinburne Romine, R., Robinson, B. E., Berg, D., & Knight, R. A. (2016). Anxious attachment, social isolation, and indicators of sex drive and compulsivity: predictors of child sexual abuse perpetration in adolescent males? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 28(2), 132-153. doi: 10.1177/1079063214547585.

Miragoli, S., Procaccia, R., & Di Blasio, P. (2014). Language use and PTSD symptoms: content analyses of allegations of child sexual abuse. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 14(5), 355-382. doi: 10.1080/15228932.2014.970423.

Negriff, S., Schneiderman, J., Smith, C., Schreyer, J., & Trickett, P. (2014). Characterizing the sexual abuse experiences of young adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 261-270. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.08.021.

Oppenheim, H. (1919). Über misopädie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 45, 1-18. doi: 10.1007/BF02871723.

Russa, M. B., Rodriguez, C. M., & Silvia, P. J. (2014). Frustration influences impact of history and disciplinary attitudes on physical discipline decision making. *Aggressive Behavior*, 40(1), 1-11. doi: 10.1002/ab.21500.

Schroedel, J. R., Peretz, P. (1994). A gender analysis of policy formation: the case of fetal abuse. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 19(2), 335-360. doi: 10.1215/03616878-19-2-335.

Shevlin, M., Murphy, S. M., Elklit, A., Murphy, J., & Hyland, P. (2018). Typologies of child sexual abuse: an analysis of multiple abuse acts among a large sample of Danish treatment-seeking survivors of childhood sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(3), 263–269. doi: 10.1037/tra0000268.

Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16, 79–101. doi: 10.1177/1077559511403920.

Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., & Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 59, 1–12. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.07.005.

Walsh, K., Brandon, L., Kruck, L. (2017). Audit of Primary School-Based Sexual Abuse Prevention Policy and Curriculum: Report Prepared for the Royal Commission into Institutional Responses to Child Sexual Abuse. https://www.childabuseroyalcommission.gov.au/sites/default/files/file-list/research_report_-_audit_of_primary_school-based_sexual_abuse_prevention_policy_and_curriculum_-_prevention.pdf adresinden elde edildi. Erişim tarihi: (06/04/2022).

World Health Organization. (1999). Report of the consultation on child abuse prevention, 29–31 March 1999. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Zhou, F. C., Mason, S., & Open Access Publishing in European Networks. (2015). Genetics and epigenetics of fetal alcohol spectrum disorders. Lausanne, Switzerland: Frontiers Media SA.

Küreselleşmenin Sağlık Politikalarına ve Hemşireliğe Etkileri

The Effects of Globalization on Health Policies and Nursing

İrem Genç¹, Songül Yumuşak¹, Dr. Öğr. Üyesi Tuba Özaydın²

¹Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği, Selçuklu/Konya

²Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Selçuklu/Konya

Özet

Küreselleşme son 20 yılda en çok konuşulan kavramlardan biridir. Küreselleşme, dünya genelinde bilginin, hizmetin, malların, yatırımların, kültürün, demografinin, hukukun, eğitimin dünya genelinde insanlar tarafından değerlendirilmesi ve bunun sonucunda meydana gelen olayların diğer süreçleri etkilemesiyle ilişkilerin dünya genelinde devamlı ve aktif bir şekilde bölgesel ve ulusal sınırları aşarak uluslararası bağımlılık süreci oluşturmaktadır. Küreselleşme dinamik bir süreçtir. Özellikle ülkelerin sağlık sistemlerini ve politikalarını etkilemektedir. Ülkelerin birbirleri ile ilişkileri, sağlık güvenlikleri, iş birliği oluşturmaları politikanın gereksinimlerindendir. Günümüzde ülkeler arasındaki sağlık eşitsizlikleri daha fazla gözlem, inceleme ve değerlendirmeye ihtiyaç duyan bir alandır. Bu yüzden ulusal sağlık sistemleri ve politikalarda dünya çapında yaşanan gelişmelerden ve olaylardan daha çok etkilenmektedir.

Küreselleşme sağlığı, toplumu, çevreyi ve eğitim sistemini etkilemiştir. Küreselleşme kavramı tüm meslek grupları gibi hemşirelik mesleğini de yakından ilgilendirir. Eğitimin yapısı, kurumları ve bilginin doğası da olumlu değişim gösteren alanlardır. Sayıları giderek artan hemşirelik okulları, açık öğretim programları ile uzaktan eğitim ,online eğitim gibi eğitim programları ve öğrenci değişimleri hemşirelik eğitiminde küreselleşmeyle birlikte gelen uluslararasılaşmanın getirdiği önemli yeniliklerdendir. Küreselleşme ülkelerin birbirini etkileme süreci olarak da tanımlanabildiği için bu süreçlerin olumlu sonuçlarının yanında olumsuzluklar da doğurabileceği bilinmektedir. Küreselleşmeyle zengin ve fakir arasındaki uçurum artmakta ve bunun sonucunda, sağlık sistemine ulaşılabilirlik ve eşitsizlik sorunları ortaya çıkmaktadır. Bu etkiyle beraber sağlıkta dönüşümler ve değişimler gerçekleşmiştir. Bu değişim ve dönüşümler eğitim, hizmet, istihdam açısından en fazla hemşireleri kayba uğratmıştır. Küreselleşmenin hemşirelik bakımını etkileyecek hemşire göçüne, hemşirenin çalışma koşullarına olumsuz yansımaları olmuştur. Bu olumsuz süreçler politik güçler, sosyal bilinç ve bireysel çabalar ile durdurulabilir. Bu sunuda küreselleşme kavramından ,küreselleşmenin olumlu ve olumsuz etkilerinden ,küreselleşmenin sağlık sistemine ve politikalarına etkisinden ,küreselleşmenin hemşireliğe ,hemşirelik eğitimine, hemşirelik göçlerine etkisinden, küreselleşmeyle değişen kanun ve yönetmeliklerden bahsedilecektir.

Anahtar kelimeler: Küreselleşme, politika, hemşirelik.

Abstract

Globalization has been one of the most talked about concepts for the past 20 years.

Globalization is the process of international dependency by constantly and actively crossing regional and national borders around the world, with the evaluation of knowledge, services, goods, investments, culture, demography, law, education by people around the world, and the resulting events affecting other processes. Globalization is a dynamic process. It especially affects the health systems and health policies

of the countries. The relations between the countries, their health security and cooperation are among the requirements of the policy. Today, health inequalities between countries are an area that needs more observation, examination and evaluation. Therefore, national health systems and policies are more affected by developments and events around the world.

Globalization has affected health, society, the environment and the education system. The concept of globalization, like all professional groups, is closely related to the nursing profession. The structure of education, its institutions and the nature of knowledge are also areas that have changed positively. Nursing schools, which are increasing in number, educational programs such as distance education with open education programs, online education and student exchanges are among the important innovations brought by the internationalization that comes with globalization in nursing education.

Since globalization can also be defined as the process of the countries influencing each other, it is known that these processes can have positive consequences as well as negative ones. With globalization, the gap between rich and poor increases, thus, problems of accessibility to the health system and inequality arise. With this effect, transformations and changes in health have taken place. These changes and transformations have caused the greatest loss of nurses in terms of education, services, and employment. Globalization has had negative repercussions on nurse migration, which will affect the nursing care, and on the working conditions of the nurses. These negative processes can be stopped by political forces, social consciousness and individual efforts.

In this presentation, the concept of globalization, globalization and its positive and negative effects, globalization's influence on health systems and policies ,on nursing ,nursing education, nursing migration and lastly, its influence on changing laws and regulations will be discussed.

Keywords: Nursing, health, globalization.

Giriş

Teknolojinin, bilimin ve küresel ticaretin gelişmesiyle ülkelerin birbirleriyle etkileşimi artmış ve buna bağlı olarak son yıllarda adından sıkça söz ettiren ve dinamik bir süreç olan küreselleşme kavramı ortaya çıkmıştır (Kıraç ve ark, 2020). Küreselleşmeyi teknolojik gelişmeler, politik etkiler, ekonomi, sosyal ve çevresel konular etkilemiştir. Günümüzde ulusal sağlık sistemleri devlet sınırlarını aşan küresel faktörlerden zamanla etkilenmiş olup, gelişmekte olan ülkeler için küreselleşme halk sağlığı açısından önemli bir sorun olmaya başlamıştır (Ertaş ve Kıraç, 2017).

Günümüzde küreselleşmenin sağlık üzerinde olumlu ve olumsuz büyük etkileri görülmektedir. Ülkelerin küreselleşme süreciyle elde ettiği kazanımların gerilemesine bağlı olarak işsizliğin artmasıyla temel sağlık hizmetlerinin karşılanmasında sıkıntı yaşanmaktadır bu da sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir. Sağlıkta meydana gelen gelişmeler, önceden tedavisi olmayan birçok hastalığın günümüz tıp teknolojisi ile tedavi edilebiliyor olması küreselleşmenin sağlık üzerindeki olumlu etkilerindendir (Alu, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikasında ülkelerin uluslararası sağlık güvenliği, uluslararası ilişki ve iş birliği stratejileri oluşturmasının önemi vurgulanmaktadır. Ülkeler arasındaki ve içindeki sağlık eşitsizlikleri küresel uyarı, araştırma, izleme ve değerlendirme sürecine ihtiyaç duymaktadır. Bunun sonucunda ülkeler ve geliştirilen politikalar çevresel faktörlerden önemli ölçüde etkilenmektedir (Ertaş ve Kıraç, 2017).

Küreselleşme her alan olduğu gibi eğitim alanına da yansımıştır. Küreselleşmenin eğitim sistemiyle birleşmesi yeni bir kavram olan eğitimde uluslararasılaşmayı (internalizasyon) ortaya çıkarmıştır (Temel 2011). Sağlık bakımı sunan gruplar içinde büyük bir grubu temsil eden hemşirelerin, küreselleşmenin neden olduğu sağlık sorunlarının farkında olarak çözüm bulmaları, sağlığa küresel bir bakış kazanmaları ve bu bakışla eğitimlerini birleştirmeleri internalizasyonun bir getirisi (Temel, 2011 ve Kaya, 2010).

Bu makalede küreselleşme kavramından ve sürecinden, küreselleşmenin sağlık sistemine ve politikalarına etkilerinden, hemşirelik ve hemşirelik eğitimine yansımalarından bahsedilmiştir.

Küreselleşme Kavramı ve Süreci

Küreselleşme kavramını ilk kez 1983 yılında Thedor Levitt kullanmıştır. Küreselleşme sözlükte, uygulamada dünya çapında bir şeyler yapma politikası, süreci ya da eylemi olarak tanımlanmakta; geniş anlamıyla coğrafi bir birim olarak dünyanın bütünleşmesi yani global bir toplum ve kültüre sahip hale gelmesini ifade eder. Bir başka deyişle yakın çevrede olan olayların uzakta gerçekleşen olaylarla şekillenmesiyle dünya çapında ilişkilerin artması olarak tanımlanmaktadır (Kıraç ve ark, 2020).

Küreselleşmenin temelinde ekonomik nedenler görünse de etkeni, artan küresel ticaretle toplumların birbirleriyle daha fazla etkileşim içinde bulunması, birbirini tanıması ve ülkeler arasındaki değiş tokuşun ve emek akışının artması olarak görülebilir. Küreselleşmenin bir sonucu olan ülkeler arasındaki iş birliği ortak standartların belirlenmesini sağlayacak olan uluslararası kurumların kurulmasına neden olmuştur. Birleşmiş Milletler (BM), (UNICEF), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) farklı alanlarda küreselleşmenin sebep olabileceği etkileri en aza indirmek amacıyla kurulan bazı kuruluşlardır (Kıraç ve ark, 2020).

Küreselleşmenin kapitalizmle olan ilişkisi tarihte çok eski dönemlerden itibaren çeşitli şekillerde ortaya çıkmış ve dünya çapında etki yaratmıştır. Küreselleşmenin tarihsel süreci Tablo 1’ de özetlenmiştir.

Tablo 1. Üç Küreselleşme Dalgası (Oran, 2000).

Üç Küreselleşme Dalgası	Üç Küreselleşme Dalgası	Yöntem	Haklı Gösteriş	Sonuç
Birinci Küreselleşme Dalgası	Denizcilikte Yaşanan Gelişmeler, Merkantilizm	Önce Keşifler, Sonra Askeri İşgal	Putperestlere Tanrı’nın Dinini Götürme	Sömürgecilik
İkinci Küreselleşme Dalgası	Sanayileşme ve Doğurduğu Gereksinimler	Önce Misyonerler, Sonra Kaşifler, Sonra Ticaret Şirketleri, En Son İşgal	“Beyaz Adamın Yüğü” “Uygarlaştırıcı Görev” “İrkçi Teoriler”	Emperyalizm
Üçüncü Küreselleşme Dalgası	1970’lerde Çok Uluslu Şirketlerin Artan Etkisi, 80’lerde İletişim Devrimi, 90’larda Batının Rakibinin Ortadan Kalkması	Kültürel- İdeolojik Etki (böylece ülkenin her yanı ekonomik, siyasal, sosyal kendiliğinden etkileniyor.	“En Yüksek Uygarlık Düzeyi” “Uluslararası Topluluğun İdaresi” “Piyasanın Gizli Eli” “Globalleşme Herkesin Çıkarınadır”	Globalleşme

Küreselleşme süreci genel olarak kültürel kimliğin yerelleşmesine, ekonomik serbestleşme sürecine ve devletlerarası ilişkilerin yoğunlaşmasına katkı sağlamaktadır (Ateş 2006).

Küreselleşmeyle gelen eşitsizlik sağlık alanını da etkilemiş, yoksul ile zengin ülkeler arasındaki sağlık düzeyi farkı açılmıştır. Sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler, sağlık kuruluşlarındaki artış, değişen hasta doktor ilişkileri, rekabetin yoğunlaşması, sağlık kuruluşlarını küreselleşme süreçlerine, küreselleşmenin doğrudan ve dolaylı etkilerine bağımlı hale getirmiştir (Tengilimoğlu, 2010). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) küreselleşmenin sağlıkla olan bağlantısını 5 noktaya (3 doğrudan, 2 dolaylı) odaklayan bir model geliştirmiştir. Sağlık sistemi, sağlık politikalarının etkileri ile enfeksiyon hastalıkları ve sigara pazarı gibi bazı zararlı durumlara maruz kalmayı içerenler direkt etkilerdir. İndirekt etkiler ise sağlık sektörünün ulusal ekonomi aracılığıyla yönetimi ile beslenme, yaşam koşulları gibi faktörlere bağlı ortaya çıkan toplumsal riskleri içermektedir (Yıldız ve Turan, 2010).

Küreselleşme öncelikli olarak sağlık sistemini ve ona bağlı olarak da sağlık politikalarını etkilemektedir.

Küreselleşme ve Sağlık İlişkisi

Sağlık dünyada en çok önemsenen kavramlardandır, evrenseldir, doğuştan gelir ve ülkeler tarafından kanunlarla güvence altına alınarak İnsan Hakları Beyannamesinde hak olarak kabul edilmesi küreselleşmeye güzel bir örnektir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) kuruluşu sağlıkta küreselleşme için atılmış en önemli adımdır. 1946' da kurulan Dünya Sağlık Örgütü insanların mümkün olan en üst düzey sağlık seviyesine ulaşmaları hedefiyle kurulmuş ve üyelerinin giderek artmasıyla siyasal bir kimlik kazanmıştır. Örgüt, ülkeler hakkında resmi kaynaklardan elde ettikleri bilgileri diğer ülkelerle paylaşarak muhtemel sağlık sorunlarına çözüm önerileri oluşturmuş ve ülkelerin sağlık sistemlerini kıyaslayarak, geliştirmelerine yardımcı olmuştur. Salgın, savaş, deprem gibi olağanüstü durumlarda ülkeler arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlamıştır (Kıraç ve ark, 2020).

Sağlıkta küreselleşme sağlık eşitsizlikleri, bulaşıcı hastalıkların yayılımı ve sağlık teknolojileri üzerinde etkilidir.

Sağlık eşitsizliklerine dikkat edilmelidir. Bir ülkenin refah düzeyi için adil sağlık hizmetlerine erişim ne kadar önemli ise birbirinden bağımsız hareket edemeyecek kadar birbirine bağlanmış dünyanın da her noktasında yeterli sağlık hizmetlerine ulaşım son derece kritiktir. Günümüzde de Covid-19 salgınının ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklı zararlar verdiği görülmüştür. Salgınlara karşı geliştirilen yerel politikalar mücadelede yetersiz kalmıştır. Sağlıkta küreselleşmenin bu süreçte ikinci plana itilen ekonomi, ticaret gibi tüm alanlardan daha önemli olduğu sonucuna varılmıştır (Kıraç ve ark, 2020).

Bulaşıcı hastalıkların geniş kitlelere yayılımı sağlıkta küreselleşmenin etkilerinin en çok hissedildiği durumdur. Gelişen teknoloji, ulaşım araçlarının gelişmesi, mikrobik trafik virüsün temas hızını çok kısaltmıştır. (Frenk ve Gome-Dantes, 2002).

Küreselleşmede önem arz eden konulardan biride sağlık teknolojileridir. Sağlıkta teknoloji kullanımının artması, modern tanı teknolojilerinin kullanılması, tanı ve tedavilerde dijitalleşmenin artması sağlıkta küreselleşmeye teknoloji konusunda verilebilecek örneklerdir. Bu gelişmeler sağlığın küreselleşmesindeki potansiyeli de açığa çıkarmıştır (Kıraç, 2020).

Küreselleşmenin Olumlu Etkisi

Küreselleşme ile birlikte önem kazanan kuruluşlar Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası' dır. Dünya Bankası 'Bin Yıl Kalkınma Hedeflerine' ulaşmayı amaçladığından küresel sağlık politikaları alanında önemli rol oynamaktadır. DSÖ tarafından yürütülen politikalar sağlık yönetiminin küresel düzeyde kontrol edilmesinde önem taşımaktadır (Wilson, 1995).

Sağlık teknolojilerinin gelişmesi ile yaşam kalitesi iyileşmiş, süresi uzamış ve hastanede kalış süresi azalmıştır. Bunlar sağlık düzeyinin artmasına, sağlık harcamalarının azalarak sağlık sisteminin diğer açılardan da olumlu şekilde etkilenmesini sağlamıştır.

Bilgi sermayesi, küresel iletişim ve küresel hareketlilikteki gelişmelerden fazlasıyla etkilenmektedir. Bu da sağlık eğitimi ve eğitiminin gelişmesini sağlamaktadır (Huynen 2005).

Küresel çevresel değişikliklerin olması ekosistem, mal ve hizmetler üzerinde değişikliklere neden olmuştur. Bu değişiklikler sonucunda ekosistemler hastalıkları önlemek veya tedavi etmek için gerekli olan tıbbi ve genetik kaynakları sağlamaktadır (Huynen 2005).

Gıda insanın vazgeçilmez bir ihtiyacıdır. Küreselleşmeyle birlikte gıda ithalatının artışı, ucuz gıda kaynaklarına erişim, dünya kaynaklarının verimli kullanımıyla birlikte gelişmiş teknolojilerinde uygulanması (sulama teknolojileri, genetiği değiştirilmiş gıdalar vb.) bu sürecin olumlu etkilerindendir (Skoet 2006 ve

Huynen 2005).

Küreselleşmenin Olumsuz Etkisi

Mal ve hizmetlerde küresel çapta ticaretin artışı salgın hastalıkların yayılımını arttırarak insan hayatını olumsuz etkilemektedir. Gıda ticaretiyle de daha iyi ve ucuz gıda kaynaklarına erişim sağlansa da gıda güvenliğinin tehlikeye atıldığı görülmektedir (Lang 1996).

Ekonomik, politik, sosyal faktörler ile gelişen ulaşım ve iletişim altyapısıyla insan göçü beklenmedik oranda artmış ve bu göçler sonucunda sağlık hizmetlerinin yeterliliği, kalitesi ve sunumu olumsuz olarak etkilenmiştir (Huynen 2005).

Küreselleşmenin sağlık üzerindeki bir diğer olumsuz örneği de tütün ürünleri ticaretidir. Tütün ürünleri ticaretinin artması, fiyatların düşmesine, daha fazla sigara içilmesine ve tütünle ilişkili hastalıklara neden olmaktadır. Ayrıca uyuşturucu gibi maddelerin ticareti de kolaylaşmıştır. (Kıraç ve ark, 2020).

Küreselleşmeyle beraber insanlar için çalışma olanakları artmıştır. Bu durum sağlık alanında bilgiyle donanımlı insanların başka ülkelere gitmesine, ülkenin ihtiyaç duyduğu personelin sayıca azalmasına ve ülkenin gelişmişlik düzeyinin olumsuz etkilenmesine neden olmuştur (Kıraç ve ark,2020)

Sağlık Sistemi ve Sağlık Politikası Kavramları

Birincil amacı doğrudan sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her türlü faaliyet, organizasyon, finansman ve kaynakların kombinasyonu ve nüfusa sağlık hizmetlerinin sunumuyla sonuçlanan yönetim sağlık sistemi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde sağlık sisteminin belirli bir başlangıç ve bitiş noktası bulunmamaktadır. Kişisel tıbbi yardımdan profesyonel sağlık hizmetlerine, bir sağlayıcı tarafından reçete edilsin ya da edilmesin geleneksel şifacılar tarafından yapılan eylemler ve ilaç kullanımları sağlık sisteminin sınırlarına dahildir (WHO, 2000).

Politika, aktör/aktör grubu tarafından gayeleri ve bu gayelere ulaşılabilecek araçları tespit etmek için alınan kararlardır (Atabey 2012). Sağlık politikası ise sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansal düzenlemelerini etkileyen faaliyetler; hükümetlerin ve toplumdaki diğer aktörlerin toplumların sağlığını iyileştirmeye yönelik faaliyetler olarak tanımlanmaktadır (Er 2011, Bayın ve Akbulut, 2012).

Ülkelerin sağlık politikası geliştirirken toplumun ihtiyaçlarına, sistemin aksayan noktalarına yönelik çözüm önerileri geliştirmeleri için temel almaları gereken 4 soru bulunmaktadır. Daha önceki politikalar geliştirilerek, var olan deneyimlerden faydalanarak ülke ihtiyaçlarına yönelik politikalar uygulamaya konulmalıdır (Ertaş ve Kıraç, 2017).

Küreselleşmenin Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikaları ile İlişkisi

Sağlık sistemleri birçok etkenden etkilenen dinamik bir sistemdir. Günümüzde ülkeler küreselleşme sebebiyle sağlık sistemleri konusunda benzer sorunlarla karşılaşmaktadır.

Gelişmekte olan ülkeler sağlık hizmetlerine erişim, hizmet kalitesi gibi sorunlarla karşılaşırken, gelişmiş ülkeler hizmet maliyetlerinin artması, tüketici memnuniyetsizliği gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (Frenk ve Gome-Dantes, 2002).

Ülkeler sağlık sistemlerini geliştirmeye çalışırken çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Bu sorunlara örnek olarak sağlık eşitsizlikleri, sağlık teknolojilerindeki artan maliyet, demografik ve epidemiyolojik değişiklikler sayılabilir (Ener ve Yelkikalan, 2003). Küreselleşme ülkeleri bağımlılaştırmakta ve sağlık sistemlerinde reform yapılmasını gerekli kılmaktadır (Kahraman ve Bolışık, 2014).

Sağlık sistemlerinde reforma ihtiyaç duyan ülkeler sistemin aksayan yönlerine yönelik çözüm önerileri ve eylem planları oluştururken uluslararası bilgi birikiminden ve ülkenin geçmiş tecrübelerinden faydalana-

rak ülkenin ihtiyaçlarına, sağlık sisteminin aksayan yönlerine yönelik yenilikleri hayata geçirmeleri önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Ülkelerin küreselleşme sürecini daha iyi kavrayabilmesi için küreselleşmenin çok yönlü bir olgu olduğunu ve sağlığı birçok yönüyle etkilediğini bilmeleri gerekmektedir. Sağlık, ulusal çıkarların uluslararası çıkarlarla anlaşmaya varırmak için ülkelere somut fırsatlar sunmakta ve ülkeler arasında iş birliği için bir köprü görevi görmektedir.

Küreselleşme ve Hemşirelik

19. Yüzyıl ortalarında Avrupa’ da ve Kuzey Amerika’ da modern hemşireliğin geliştiği görülmektedir. Savaşlar, kolonileşme ve misyonerlik faaliyetleriyle küreselleşmenin dünyaya yayıldığı belirtilmektedir. Küreselleşmede sağlık, eğitim gibi sosyal hizmetlerin devredilip özelleştirilmesiyle devletin küçültülerek etkinleştirilmesi, kaynakların verimli kullanılması, iş ve emeğin esnekleştirilmesi gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (Ersin ve Bahar, 2014).

Küreselleşmenin etkileriyle hemşireler de tüm meslek gruplarının etkilendiği gibi kariyer, işsizlik, daha iyi yaşam koşullarına ulaşma gibi nedenlerle zengin ülkelere göç etmeye başlamışlardır (Temel, 2011).

Küreselleşme sürecinde özellikle bazı ülkelerin hemşirelik eğitimleri ve hemşirelik bakım modelleri diğer ülkelere örnek olmuştur. Bazı ülkelerin hemşireleri eğitim süreçlerini farklı ülkelerde tamamlamaktadır. Bu amaca yönelik zengin ülkelerin başka ülkelerde hemşirelik okulu açarak kazanç sağlaması küreselleşmenin etkisidir (Alvez Tan, 2006).

Küreselleşmenin ülkemizde de hemşirelik üzerinde etkileri görülmektedir. Sağlıkta özelleştirmeye hemşirelerin daha uzun saatler ve meslek tanımlarında olmayan işlerde çalışmaya zorlanmaları, sözleşmeli istihdam nedeniyle iş güvencesi olmadan çalışmaları ve ücret bakımından da eşitsizliklerin yaşanması bunlara örnektir.

A) Hemşirelerin Çalışma Saatleri: Memurların haftalık çalışma süresi 657 sayılı devlet memurları yasasıyla 40 saat olarak belirlenmiştir (DMK, 2013). 2368 sayılı kanuna göre ise hemşirelerin çalışma süresi haftada 45 saattir (SB 2013). 4857 sayılı kanun da ise haftalık çalışma saati 45 olarak belirlenmiş olup fazla çalışma için hemşire onayının gerektiği belirtilmektedir (İş Kanunu 2013).

Vardiyalı ve nöbetli çalışma iş doyumunda azalmayı ve tükenmişliği beraberinde getirir. Yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, iş yükü, duygusal stres, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile çalışma Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından belirlenmiş olan hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörlerdir (ILO, 2004).

Hemşirelik mesleğinin seçilmemesi, meslekten ayrılışların yaşanması olumsuz çalışma koşullarının yaratmış olduğu sorunlardır. Ayrıca bu çalışma koşulları çalışanların fizyolojik, psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını ve güvenliklerini olumsuz yönde etkilemektedir (Yüksel, 2004).

1) Fizyolojik Etkiler: Uyku bozukluğu, vücut ritimlerinin bozulması, melatonin hormonunun yetersizliği, osteoporoz, yeme bozukluğu,, erken menopoz, vb.

2) Sosyal ve Psikolojik Etkiler: Sosyal izolasyon, rol performansında yetersizlik, anksiyete, benlik saygısında azalma, tükenmişlik, duyarsızlaşma, iş doyumsuzluğu, aile içi rollerde zorlanma.

3) Güvenlik: Hemşirelerin yaralanma riski çalışma süresi ile doğru orantılıdır. Yapılan çalışmalarla yaralanma riskinin 8. saatten sonra belirgin olarak yükseldiği görülmektedir. Boyun, omuz ve sırt travmaları da hemşireler arasında sık görülen önemli meslek hastalıklarındandır.

B) Vardiyalı, Uzun Süre ve Fazla Çalışmanın Etik Yönü: Hemşireler bakım uygulamalarını gerçekleştirirken yarar sağlama, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet olmak üzere 4 temel ilkeden yararlanırlar. Bir

ilkenin ihlali diğ erinde de sorun yaşanmasına neden olur. Uzun süreli nöbet saatlerinin ve iş yükünün fazla olması uygulanan hemşirelik girişimlerinde eksiklik olmasına bu da hastanın zarar görmesine, hastaya yararlı olanın yapılamamasına, hastanın hak ettiğ i bakımın verilememesine, hata oranının artmasına yani adalet ilkesinin ihlaline yol açmaktadır (Rogers ve ark 2004)

Küreselleşme ve Hemşirelik Eğ itimi

Küresel sağlık hemşireliğ in uygulama, araştırma alanı olarak sayılmakta olup buna yönelik hemşirelikte lisans, lisansüstü ve mezuniyet sonrası eğ itim programlarının bölgesel ulusal ve küresel sağ lığ ı iç eren biçimde düzenlenmesi gerekmektedir (Taş ocak, 2008).

Değ iş en demografik yapı ve artan farklılıklar, geliş en teknoloji, dünya ekonomisinin ve toplumların küreselleş mesi, hemşire insan gücü azlığ ı, alternatif tedavilere yönelim ve palyatif bakım, hasta bakımındaki karmaşıklıklar, sağ lık politikalarının etkileri, sağ lık bakım ve yönetiminde artan maliyetler, yaşam boyu öğrenme fırsatları, eğ itim alacak gruplar, hemşirelik bilimi ve araştırmalarında geliş imler, disiplinler arası eğ itime artan gereksinim konuları küreselleş menin hemşirelik ve hemşirelik eğ itimi üzerindeki etkilerini, ilerleyen dönemlerde atılacak adımları belirlemede etkendir (Heller, Oros ve Durney-Crowley, 2007).

Yaş anan demografik değ iş imler, ortaya çıkan hastalıklar hemşirelerin rol ve sorumluluklarında, çalışma alanlarında değ iş ime neden olmuştur. Bu değ iş ime yönelik hemşirelerin, evde bakım, adli hemşirelik, alternatif terapiler gibi özel dallarda eğ itim almaları için mevcut programların gözden geçirilmesi ve değ iştirilmesi gerekmektedir (Temel, 2011).

Küreselleş me hemşirelik bilgi ve eğ itiminde, bilginin doğ asının değ iş mesine, eğ itim kurumlarının ve hemşirelik eğ itiminin yapısının değ iş mesine neden olmuştur (Temel, 2011).

Dünyada teknolojinin geliş mesiyle beraber sağ lık bakım hizmetlerinde de teletıp uygulamaları hayata geçirilmiştir. Telesağ lık uygulamalarında hemşirelerin bu teknolojileri kullanmak için bilgi ve becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Biliş im teknolojilerindeki geliş melerle elektronik üniversiteler oluş muştur. Eskiden anlatım ve kitap yoluyla aktarılan bilgi, farklı eğ itim modelleriyle online olarak yürütölmeye baş lanmıştır (Temel, 2011). Hemşirelik uygulamalarını interaktif videolu şekillerde üreten ve pazarlayan şirketler hemşirelik eğ itiminin yeni tedarikçileri olarak ortaya çıkabilirler. Böylelikle hemşirelik bilgisi küresel pazarda yerini alarak pazarlanan bir mal olabilecek, zaman ve yer fark etmeden hemşirelere eğ itim alma olanakları sağ lanabilecektir (Jarvis, 1997). Bu olumsuz durumu engelleyebilmek için dünyada pek çok ülkede hemşirelik eğ itiminde mezuniyet öncesini ve sonrasını iç eren yeni akademik sistemler geliştirilmiştir (Glass, 2006).

Avrupa’ da ki reform hareketinden hemşirelik eğ itimi de etkilenmiş ve 45 ülkede Bologna süreci ile mesleğ e baş lama, hemşirelik lisans, master ve doktora programları akademik derecelerde standartlara ve kalite güvenliğ i standartlarına entegre edilmiştir (Zgaga, 2006).

Erasmus programı ile öğrenciler baş ka ülkelere giderek mesleğ i öğrenme, araştırma fırsatı bulmaktadır. 2001 yılından beri ölkemizde de erasmus programları yürütölmektedir. Bu programların öğrencilerde özgüven geliştirme, kültürler arası bakım becerilerini geliştirme gibi olumlu etkileri gözlemlenirken; ekonomik sıkıntılar, kültür ş oku, dil sorunlarına bağ lı olarak mesleki hatalar, yalnızlık da olumsuz etki olarak gözlemlenir (Button ve ark, 2005).

Hemşirelik alanında yapılan araştırmaların artmasıyla bilgi basılı ve online dergilerle meslek üyelerine hızla ulaş maktadır. Ayrıca mesleki geliş im için kurslar ve uluslararası bilimsel toplantılar düzenlenmektedir. (Jarvis 1997). Hemşirelikte araştırmanın değ erinin bilinmeye başlamasıyla eğ itim kurumları tarafından gelir elde etmek için hemşirelere yönelik araştırma kursları düzenlenmektedir. Tüm bu geliş melerin hasta bakımına yarar sağ laması ve hemşirelik uygulamalarının kalitesini arttırması beklenmektedir (Temel, 2011).

Eğitimde Uluslararasılaşma

Küreselleşmenin eğitim sistemiyle bütünleşmesi sonucunda eğitimde uluslararasılaşma yeni bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Bostrom, 2010).

Dünyada ülkeler arasında ekonomik, bilimsel, politik bağlantıların artmasıyla uluslararası olma yönünde insan gücü yetiştirme bir zorunluluk haline gelmiştir. Küreselleşmeyle sosyal devlet anlayışından uzaklaşarak eğitim, piyasaya açılmış ve eğitim kurumlarında özelleşmeler ortaya çıkmıştır. Eğitim kurumlarındaki özelleşmeler sonucunda eğitim eşitsizlikleri artmıştır, ekonomik krizle sağlık ve eğitime ayrılan paylar düşmüştür. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelerle ülkelerin birbirleri ile kolayca bağlantı kurmaları ve kültürler arası bilgi ve becerilerin paylaşılması kolaylaşmış olsa da bu durum gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasındaki bilgi ve bilim açığının artmasına neden olmuştur (Sayılan, 2008).

Geniş pazara ulaşma, yeni programlara ve kurslara katılma, mesleki gelişim, alan çalışmalarının yaygınlaşması, kültürel farklılıkların bilinci, akademik beceriler geliştirme, ülke eğitim sistemine parasal kaynak sağlama, beyin göçü alımı, araştırmada yenilikler eğitimde uluslararasılaşmanın getirdiği olumlu etkilerdir (Bostrom, 2010).

Eğitim programlarının ticarileşmesi, artan yabancı eğitim kuruluşları, esnek göç yasaları, uluslararası öğrencilerin akademik ve bireysel sorunları, ders programlarının benzer olması, kültürel ve ulusal kimlik kaybı, eğitimde kalitenin tehlikeye girmesi eğitimde uluslararasılaşmanın getirdiği olumsuzluklardandır.

Hemşirelik Eğitiminde Yapılabilecekler

Küresel sağlık açısından hemşirenin rol, görev ve sorumlulukları yeniden tanımlanmalı ve bu tanımlara uygun eğitim programları yapılandırılmalıdır. Bu doğrultuda,

- Küresel sağlık hemşirelik eğitiminde yer alan tüm derslerin içeriğine entegre edilmeli ve eğitimin temel amaçları arasında bulunmalıdır.
- Küresel sağlık konuları uzaktan eğitim ve örgün eğitimde evrensel olarak ele alınmalıdır.
- Hemşirelik eğitiminde belirli eğitim standardının olmaması önemli bir sorundur ve bu standartlar küresel düzeyde uğraşlarla belirlenmelidir.
- Hemşirelik eğitiminde bütüncül eğitim felsefesiyle yetişmiş olan bir hemşire küresel sağlığı geliştirmede etkin bir şekilde rol alır.
- Küresel sağlıkla ilgili bilimsel programlar uluslararası seviyede hazırlanmalıdır.
- Geliştirilen uluslararası projeler, profesyonel hemşirelik kuruluşları ve uluslararası sağlık kuruluşları ile iş birliği içinde ve kurumsal düzeyde olmalıdır.
- Dünya sağlığının geliştirmek amacıyla öğrenci-öğretim elemanı değişim programları ulusal ve küresel düzeyde olmalıdır (Kaya, 2010).

Küreselleşmenin Hemşire Göçüne Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2006' da yayımlanmış rapora göre dünyada yaklaşık 60 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bunun üçte ikisi sağlık hizmetlerini doğrudan sunmaktadır. Uluslararası düzeyde sağlık çalışanı eksikliğinin 4,3 milyon civarında olduğu belirtilmektedir. 1990' dan beri sağlık çalışanlarının göçü küresel sağlıkta önemlidir. Uluslararası göç kavramı alt düzeyden üst düzeye doğru bir hiyerarşiyi kapsamaktadır (WHO 2006).

Göçlerin Nedenleri

Üst Plandaki Unsurlar

Ekonomik ve politik faktörler, teknolojik gelişmeler, toplumun artan beklentileri, yaşlanan nüfus, hastalıkların prognozu, Avrupa Birliği dinamikleri ve uluslararası kuruluşlar gibi küresel dinamikleri içermektedir (WHO 2000)

Alt Plandaki Unsurlar

İten Faktörler: Düşük ücret, sınırlı kariyer, iş memnuniyetsizliği, politik zorluklar, düşük mesleki statü, şiddet, savaşlar, güvenlik endişesi ve gelecek görememek bu faktörler arasında sayılabilir (Ersin ve Bahar,2014).

Çeken Faktörler: Yüksek gelir, iyi donatılmış sağlık sistemleri, kariyer fırsatları, iş yardımı, kaliteli bir yaşamdır (Ersin ve Bahar, 2014).

En fazla hemşire göçünü Amerika, İngiltere, Kanada ve Avustralya almaktadır. Yurt dışına göçlerin %81' i ABD' ye, %11' i Kanada ve Avustralya' ya olmaktadır. Avrupa Birliği ülkelerinde ise Almanya, Fransa ve İtalya yoğun hemşire göçü almaktadır (Bundred ,2004).

Ülkemizde de dünya genelinde olduğu gibi çalışma koşullarının daha iyi olduğu ülkelere göçler gözlemlenmektedir. Ankara ve Muş illerinde sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde çalışan 420 hemşire ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin %65,2' si daha iyi çalışma koşulları istediklerini söylemişlerdir. Bu çalışmadan genel iş doyum düzeyi düşük olan hemşirelerin göç etmeye daha meyilli oldukları saptanmıştır. Ayrıca mesleki hizmet süresi ve içsel iş doyum düzeyi arttıkça göç etme girişimlerinin önemli ölçüde azaldığı bu çalışmadan çıkarılan bir diğer sonuçtur (Yıldırım, 2009).

Sonuç

Gelişen teknoloji, ekonomik, sosyal, politik ve sağlık alanındaki değişimler dünyadaki tüm ülkelerin birbirleri ile iletişimlerini zorunlu kılmış ve bu mecburiyet sonucunda küreselleşme kavramı ortaya çıkmıştır.

Sağlık sistemlerinin değişimi ve gelişimi bu iletişimin artmasına bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Ülkeler arası iş birliğinin artması, sağlık sistemi ve sağlık politikaları üzerinde olumlu etkiler bırakmıştır. Aynı zamanda salgın hastalıkların yayılması, tütün ticaretinin artması gibi olumsuz etkileri de görülmüştür.

Küreselleşme kavramı tüm meslekler üzerinde etkili olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de değişime neden olmuştur. Bu değişimlerin en önemlisi hizmetlerin kalitesinde artışa neden olacak hemşirelik eğitiminin küresel şartlara uygun olarak entegre edilmesidir.

Kısacası küreselleşme kavramı ülkelerin, toplumların, bireylerin yaşam standartlarını, mesleki yaklaşımlarını ve hayat şartlarını olumlu ve olumsuz olarak önemli ölçüde etkilemiş ve etkilerini devam ettirmesi beklenen bir tanımdır.

Kaynakça

Alvez, Tan, J. (2006). Philippines: The challenge of managing migration, retention and the return of health professionals.

Alu, A. (2018). Küreselleşme ve sağlık. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi

Ateş, D. (2006). Küreselleşme: Ne Kadar Tek Boyutlu? Doğu Üniversitesi Dergisi, 25-38.

Bayar, Fırat. (2008), "Küreselleşme Kavramı ve Küreselleşme Sürecinde Türkiye", Uluslararası Ekonomik Sorunlar Dergisi, 25-34.

- Bayık, T, A. (2008). Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2), 92-101.
- Bayın, Gamze ve Akbulut, Yasemin. (2012). “Kanıta Dayalı Yaklaşım ve Sağlık Politikası”, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi,1(2), 115-132.
- Bostrom, C, A. (2010). Diffusion of internationalization in Turkish Higher Education. Journal of Studies in International Education, 14 (2), 143-160.
- Bundred P, Martineau T, Kitchiner D. (2004) Factors affecting the global migration of health professionals. Harward Health Policy Review (2): 77-8.
- Button L, Green BB, Tengnah C, Johansson I, Baker C. (2005). The impact of international placements on nurses' personal and professional lives: literature review. Journal of Advanced Nursing: 315-24.
- Çeken, H., Öken, Ş., Ateşoğlu, L. (2008). Eşitsizliği derinleştiren bir süreç olarak küreselleşme ve yoksulluk. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 9(2), 79-95.
- Devlet Memurları kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>, Erişim Tarihi:05.02.2013
- Ener, Meliha ve Yelkikalan, Nazan. (2003). “Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi”, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (6) / 2, 99-113.
- Er, Ünal. (2011). “Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Ertaş, H., & Kırac, F. Ç. (2017). Küreselleşmenin ülkelerin sağlık sistemleri ve politikaları üzerine etkileri. Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17(3), 28-34.
- Ersin, F., & Bahar, Z. (2014). Küreselleşmenin hemşireliğe etkisi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 11(3), 280-288.
- Frenk, Julio and Gómez-Dantés, Octavio. (2002), “Globalization And The Challenges To Health Systems”, Health Affairs,21(3), 160-165.
- Glass, N. (2006). Internationalizing nursing: valuing the multiple spaces and places of nursing education. Journal of Nursing Education; 45(10): 387-8.
- Heller, B, R., Oros, M, T., Durney-Crowley, J. (2007). National League of Nursing. The future of nursing education: ten trends to watch Erişim: 04.07.2011.
- Huynen, M.M., Martens, P. Hilderink, H.B. (2005). The Health Impacts Of Globalisation: A Conceptual Framework. Global Health 1, 14.
- ILO. (2004). Towards a fair deal for migrant workers in the global economy. International Labour Conference, 92 nd Session 2004, Report VI, Geneva.
- İş Kanunu, <http://www.iskanunu.com/4857-sayili-iskanunu/388-4857-sayili-is-kanunu-duz-metin>, Erişim Tarihi:05.02.2013
- Jarvis, P. (1997). The globalization of nurse education within higher education. Nurse education Today, 17,22-30.
- Kahraman, Ayşe ve Bolışık, Bahire. (2014). “Küreselleşmenin Çocuk Sağlığına Etkileri”, The Journal of Pediatric Research, 1(3), 108-12.
- Kaya, H. (2010). Küresel sağlığı geliştirmede hemşirelik eğitimi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7(1), 360-365.

- Kıraç, R., Ali, Göde., & Aydoğdu, A. Küreselleşmenin Sağlık Üzerine Etkileri. ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi, 7(17), 26-33.
- Kıvılcım, Fulya. (2013), “Küreselleşme Kavramı ve Küreselleşme Sürecinin Gelişmekte Olan Ülke Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, Sosyal ve Beşerî Bilimler Dergisi, 5(1), 219-230.
- Lang, T. (1996). Food Security: Does It Conflict With Globalization? Development-Journal Of The Society For International Development-English Edition, (4), 45-50.
- Rogers ve ark. (2004). The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety, Health Affairs.
- Sağlık Bakanlığı. (2009). Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Ankara, Onur Matbaacılık.
- Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-465/sayisi2368--rg-tarihi31121980--rg-sayisi17207--saglik-p-.html>, Erişim Tarihi:05.02.2013
- Sayılan, F. (2008). Küreselleşen dünyada eğitim. İçinde Küreselleşen Dünyada Sosyal Hizmetler Sorunlar ve Çözümlerimiz Sempozyumu, 20-21 Aralık, (sy.56-60), Ankara, Hermes Ofset.
- Skoet, J., Stamoulis, K. G. (2006). The State of Food Insecurity in the World 2006: Eradicating World Hunger-Taking Stock Ten Years After The World Food Summit. Food & Agriculture Org
- Şahin K. (2010). Küreselleşme ve Yeniden Yapılanan Ulus- Devlet”, Küreselleşme ve Türkiye’ye Etkileri, (Yrd. Doç. Dr. Murat Ercan), Ankara.
- Temel, A. (2011). Küreselleşme ve hemşirelik eğitiminde uluslararasılaşma
- Taşocak, G. (2008). Açılış Konuşması. VI. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Özet Kitabı (17-18). Ankara: Kök Yayıncılık.
- Tengilimoğlu, Dilaver. (2010), “Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi ,55(1), 187-202
- Yach, Derek and Bettcher, Douglas. (1998), “The Globalization of Public Health: Threats and Opportunities”, American Journal of Public Health, 88(5), 735-738.
- Yıldırım T. (2009). Sağlık çalışanları ve uluslararası göç: göç nedenleri üzerine bir inceleme. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.
- Yıldız H, Turan M. (2010). Küreselleşme ve sağlık, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.
- Yüksel İ. (2004). Çalışma yaşama kalitesinin tipik ve atipik istihdam açısından incelenmesi, Doğu Üniversitesi Dergisi.
- Zgaga P. (2006) The “External Dimension.”
- Wilson, M. E. (1995). Travel and The Emergence of Infectious Diseases. Emerging Infectious Diseases, 1(2): 39.
- WHO. (2000). Workshop on global health workforce strategy. Annecy, France, 9-12 December.
- WHO. (2006). Working together for health. World Health Organization, Geneva.

Oturum 7 | Session 7



Oturum Başkanı | Session Chair

Uzm. Hüseyin Çelik

TÜSPE Bilim Kurulu Üyesi, Türkiye

Şehir Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin Bir Kamu Özel İşbirliği Uygulaması Olan Şehir Hastanelerine İlişkin Görüş ve Önerileri*

Opinions and Suggestions of the Health Personnel Towards City Hospitals as a Public-Private Partnership Practice in the Turkish Health System**

Dr. Hakan Oğuz Arı

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi, Çankaya/Ankara

Özet

Bu çalışmada, şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin önceki dönem ile kıyasladığında şehir hastanelerini nasıl değerlendirdikleri, şehir hastanelerinin güçlü ve zayıf yönleri, şehir hastanesi uygulaması ile ilgili mevcut sorunlar ve çözüm önerilerinin neler olduğunun ortaya konulması amaçlanmıştır. Araştırmada kalitatif araştırma yöntemi kullanılmış ve araştırma kapsamındaki Adana, Isparta ve Yozgat şehir hastanelerinde çalışmakta olan yönetici, hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin 40 sağlık personeli üzerinde gerçekleştirilmiş ve katılımcılara önceki dönem ile kıyasladığında şehir hastanelerini nasıl değerlendirdikleri, şehir hastanelerinin güçlü ve zayıf yönleri, şehir hastanesi uygulaması ile ilgili mevcut sorunlar ve çözüm önerilerinin neler olduğuna dair açık uçlu sorulara cevap alınmıştır. 5 adet açık uçlu sorunun değerlendirilmesinde nitel değerlendirme yöntemlerinden olan betimsel ve içerik analizi tekniğinden yararlanılmıştır. Katılımcılar şehir hastanelerini fiziksel ve teknik imkanlar açısından daha iyi bulmakta ve kısa sürede modern bir tesisin hayata geçirildiğini düşünmektedir. Personel sayısının yetersiz olması sistemin zayıf olduğu alan ve yatak kapasitesinin çok yüksek olmasının yönetimsel ve işletim problemlerine yol açması ise sorun olarak belirtilmiştir. Katılımcılar çözüm önerisi olarak ise hastanenin büyüklüğüne göre doktor ve sağlık personeli sayılarının planlanması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Anahtar kelimeler: Türk sağlık sistemi, kamu özel işbirliği, şehir hastaneleri, sağlık politikası, sağlık hiz-

* Bu çalışma yazarın “Türk Sağlık Sisteminde Bir Kamu Özel İşbirliği Uygulaması Olan Şehir Hastanelerine Yönelik Sağlık Personelinin Görüş ve Önerilerinin Değerlendirilmesi” isimli doktora tezinden üretilmiştir.

** *This study was produced from the author's doctoral thesis titled "The Evaluation of the Opinions and Suggestions of Health Personnel for City Hospitals with a Public-Private Cooperation Application in the Turkish Health System".*

metleri.

Abstract

In this study, it is aimed to reveal how the health personnel working in city hospitals evaluate city hospitals compared to the previous period, the strengths and weaknesses of city hospitals, the current problems and solution proposals related to the implementation of city hospitals. Qualitative research method was used in the research and it was carried out on 40 health personnel consisting of managers, physicians, nurses and other health personnel working in Adana, Isparta and Yozgat city hospitals within the scope of the research. Answers were received to open-ended questions about the current problems and solution proposals regarding the city hospital implementation. In the evaluation of 5 open-ended questions, descriptive and content analysis techniques, which are qualitative evaluation methods, were used. Participants find city hospitals better in terms of physical and technical facilities and think that a modern facility has been implemented in a short time. The fact that the number of personnel is insufficient, the area where the system is weak, and the high bed capacity cause administrative and operational problems are stated as problems. As a solution proposal, the participants stated that the number of doctors and health personnel should be planned according to the size of the hospital.

Keywords: Turkish health system, public private partnership, city hospitals, health policy, health services .

Giriş

Kamu-özel sektör işbirlikleri genel olarak hem kamu sektörünün hem de özel sektörün bilgi ve becerilerini içeren kaynakları bir araya getirmeye yönelik bir araç olarak görülmektedir (Bovaird, 2004: 199). Tarih boyunca, kamu sektörü ve özel sektör arasında çeşitli işbirlikleri gerçekleştirilerek ve yenilikçi yaklaşımlar paylaşılarak toplumsal refahın artırılması arzulanmıştır (Reynaers ve Graaf, 2014: 120). Kamu-özel işbirliklerine dahil olmanın gerekçesi, “sinerji” yaratma potansiyeline sahip olmaları veya her iki tarafın da kazanç sağlayacağı “işbirlikçi avantaj”ın olmasıdır (Huxham, 2003: 403). Bu sinerji, ortakların tek başına çalışması halinde elde edilemeyen katma değeri ifade eder (Skelcher ve Sullivan, 2008: 753; Brinkerhoff ve Brinkerhoff, 2011: 4) ve kamu sektörünün tek başına ele alamayacağı “zorlu problemlerin” üstesinden gelmeye katkıda bulunabilir (Stoker, 1998: 19). Ancak, bu olumlu retoriğe rağmen (Skelcher, 2005, s. 92) bu avantajları elde etmek için büyük çabalar gerekmektedir. Uygulanacak modelin seçimi; hükümetin hedefleri, finansın kullanılabilirliği, projenin doğası, kapsamı, riskleri ve özel sektörün ortaklığa getirebileceği deneyim gibi faktörlere bağlıdır (Pace ve diğerleri, 2000; Schaeffer ve Loveridge, 2002: 175; Webb ve Pulle, 2002: 3).

2013 yılında Sağlık Bakanlığınca 6428 Sayılı Kanun’un çıkarılmasıyla bir KÖİ uygulaması olan şehir hastaneleri, ülke gündemine tam olarak yerleşmiştir (SASAM Enstitüsü, 2018, s. 10). Türkiye KÖİ yaklaşımı kullanarak 32 adet yeni hastane yapımı için iddialı bir program başlatmıştır. Bu sağlık tesisleri, 558- 3.660 arasında değişen yatak kapasitesine sahip olan “entegre kampüs”ler olarak organize edilmiştir. Bu program kapsamındaki toplam yatak sayısı 45.488 olarak planlanmıştır (EBRD, 2014: 2). Şehir hastaneleri yatırımlarında uygulanan Yap-Kirala-Devret, KÖİ modelinin ağırlıklı olarak sağlık sektöründe tercih edilen yöntemidir. Genel hatlarıyla bu model, bir özel girişimcinin Hazinece herhangi bir bedel alınmadan tahsis yapılmış olan araziye inşa edeceği bir hastaneyi Sağlık Bakanlığına 25 yıl boyunca kiraya vermesi ile çalışmaktadır (Toker, 2018: 250).

Türkiye’de 2017 yılında dört adet şehir hastanesinin faaliyete geçmesi ile sağlık hizmeti sunumunda Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) süreci başlamıştır. 2021 yılının sonu itibarıyla faaliyete geçmiş olan şehir hastanesi sayısı 13’e ulaşmış ve yapımı planlanan toplam 32 şehir hastanesinin yarıya yakını faaliyete geçmiştir. Bu çalışmada, şehir hastanelerinde çalışan sağlık personelinin önceki dönem ile kıyasladığında şehir hastanelerini nasıl değerlendirdikleri, şehir hastanelerinin güçlü ve zayıf yönleri, şehir hastanesi uygulaması ile

ilgili mevcut sorunlar ve çözüm önerilerinin neler olduğunun ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç

Yöntem: Araştırmada kalitatif araştırma yöntemi kullanılmış ve araştırma kapsamındaki Adana, Isparta ve Yozgat şehir hastanelerinde çalışmakta olan yönetici, hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinde oluşan 40 sağlık personeli üzerinde gerçekleştirilmiş ve katılımcılara önceki dönem ile kıyasladığında şehir hastanelerini nasıl değerlendirdikleri, şehir hastanelerinin güçlü ve zayıf yönleri, şehir hastanesi uygulaması ile ilgili mevcut sorunlar ve çözüm önerilerinin neler olduğuna dair açık uçlu sorulara cevap alınmıştır. 5 adet açık uçlu sorunun değerlendirilmesinde nitel değerlendirme yöntemlerinden olan betimsel ve içerik analizi tekniğinden yararlanılmıştır. Betimsel analiz, toplanmış olan kalitatif verilerde çok fazla detay inceleme ihtiyacı olmayan verilerin değerlendirilmesinde kullanılmaktayken içerik analizi ise toplanmış olan bilgilere odaklanarak sık sık tekrar edilen ve vurgulanan hususlardan kodlar elde edilir. Özetle, birbirine benzer olan ya da ilişkili olduğu belirlenen veriler kavramlar ve temalar etrafında bir araya getirilerek değerlendirilmektedir (Baltacı, 2019: 375). Katılımcılardan alınan tüm cevaplar Microsoft Excel ortamında oluşturulan tablolara işlenerek, her bir soru için verilen cevaplar toplu halde listelenmiştir. Devamında, cevaplar araştırmacı tarafından değerlendirilerek kodlar oluşturulmuş ve bu kodlara ait frekanslar belirlenmiştir. Betimsel analiz aşamasında, katılımcılardan açık uçlu sorulara yönelik alınan cevapların doğal hali bozulmadan (bir düzenleme ve ilave olmadan) verilmeye çalışılmıştır.

Bulgular

Şehir hastanelerinin, katılımcılar tarafından önceki dönem ile kıyaslandığında nasıl değerlendirildiği hakkındaki düşünceleri belirlemek için yöneltilen “Önceki dönem ile kıyaslandığında şehir hastanelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusunu yanıtlayan 40 katılımcıdan toplam 82 cevap ve 21 farklı kod elde edilmiştir. Katılımcıların en sık verdiği cevap “Fiziksel ve teknik imkanlar açısından önceki dönemdeki hastanelere göre daha iyi durumdadır” ifadesi olmuştur. Bunu takiben, “Eski hastanelerdeki kargaşa kalabalık ve yoğunluk daha aza inmiştir. Poliklinikler, servisler ve ameliyathaneler düzenli yerleştirildiği için gereksiz kalabalığın önüne geçilmiştir” ifadesi ve “Daha fazla iş yükü vardır” ifadeleri izlemiştir.

Şehir hastanelerinin, katılımcılar tarafından güçlü yönlerinin neler olduğu hakkındaki düşünceleri belirlemek için yöneltilen “Sizce şehir hastanelerinin güçlü yönleri nelerdir?” sorusunu yanıtlayan 40 katılımcıdan toplam 64 cevap ve 19 farklı kod elde edilmiştir. Katılımcıların en sık verdiği cevap “Kısa sürede modern bir sağlık tesisinin hayata geçirilmiş olması” ifadesi olmuştur. Bunu takiben, “Daha kaliteli hizmet verilmesi” ifadesi ve “Hasta sevklerinin azalması” ifadeleri izlemiştir.

Şehir hastanelerinin, katılımcılar tarafından zayıf yönlerinin neler olduğu hakkındaki düşünceleri belirlemek için yöneltilen “Sizce şehir hastanelerinin zayıf yönleri nelerdir?” sorusunu yanıtlayan 40 katılımcıdan toplam 108 cevap ve 26 farklı kod elde edilmiştir. Katılımcıların en sık verdiği cevap “Başta doktor ve sağlık çalışanları olmak üzere tüm hizmet birimlerinde personel açığı bulunması” ifadesi olmuştur. Bunu takiben, “KÖİ yönteminin henüz tam oturmamış olması nedeniyle işletimde zorlukların ortaya çıkması” ifadesi ve “Polikliniklerde sekreter olmaması nedeniyle sekretersiz çalışmanın hekimler açısından iş gücü kaybına neden olması” ifadeleri izlemiştir.

Katılımcıların şehir hastaneleri uygulaması ile ilgili sorunlar hakkındaki düşüncelerini belirlemek için yöneltilen “Sizce şehir hastanesi uygulaması ile ilgili mevcut sorunlar nelerdir?” sorusunu yanıtlayan 40 katılımcıdan toplam 105 cevap ve 28 farklı kod elde edilmiştir. Katılımcıların en sık verdiği cevap “Hastanelerin yüksek yatak sayısı ve büyük alanlarda toplanmış olmasının, yönetimsel ve işletim problemleri açısından sıkıntı oluşturması” ifadesi olmuştur. Bunu takiben ile “Maliyetlerin yüksek olması” ifadesi ve “Yönetim açısından çift başlılık olması ve sorunların hızlı ortadan kaldırılamaması” ifadeleri izlemiştir.

Katılımcıların şehir hastaneleri uygulaması ile ilgili mevcut sorunlara yönelik çözüm önerilerinin neler ol-

duğu hakkındaki düşüncelerini belirlemek için yöneltilen “Bu sorunlara yönelik çözüm önerileriniz nelerdir?” sorusunu yanıtlayan 40 katılımcıdan toplam 88 cevap ve 21 farklı kod elde edilmiştir. Katılımcıların en sık verdiği cevap “Hastanenin büyüklüğüne göre doktor ve sağlık personeli sayılarının planlanması” ifadesi olmuştur. Bunu takiben ise “Hastanelerin daha merkezi yerlerde konumlandırılması” ifadesi ve “Personelin döner sermaye kaybı yaşamaması için önlemler alınmalı” ifadeleri izlemiştir.

Sonuç

Şehir hastaneleri, Türk sağlık sistemi için yeni bir hizmet sunum ve finansman modelidir. Bu nedenle şehir hastaneleri uygulamasına yönelik olarak bu hastanelerde görev alan sağlık personelinin görüşlerinin ve değerlendirmelerinin belirlenmesi önem taşımaktadır. Uygulamaya yönelik olarak, modern binalara sahip ve teknolojik açıdan güçlü sağlık tesislerinin hayata geçirilmesi, ihtiyaç duyulacak tüm uzmanlık dallarının tek çatı altında toplanması gibi olumlu görüşlerin yanında, yüksek maliyetlerle yüz yüze kalınması, personelin iş yükünün artması, yeterli sayıda sağlık personeli bulunmaması, hastanelerin ilk açıldığı süreçte çalışanların maddi gelirlerinde azalmalar olması ve hastanelerde yönetim süreçlerinde zorluklar oluşturması gibi olumsuz etkilerinin de olduğu belirtilmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçların, şehir hastaneleri uygulaması nedeniyle ortaya çıkan sorunların giderilmesinde ve uygulamanın geliştirilmesinde şehir hastanelerinin yöneticilerine ve politika yapıcılara önemli ipuçları sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır? Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(2), 368-388.
- Bovaird, T. (2004). Public-private partnerships: from contested concepts to prevalent practice. International Review of Administrative Sciences 70(2), 199-215.
- Brinkerhoff, D., & ve Brinkerhoff, J. (2011). Public-Private Partnerships: Perspectives on Purposes, Publicness, And Good Governance. Public Administration And Development,(31), 2-14.
- EBRD, T. E. (2014). Turkey: Hospital PPP Programme, Establishment of A Value For Money Methodology For The Ministry Of Health .
- Huxham, C. (2003). Theorizing collaboration practice. Public Management Review, 5(3), 1-21.
- Pace, S., Frelinger, D., Lachman, B., Brooks, A., & Gabriele, M. (2000). The Earth Below: Purchasing Science Data and the Role of Public-Private Partnerships. Arlington,: Science and Technology Policy Institute
- Reynaers, A.-M., & Graaf, G. (2014). Public Values in Public-Private Partnerships. International Journal of Public Administration, 37(2), 120-128.
- SASAM Enstitüsü. (2018). Şehir Hastaneleri Araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü.
- Schaeffer, P. v., & Loveridge, S. (2002). Toward an Understanding of Types of Public-Private Cooperation. Public Performance & Management Review, 26(2), 169-189.
- Skelcher, C. (2005). Jurisdictional Integrity, Polycentrism, and the Design of Democratic Governance., Governance,, 18, 89-110.
- Skelcher, C., & Sullivan, H. (2008). Theory-Driven Approaches to Analysing Collaborative Performance., Public Management Review,, 10(6), 751-771.
- Stoker, G. (1998). Governance as theory: five propositions. International Social Science Journal, 50(155), 17-28.

Toker, Ç. (2018). Bütçeyi Hasta Eden bir Sağlık Modeli: Şehir Hastaneleri. K. Pala içinde, Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı, Şehir Hastaneleri (s. 249-261). İstanbul: İletişim Yayınları.

Webb, R., & Pulle, B. (2002). Public Private Partnerships: An Introduction. Australia: Department of the Parliamentary Library.

Merkezi Hekim Randevu Sistemi Kullanım Durumunun İçsel Kıyaslaması

Internal Benchmarking of Central Physician Appointment System Usage Status

Evrin Karaman¹, Prof. Dr. Süleyman Dünder¹

İzmir Bakırçay Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Enstitüsü Anabilim Dalı, Menemen/İzmir

Özet

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 2010 yılında Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) uygulamasını hayata geçirmiştir. MHRS uygulamasıyla daha etkin ve verimli bir şekilde sağlık hizmetlerine ulaşılması amaçlanmıştır. MHRS sistemi bilişim sistemleri ile uyumlaştırılarak tüm vatandaşların 182 çağrı merkezi üzerinden, internetten, mobil uygulamalardan hastanelerden ve aile hekimlerinden hizmete erişimi sağlanmıştır. Amacımız Sağlık Bakanlığınca uygulanmakta olan MHRS sisteminin, hizmet sunumundaki temel süreçlerinin analizlerinin yapılarak, performansının güncel yönetim yaklaşımlarından içsel benchmarking/ kıyaslama metoduyla, fark edilmesidir. Ayrıca kıyaslama uygulamasıyla hangi faktörlerin iyileştirilebileceğinin görülmesidir. Çalışma B2 Düzeyi 250 yataklı İzmir’de bir devlet hastanesinde yapılması planlanmaktadır. MHRS verileri hastanenin veri tabanından elde edilecektir. Araştırma retrospektif, tanımlayıcı bir kayıt araştırmasıdır. Kayıtlı verilerin Hastane Bilgi Sisteminden çekilmesi yeterli olacaktır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde, ortanca) kullanılması planlanmaktadır. Elde edilen verilerin ikinci bir yöntem olarak içsel kıyaslama metoduyla düzenlenip, benzer işleyişe sahip bölümlerin MHRS kullanım durumunun kıyaslamasının yapılmasıdır.

Anahtar kelimeler: Kıyaslama, merkezi hekim randevu sistemi, hekim randevu sistemi.

Abstract

Ministry of Health implemented the Central Physician Appointment System (MHRS) application in 2010 as part of the Health Transformation Project. With the MHRS application, it is aimed to reach health services more effectively and efficiently. By harmonizing the MHRS system with information systems, all citizens have access to services from 182 call centres, from the internet, from mobile applications, from hospitals and family physicians. Our aim is to analyse the basic processes of the MHRS system implemented by the Ministry of Health and to noticing its performance with the internal benchmarking method, which is one of the current management approaches. It is also to see which factors can be improved with the benchmarking application. The study is planned to be conducted in a state hospital in İzmir with B2 level 250 beds. MHRS data will be obtained from the hospital database. The research is a retrospective, descriptive registry study. It will be sufficient to withdraw the recorded data from the Hospital Information System. It is planned to use descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, percentage, median) in the analysis of the data. As a second method, the obtained data will organized with the internal benchmarking method and the MHRS usage status of the departments with similar functioning is going to benchmarked.

Keywords: Benchmarking, central physician appointment system, physician appointment system.

Giriş

Sağlık sistemleri, etkin ve verimli sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilebilmesi için iyi bir planlama ve etkin zaman yönetimi planlamasını gerekli kılmaktadır. Sağlık hizmet sürecinde ortaya çıkacak memnuniyetin arttırılabilmesi için proje ve stratejiler oluşturulması gerekmektedir. Sağlık yönetimleri, hizmet sunumlarında maliyetleri minimize etmeyi, kaliteyi iyileştirme ve sağlık hizmetine daha hızlı ve kolay ulaşılabilirliğini sağlamaya dönük çalışmalar yapmaktadırlar.

Küresel olarak sağlık hizmetinden faydalananlar, sağlık hizmeti sunum süreçlerinde uzun bekleme süreleri ve geciken tedavi durumlarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Sağlık hizmetlerine erişimde uzun bekleme süreleri kişileri farklı ülkelerde sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılama zorunluluğu oluşturduğu yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (Mordiah vd., 2013)

Sağlık Hizmetleri sunumu, Covid 19 salgını sürecinde zaman yönetimi ve planlaması yönünde daha fazla önem kazanmıştır. Salgının küresel olarak sebep olduğu 278 milyondan fazla enfekte vaka ve 5,4 milyona yaklaşan ölüm bildirilmiştir (WHO).Dünya çapında virüsün bulaşma hızı ve potansiyeli büyük endişeye sebep olduğu bilinmektedir. Yaşanan endişeler sağlık hizmet sunumunda yeni politikalar oluşturulmasını da gerekli kılmıştır. Yeni teknolojik yöntemler ile temassız, kolay ulaşılabilir, elektronik hizmet anlayışı önem kazanmıştır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Yönetimi süreçlerinde "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile başlatılan Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) bu durum ile ilgili en iyi uygulama örneklerinden biridir.

MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi);

Sağlık Bakanlığına bağlı 2. ve 3. basamak hastaneler ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde, sağlık hizmetinin sunumunda zaman planlaması ve yönetimi için 182 MHRS çağrı merkezini arayarak operatörlerden veya Web üzerinden istedikleri hastane ve hekimden randevu planlaması yapabildikleri, güncelleyebildikleri zaman planlama uygulama sistemidir.

MHRS' nin amaçları;

1. Sağlık Hizmeti sunumunda daha iyi bir kaynak planlaması,
2. Sağlık Hizmeti sunumu süreçlerinde memnuniyetin artırılması,
3. Sağlık kurumlarında yoğunluğun en aza indirilmesi,
4. Verimli Kaynak kullanımının sağlanması,
5. Sağlık hizmetleri sunumunun veriminin ve kalitesinin artırılması,

Sağlık yönetimlerinin, sağlık hizmetleri kalitesinin iyileştirilmesi gereksinimi hizmet sunum süreçlerini iyileştirmeyi gerekli kılmaktadır. Bununla ilgili olarak süreç iyileştirmelerde ulusal ve uluslararası sağlık yönetimleri yeni politikalar oluşturmaya başlamışlardır. Kalite karşılaştırmaları aynı zamanda kıyaslama yapılmasını da sağlamaktadır. Sağlık sistemleri sürekli performans takibi ve iyileştirme gerektiren süreçleri kapsar. Üretim ve hizmet işletmeleri tarihten günümüze performans takiplerine benchmarking/kıyaslamayı dahil ederek kalite iyileştirmelerini sürdürmüşlerdir. Son zamanlarda sağlık hizmet sunumlarının da kıyaslanarak geliştirildiğine dair birçok proje ve uygulama görülmektedir. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tasarlanan Hastanelerde Kalite İyileştirme için (PATH) Performans Değerlendirme Aracı ve (OECD) İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı'nın 2001 yılında başlatılan (HCQI) Sağlık Bakım Kalite Göstergeleri farklı ülkelere ait verilerin karşılaştırılarak analiz edilmesine yönelik uygulaması örnek gösterilebilir. Kıyaslama ile belli zaman dilimindeki verilerin karşılaştırılması yapıldığı halde sürekli iyileştirme ve değişim için yeterli algı oluşturulmamıştır. Oysaki kıyaslamanın temeli sürekli kalite iyileştirme esasına dayanmaktadır.

Ayakta Tedavi Birimleri bir hastanenin en kalabalık ve en fazla yükü taşıyan birimlerindendir. Hastalar için Acil servis dışında sağlık sistemine ilk giriş alanıdır. Ayakta tedavi ünitesinde hasta akışını etkin bir şekilde yönetmek kurum için başarıya ulaşmanın anahtarıdır. Ayakta Tedavi Ünitesinde sıklıkla karşılaşılan sorunlar arasında uzun bekleme süreleri, aşırı randevu yığılması ve yapılan fazla mesailer sayılabilir. Bu sorunların da sağlık hizmeti sunum sürecinde memnuniyetsizliğe sebep olduğu da bilinmektedir. Ayakta tedavi birimlerinde işleyiş sürecinin verimliliği; bekleme sürelerinin kısaltılması, uzun kuyrukların önlenmesi ile muayene kapasite doluluğu ve boş zamanın dengelenmesi şeklindedir. Sağlık hizmet memnuniyetini artırmak için ise bahsedilen unsurların performansının iyileştirilmesi ve sistemin pratik bir şekilde işlemesi sağlanmalıdır. Ayakta tedavi için en eski randevu sistemi ilk gelen sırasına göre yapılan randevu sistemidir. Ülkemizde bu sistem MHRS ile kullanılmakta olup, hastanelerde mevcut olan randevuların bir kısmı doğrudan başvurulara, bir kısmı da MHRS randevularına ayrılmaktadır (Bucak vd.,2018). Etkili randevu sistemleri kaynakların daha iyi kullanılması ve hasta bekleme sürelerinin en aza indirilmesi için talebi kapasiteyle eşleştirme hedefine sahiptir. Bekleme süresi ve muayene odası tıkanıklığı somut kalite unsurlarındandır (Mardiah ve Basri, 2013).

Benchmarking/Kıyaslama Nedir?

Amerika Verimlilik ve Kalite Merkezi(APQC) göre kuruluşunuzun performansını meslektaşlarınıza karşı ölçmenize yardımcı olacak araştırmaya dayalı kaynaklar ve hizmetlerdir (Ajelabi vd.,2010).

Yeni yönetim anlayışına önemli katkılarda bulunan Deming kıyaslama sürecini 4 aşamalı olarak oluşturmuştur. Çalışmayı Planla/ Araştırmayı Yap/Verileri Analiz Et/Davranmak(adapte etmek, geliştirmek, uygulama, sonuçlar) (Zairi, 1996).

Benchmarking sağlık sisteminde ilk kez 1990 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde ki Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonunun (JCAHO) gereksinimleriyle ortaya çıkmıştır (Tardy vd., 2012).

2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi üye devletlerin kalitesini izlemek için pratik bir araç sağlamak için bir proje başlatmıştır. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) hastanelerin performanslarını benzer gruplar arasında kıyaslanarak nasıl yaptıklarını belirlemelelerini ve kalite iyileştirme çalışmalarını başlatmalarını desteklemiştir (Groene vd., 2008).

PATH projesinin amaçları arasında hastane performansının değerlendirmedeki uygunluğunun sekiz ülkede (Avrupa'da; Belçika, Danimarka, Fransa, Litvanya, Polonya, Slovakya, Avrupa dışında; Kanada ve Güney Afrika) pilot uygulamaya tabi tutulmuştur.

2001 yılında Organisation for Economic Cooperation and Development / İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı(OECD) tarafından başlatılan Sağlık Bakım Kalite Göstergeleri (HCQI) projesi ile sağlık hizmet kalitesinin hangi yönlerinin değerlendirilmesi yönünde bir dizi toplum sağlığı göstergesi, Birleşik Krallık, Kanada, Avustralya, Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa Sivil Koruma ve İnsani Yardım (ECHO), İngiliz Milletler Topluluğu, WHO ve OECD arasında karşılaştırılarak kıyaslanmıştır. Göstergeler arasında kardiyak bakım, ruh sağlığı, Diyabet, mellitus, hasta güvenliği, birincil bakım ve önleme/sağlığın teşviki gibi 5 alan seçilmiştir. Bu uygulama üye ülkelerin farklı hizmet alanlarında gösterge geliştirmeye yönelik önceliklerinin seçilmesi yönünde olmuştur (Arah vd., 2006).

Performans göstergelerinin kıyaslanmasına yönelik benzer bir çalışmada İskandinav ülkeleri arasındaki kanser göstergeleri kıyaslaması olmuştur (Mainz vd., 2009).

Ülkemizde ayakta tedavi ünitelerinin işleyiş sürecinin verimli olması, hasta akışının sağlanması, bekleme sürelerinin kısaltılması, uzun bekleme sürelerinin önlenmesi, muayene kapasite doluluğu ve boş zamanın düzenlenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı 2010 yılında Sağlıkta Dönüşüm projesiyle Merkezi Hekim Randevu Sistemini (MHRS) başlatmıştır. MHRS projesi hedeflerinin birçoğunu gerçekleştirmiş olmasına rağmen, işleyişte sorunlar olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir.

Yapılan bir çalışmada MHRS verileri incelenerek, randevu almadan ayakta başvuru yapan hastaların muayene sürelerinin tespitinin yapılması, randevulu hastalarla randevusuz hastaların birlikte oluşturdukları bekleme süreleri hesaplanmıştır. Çalışmada MHRS randevusu alınıp ta iptal edilen oranı, hekim istisna oranı ve pandeminin etkileri değerlendirilmiştir. Poliklinikler doluluk oranlarına göre de analiz edilmiştir. Bekleme sürelerinin önlenmesi için “değer akış haritalandırma modeli” uygulanarak sonuçlar değerlendirilmiştir (Akgün, 2021).

Benzer bir çalışmada ise MHRS randevularının günlere göre doluluk oranları incelenmiştir. MHRS sisteminin daha işlevsel olabilmesi için çalışanlara sisteme yönelik farkındalık eğitimi yapılması önerilmiştir (Evirgen vd., 2019).

Anket uygulamaları çalışmalarında hastaların MHRS kullanım oranları ile sosyodemografik özellikleri kıyaslanmıştır (Pekgör vd., 2017).

Ürdün’de kullandıkları randevu sistemine yönelik yapılan çalışmada hastaların randevusuna gitmeme davranışları araştırılmıştır. Hastalar için kaçırılan randevuların tedaviye uyumun zayıflamasına, çok disiplinli sağlık hizmetlerinin ve hasta- hekim ilişkisinin bozulmasına neden olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca yeniden hastaneye yatış ve kronik hastalıkları olan zamanında bakım olma fırsatını kaybeden diğer hastaların sağlığını etkileyebileceği vurgulanmıştır. Çalışma ile randevusuz bakım için ücret uygulayan müdahalenin randevuya bağlılığı iyileştirip iyileştiremeyeceğini incelemiştir. Müdahalenin amacı randevusuz gelişleri azaltarak, randevuya bağlılığı artırmıştır (Alyahya vd., 2016).

Amerika’da yapılan çalışmada dikkat çekici unsur ise bir randevu zamanındaki hastaların nasıl gruplandırılabilirliği araştırılmıştır. Sonucunda farklı hasta grupları için randevu esnekliği sağlandı. Örneğin sağlıklı çocuk bakımı için 18 dk olarak planlanan randevu diğer hastalar için 22 dk olarak düzenlenmiştir. En uygun zamanlamayı bulmak için maliyet oranı, gelmeme oranı ve farklı hasta gruplarının dağılımı gibi klinik koşullara göre ayarlanmıştır (Huang, 2015).

Hekim randevu sistemine yönelik Kore’ de yapılan çalışmada çok doktorlu kaynak paylaşımlı bir poliklinik için iki randevulu planlama çözümünün etkinliği karşılaştırılmıştır. Çalışmada aynı bölümün (Oftalmoloji) hastaları analiz edilmiştir. Sonucunda her hekim randevulu hastalarını muayene etmiş olup, randevusuz olarak gelen daha az sayıdaki hasta asistan doktorlar tarafından muayene edilmiştir (Yeon vd., 2010).

Endonezya’da yapılan çalışmada uygulanan randevu sisteminin gerçek hayattaki performansına yeterince vurgu yapılmadığı belirtilerek, bir ayakta tedavi ünitesinde hasta akışını etkin bir şekilde yönetmenin klinik kaliteyi sağlamanın yanı sıra operasyonel başarıya ulaşmanın anahtarı olacağı vurgulanmıştır. Ayrıca çalışmada yoğun hasta bekleme sıralarının denizaşırı ülkelere hastaları gitmeye zorlamıştır (Mordiah vd., 2013).

Türkiye’de yapılmış olan farklı bir çalışmada MHRS verileri analiz edilmiştir. Elde edilen önemli bulgular MHRS sisteminin aktif kullanıldığı ancak hastaların şahsen başvurarak da randevu alabildiği görülmüştür. Birçok hastanede randevu sisteminin verimli çalışması bekleme süresinden daha önemlidir sonucuna varılmıştır. Sistemin bölüm özelliklerinden etkilendiği ve ideal randevu sisteminin oluşturulmasında bölümlerin kendi değişkenlerinin (ortalama muayene, bekleme süreleri ve doktor boş zamanı gibi) tanımlanmasının kullanması önerilmiştir. Bu çalışma ile MHRS sisteminin verimli kullanılıp, kullanılmadığı incelenmiştir (Bucak vd., 2018).

Yöntem

Retrospektif verilerin kullanıldığı bu çalışmada amaçlanan olgu, araştırmanın yapıldığı ilde bulunan bir B-II grubu hastanenin 21-25 Mart 2022 tarihleri arasında ki MHRS verileri üzerinden MHRS sisteminin işlerliğinin analiz edilmesidir. Araştırmanın evreni ilde faaliyet gösteren Sağlık Bakanlığı hastane sınıflandırmasında B-II grubunda bulunan, 250 yataklı bir hastanedir. Araştırmanın örneklemini, ana kütleyi temsil

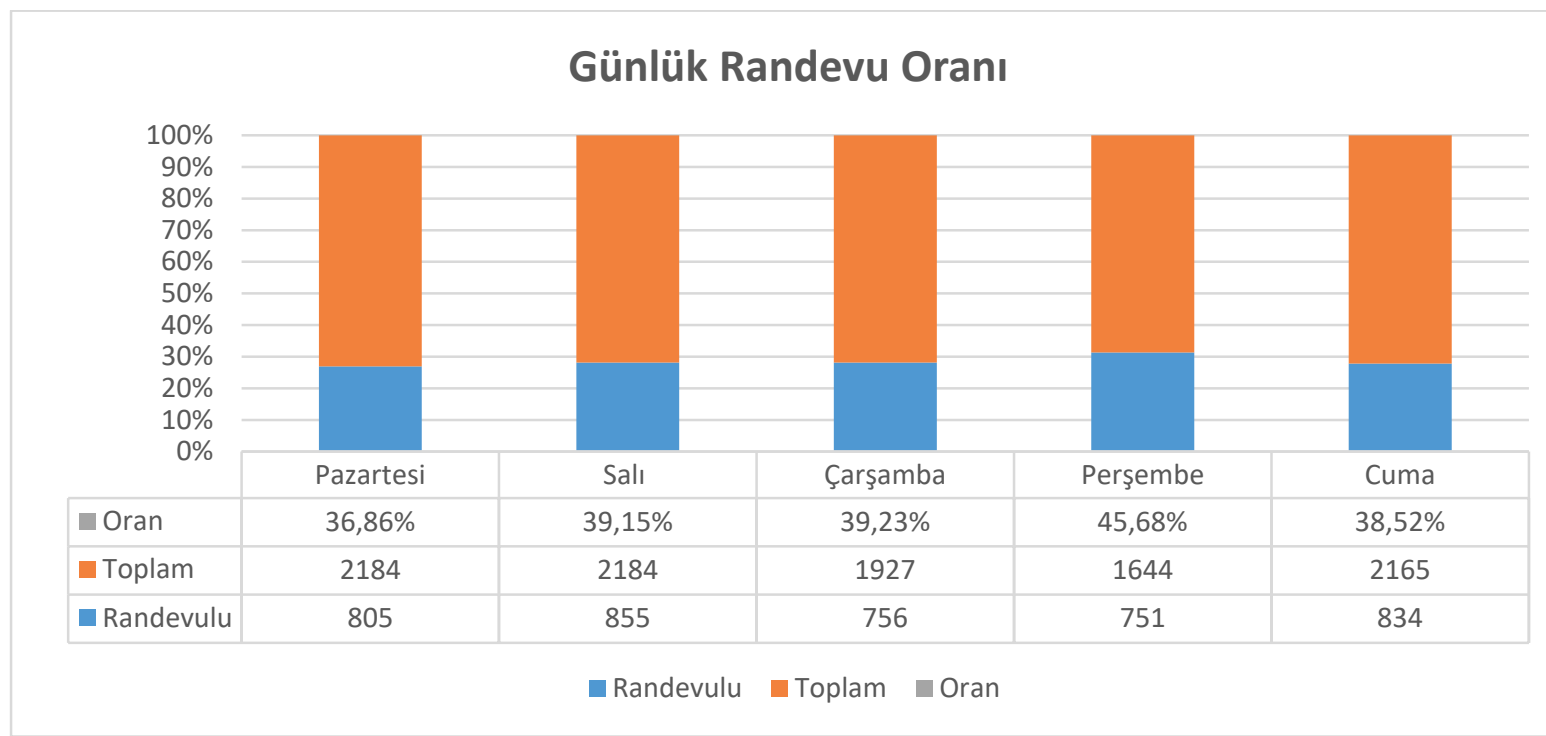
etmesi açısından en fazla hasta başvurusuna sahip klinikler (cildiye, fizik tedavi, genel cerrahi, iç hastalıkları, kbb vs.) oluşmaktadır. Araştırma da kullanılan veriler 21-25 Mart 2022 tarihleri arasında HBYS sisteminden alınan MHRS verileridir. Veriler SPSS 22.0 ve Microsoft Office Excel 2008 programları kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın en büyük sınırlılığı zaman kısıtı olduğu için sadece 5 günlük veriler analiz edilmiştir.

Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde verilerin analizine yer verilmiş olup; tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 1’de haftanın günlerine göre randevu oranları verilmiştir.

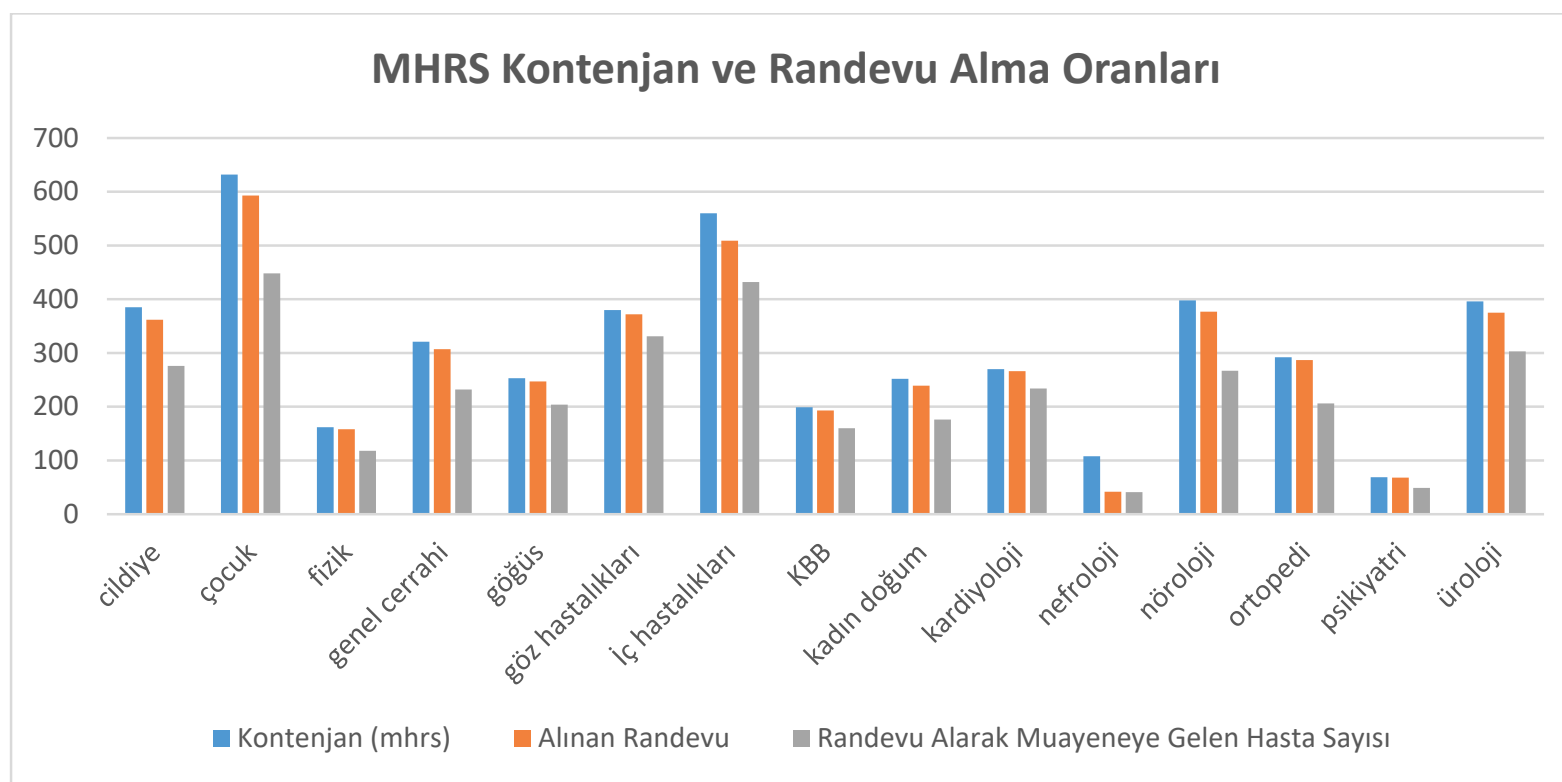
Tablo 1. Haftanın Günlerine Göre Randevu Oranları



Tablo 1 incelendiğinde Pazartesi günleri randevu oranlarının azaldığı, Salı, Çarşamba ve Cuma günlerinde randevulu hasta sayısının birbirine yakın seviyede olduğu, en yüksek randevu alınan günün ise Perşembe olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 2 ve Tablo 3’de polikliniklere göre MHRS Kontenjan sayısı ve randevu alan hasta sayısı ile kontenjan sayısına göre randevu alma oranları verilmiştir.

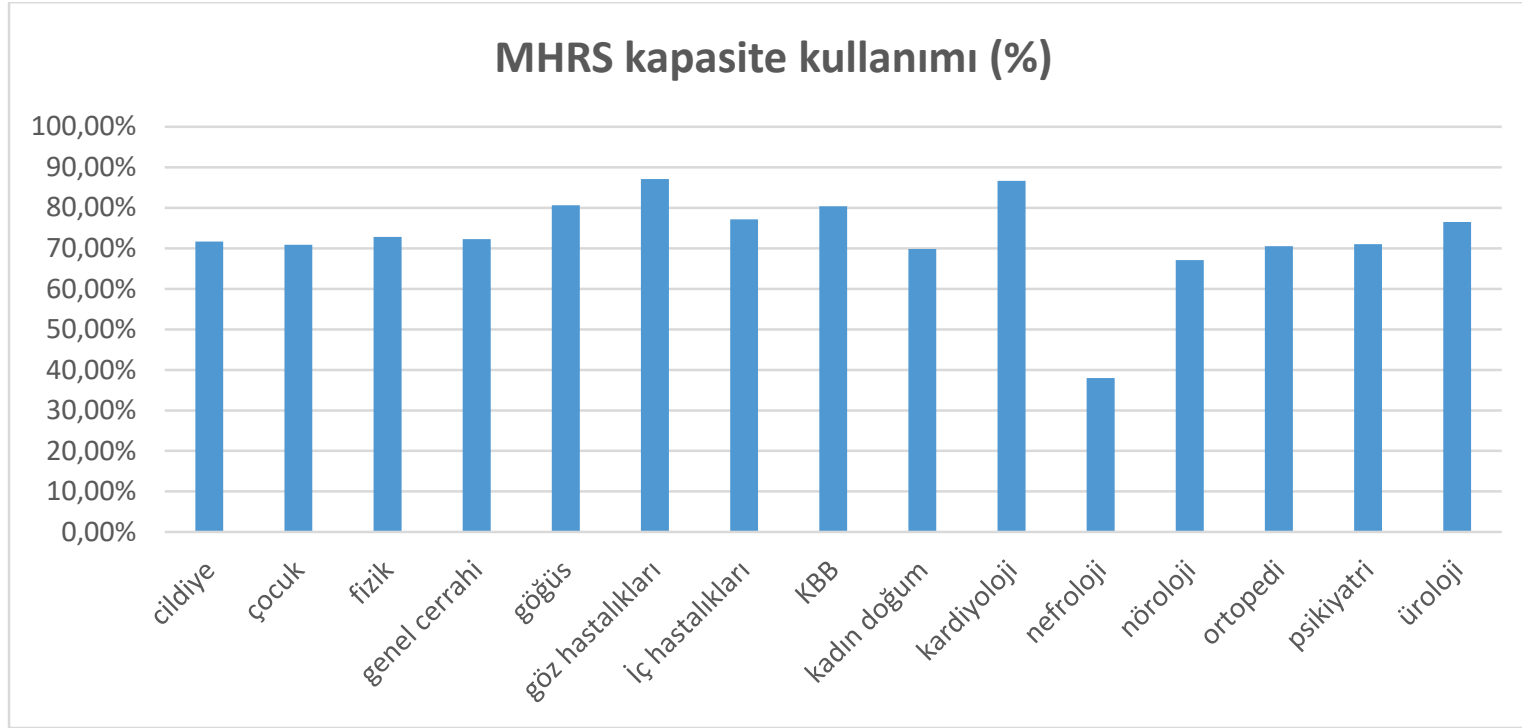
Tablo 2: MHRS Kontenjan Sayısı ve Randevu Alma Oranları



Tablo 2 incelendiğinde en yüksek MHRS kontenjanının Çocuk Hastalıkları ve İç Hastalıkları polikliniklerinde olduğu, en az kontenjanın ise Nefroloji ve Psikiyatri polikliniklerinde açıldığı tespit edilmiştir. Randevu

alma oranlarının kontenjanlar ile birbirine yakın seviyede olduğu ancak; tüm polikliniklerde randevusu gerçekleşen hasta sayısının düştüğü gözlemlenmiştir.

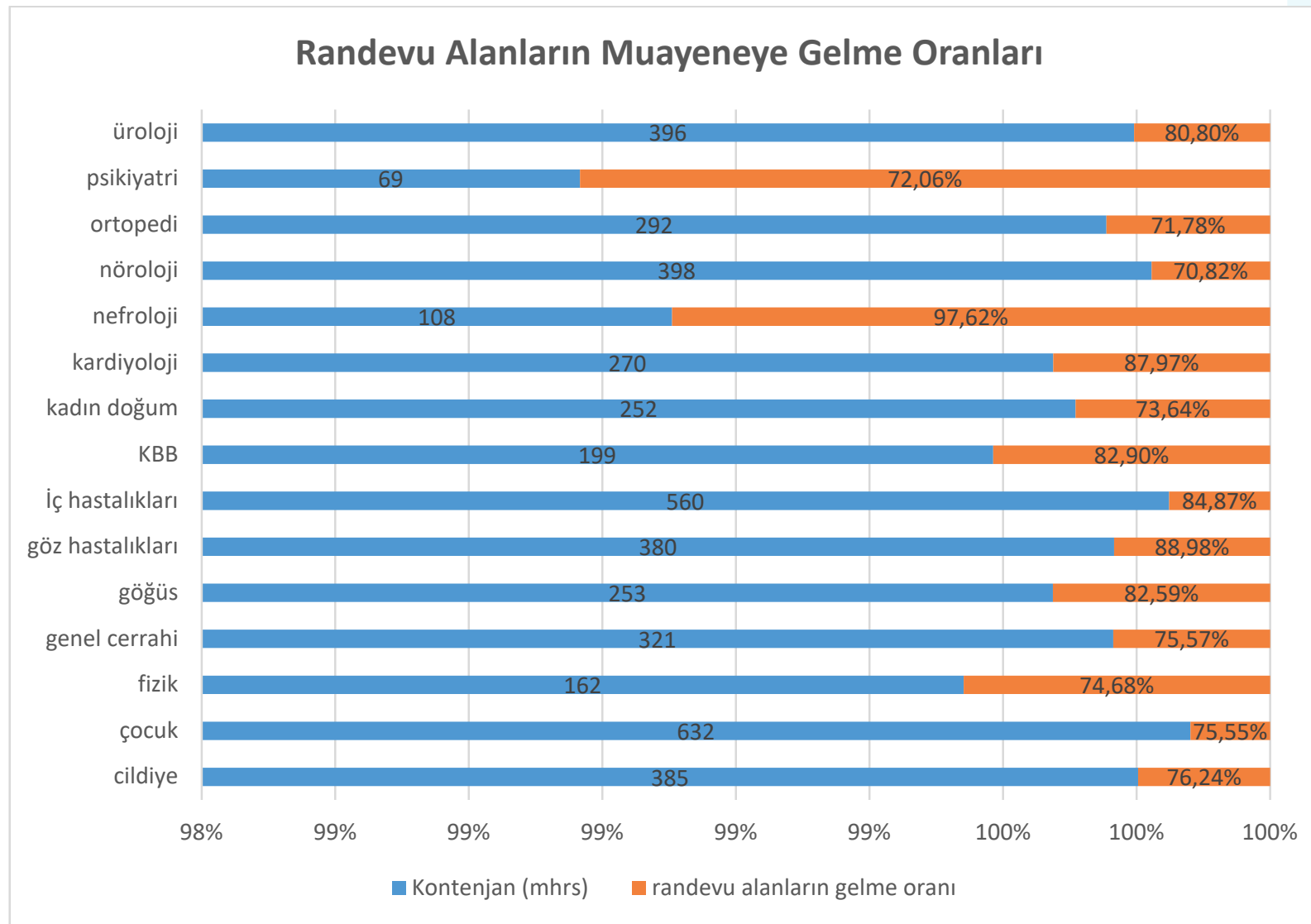
Tablo 3. Açılan Kontenjan Sayısına Göre Randevu Alma Oranları



Tablo 3 incelendiğinde açılan MHRS kontenjanlarının Nefroloji haricinde diğer tüm branşlarda %70 üzerinde randevu alma oranı bulunduğu görülmektedir.

Tablo 4'de polikliniklere göre randevu alanların muayeneye gelme oranları gösterilmiştir.

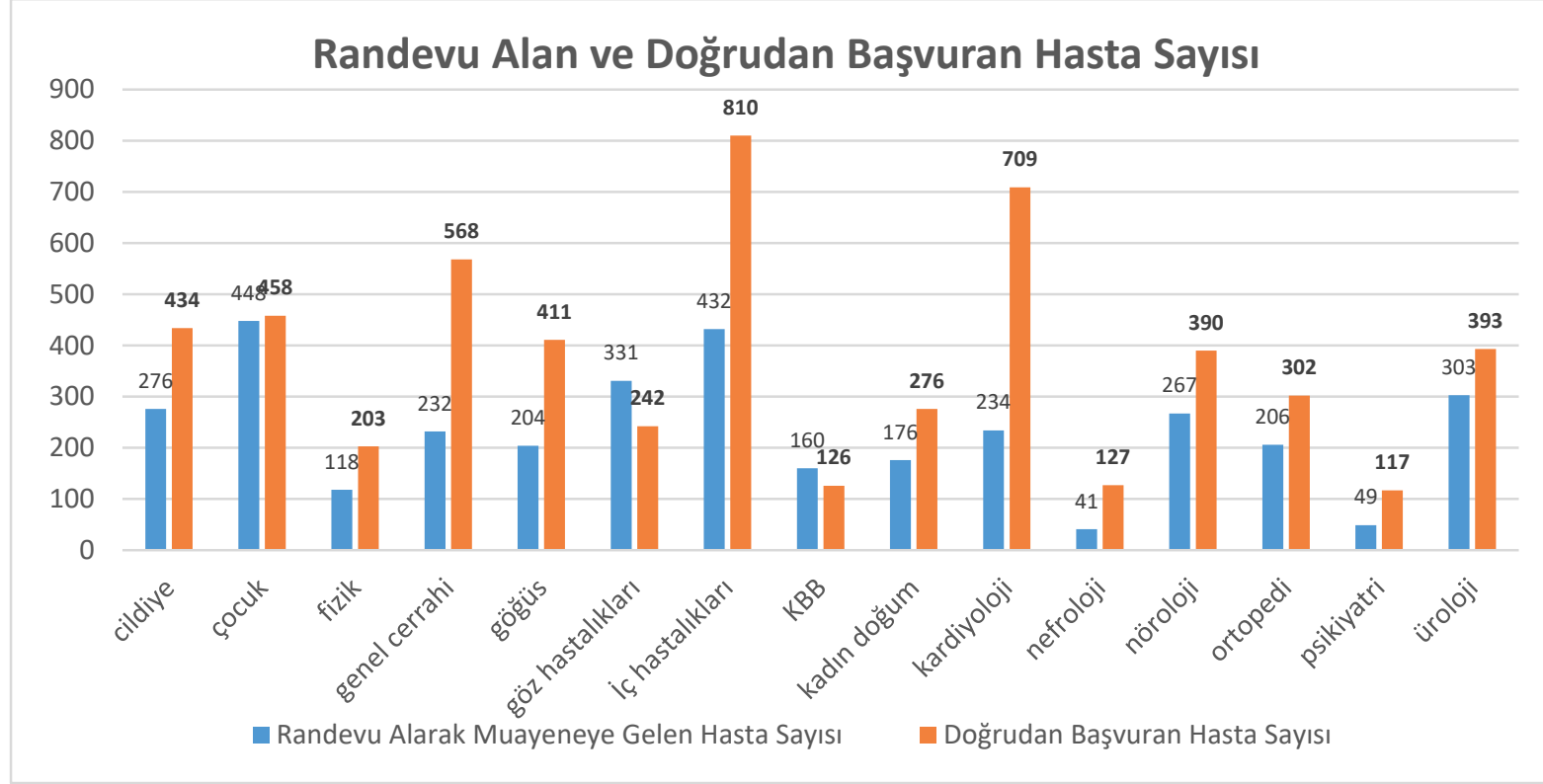
Tablo 4. Muayeneye Gelme Oranları



Tablo 4 incelendiğinde randevu alan hastaların muayeneye gelme oranının en yüksek olduğu polikliniğin Nefroloji olduğu, diğer tüm branşlarda da randevu alanların muayeneye gelme oranlarının %70'in üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5'de polikliniklere göre doğrudan gelen hasta sayıları ile randevu alan hasta sayılarının oranları verilmiştir.

Tablo 5. Randevu Alan ve Doğrudan Başvuran Hasta Sayısı



Tablo 5 incelendiğinde tüm branşlarda doğrudan başvuran hasta sayısının randevu alarak gelen hasta sayısından fazla olduğu görülmüştür. Doğrudan başvuran hasta sayısının Kardiyoloji, Genel Cerrahi ve İç Hastalıkları branşlarında en yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6. Randevulu Hastaların Polikliniklere Göre Günlük Ortalama Muayene Süreleri

	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma
Cildiye	00:31	00:40	00:23	00:25	00:33
Çocuk	00:15	00:10	00:25	00:18	00:15
Fizik	00:48	00:22	00:25	00:23	00:22
Genel Cerrahi	00:08	00:42	00:21	00:07	00:38
Göğüs	00:22	00:49	01:16	00:39	00:35
Göz Hastalıkları	00:17	00:21	00:30	00:28	00:06
İç Hastalıkları	00:28	00:30	00:32	00:23	00:28
Kbb	00:34	00:45	01:09	00:22	00:39
Kadın Doğum	00:27	00:34	00:39	00:43	00:42
Kardiyoloji	00:38	00:32	00:47	00:27	00:37
Nefroloji	00:32	00:34	00:30	00:11	00:22
Nöroloji	00:11	00:29	00:25	00:20	00:21
Ortopedi	00:11	00:08	00:26	00:14	00:20
Psikiyatri	00:41	00:34	00:24	00:29	00:25
Üroloji	00:09	00:09	00:08	00:08	00:12

Tablo 6 incelendiğinde randevu alarak gelen hastaların ortalama muayene sürelerinin en yüksek Cildiye, Fizik Tedavi, İç Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Kadın Doğum, Kardiyoloji, Nefroloji ve Psikiyatri polikliniklerinde olduğu tespit edilmiştir. Randevu alarak gelen hastalardan en düşük muayene süresinin ise Üroloji polikliniğinde olduğu tespit edilmiştir. Muayene sürelerinin en uzun olduğu günlerin ise Pazartesi ve Cuma günleri olduğu görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye’de hastaların sağlık hizmetine daha etkin ve kolay ulaşmasını sağlamak amacıyla birtakım düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerden önemli bir tanesi olan MHRS uygulaması ile efektif sağlık hizmet sunumu açısından önemli bir yere sahiptir. Devletten vatandaşa yönelik olarak uygulamaya konulan MHRS ile sağlık hizmeti ihtiyacı olan bireylerin hızlıca randevularını alarak, talep ettikleri hastane ve hekimden muayene olabilmelerinin önü açılmıştır (Çiçek ve Söğüt, 2018).

Türkiye MHRS göstergelerine bakıldığında poliklinik hizmeti sunan hekimlerin %95'lik kısmı yani 31854 uzman hekimden, günlük ortalama 296 bin randevu alınmıştır. Fakat bu oranın ancak %78,56'sı gerçekleştirilebilmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında tüm branşlarda Pazartesi günlerinde randevu oranlarının az olduğu, en yüksek randevulu günün ise Perşembe olduğu tespit edilmiştir. Yorulmaz ve Evirgen tarafından yapılan benzer bir çalışmada Pazartesi, Salı ve Çarşamba günlerinde yoğun randevu alındığı sonucuna ulaşılmıştır (Yorulmaz ve Evirgen, 2019). En yüksek MHRS kontenjanının Çocuk Hastalıkları ve İç Hastalıkları polikliniklerinde açıldığı tespit edilmiş olup; benzer çalışmada Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği en yüksek kontenjan açılan poliklinik olarak tespit edilmiştir (Yorulmaz ve Evirgen, 2019). Çalışmada randevu alanların muayeneye gelme oranlarının Nefroloji haricinde tüm branşlarda %70'in üzerinde olduğu görülmüştür. Benzer çalışmada da randevulu hastaların muayeneye gelme oranları %70'in üzerinde bulunmuştur (Yorulmaz ve Evirgen, 2019).

Çalışmada tüm branşlarda doğrudan başvuran hasta sayısının, randevulu hasta sayısından daha yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Benzer çalışma sonuçlarına bakıldığında da doğrudan başvuran hasta sayısının dikkat çekici seviyede yüksek olduğu görülmüştür (Yorulmaz ve Evirgen, 2019). Doğrudan başvurular incelendiğinde ise Kardiyoloji, Genel Cerrahi ve İç Hastalıkları polikliniklerinde başvuru sayılarının en yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Randevulu hastaların günlük ortalama muayene süreleri incelendiğinde Cildiye, Fizik Tedavi, İç Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Kadın Doğum Hastalıkları, Kardiyoloji, Nefroloji ve Psikiyatri polikliniklerinde muayene sürelerinin yüksek olduğu, Üroloji polikliniğinde ise düşük olduğu gözlemlenmiştir. Tüm branşlarda muayene sürelerinin en uzun olduğu günlerin ise Pazartesi ve Cuma günleri olduğu tespit edilmiştir.

Kaynaklar

Barış Erdem. (2006). İşletmelerde Yeni Bir Yönetin Yaklaşımı: Kıyaslama (Benchmarking) (Yazınsal Bir İnceleme) Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.

Pulakthoon Lutfullayev. "Research Benchmarking in Higher Education: An Overview, Faculty of Education , University Malaya

Ifeoluwa Ajelabi and Yinshang Tang. (2010). TheAdaption of Benchmarking Principlesfor Project Management PerformanceImprovement", InformaticsResearchCentre,Henley Business School, University of Reading ,United Kingdom, InternationalJournalPublicSectorInformationandCommunication Technologies (IJMPICT), 1(2)

Selen Doğan-Özge Demiral. (2008). İşletmelerde Stratejik Yönetimin Etkinliğini Artırmada Önemli Bir Araç: Benchmarking" ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 4(7): 1-22

John P. Moriarty. (2009). En Route to a Theory Of Benchmarking" Victoria Management School, Victoria University Wellington, Canterbury, New Zealand , and Clive Smallman, Commerce Division Lincoln University, Canterbury, New Zealand, Benchmarking International Journal, 16(4): 484 -503

Gülnur Eti İçli. (2001). "Benchmarking" Trakya Üniversitesi, Muratlı Meslek Yüksekokulu, 4(15): 185

Dilşat Güzel. (2016). İmalatçı KOBİ'lerde Benchmarking Tekniğinin Bilinirliği ve Uygulanabilirliği: Erzurum, Erzincan, Bayburt (TRA1) Bölgesinde Bir Araştırma, 20(1): 149-161

Mohamed Zairi, TQM Centre University of Bradford, Bradford, UK and Mohamed A. Youssef School of Business, Norfolk State University, Norfolk, Virginia, USA " A Review of Key Publications on Benchmarking:Part II

Mohamed Zairi,"Benchmarking for Best Practice: The Power of Its Adaption and the Perils of Ignorin-

gits Use in a Modern Business Environment “Visiting Professor Department of Information Systems and Computing Brunel University, UK, Pakistan’s 9th International Convention on Quality Improvement November 14-15, 2005 – Karachi, Pakistan

Tardy vd. (2012). Benchmarking: A Method for Continuous Quality Improvement in Health PMCID: PMC3359088 PMID: 23634166

Groene vd. (2008). The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals / International Journal for Quality in Health Care, 20(3): 155-161

(Mainz vd., (2009). National Benchmarking Between the Nordic Countries on the Quality of care Journal of Surgical Oncology, 99: 505-507

Yu li Huang, 20015, The Development of Patient Scheduling Groups for an Effective Appointment System, Moyo Clinic, Rochester, Minnesota, USA <http://dx.doi.org/10.4338/ACI-2015-08-RA-0097>

Alyahya vd., (2016) The Effects of Negative Reinforcement on Increasing Patient Adherence to Appointments at King Abdullah University Hospital in Jordan DOI:10.1177/0046958016660411

Bucak vd., (2018) A Retrospective Analysis of Central Physician appointment System Data in a Tertiary Health Centre in Turkey Doi:10.1089/tmj.2017.0109

Mardiah&Basri, (2013) The Analysis of Appointment System to Reduce Outpatient Waiting Time at Indonesia’s Public Hospital DOI:10.5923/j.hrnr.20130301.06

Yeon vd., (2010) Outpatients appointment Scheduling With Multi-Doctor Sharing Resources

Yorulmaz, M. ve Evirgen, H. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS): Bir Kamu Hastanesi Örneği, Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, 2019, 7(16): 432-433

Türkiye’de Kamu Hastanelerine Yönelik Kalite Politikasının Analizi

Analysis of Quality Policy for Public Hospitals in Turkey

Uzm. Keziban Zeybek

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Özet

Ülkelerin sağlık standartlarını yükseltmek hükümetlerin öncelikli görevleri arasında bulunmaktadır. Bu nedenle hükümetler tarafından sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve hizmetlerin kalitesini yükseltmek amacıyla sağlık politikaları geliştirilmektedir. Türkiye’de sağlık politikalarında ciddi ve kapsamlı bir değişim sürecini içeren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) 2002 yılında hazırlanmış ve 2003 yılında gündeme gelmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sisteminde önemli değişiklikleri ve düzenlemeleri beraberinde getirmiştir ve bu anlamda bir dönüm noktasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan 8 ana bileşenden 6.sı olan “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” konusu, bu politika analizinin çıkış noktasını oluşturmaktadır. Politika analizi için çalışmamızda süreç modeli kullanılmış ve kamu politikası analizi, gündeme geliş, formüle ediliş, kanunlaştırma, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır. Bu çalışma ile Türkiye’de Kamu Hastanelerine Yönelik Kalite Politikasının Analizi Süreç modeline göre değerlendirilerek literatürdeki boşluğun doldurulması amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Politika analizi, hastane, kalite.

Abstract

Raising the health standards of countries is among the primary duties of governments. For this reason, health policies are developed by governments in order to improve health services and increase the quality of services. The Health Transformation Program, which includes a serious and comprehensive change process in health policies in Turkey, was prepared in 2002 and came to the fore in 2003. The Health Transformation Program has brought important changes and regulations in the health system and is a turning point in this sense. The issue of "Quality and Accreditation for Quality and Effective Health Services", which is the 6th of 8 main components in the Health Transformation Program, constitutes the starting point of this policy analysis. For policy analysis, the process model was used in our study and public policy analysis consists of the stages of coming to the agenda, formulation, enactment, implementation and evaluation. With this study, it is aimed to fill the gap in the literature by evaluating the Analysis of Quality Policy for Public Hospitals in Turkey according to the Process model.

Keywords: Policy analysis, hospital, quality.

Giriş

Sağlık politikalarını genel olarak, bir ülkede sağlık hizmetlerinin kim veya kimler tarafından nasıl üretilceğinin, sunulacağının, sunulan hizmetin hangi kaynaklarla ve nasıl finanse edileceğinin, hizmetleri üretenlere geri ödemenin nasıl yapılacağının ve hizmet sunumunun kalitesi gibi konularda hükümetlerin aldıkları kararlar, yaptıkları tercihler ve ortaya koydukları hukuki metinler olarak ifade edilmektedir (Memişoğlu, 2018).

Sağlık Hizmetlerinin kalitesi 1910 yılından itibaren bütün dünyada konuşulmaya başlanmış ve hemen her ülkenin üzerinde önemle durduğu konulardan birisi olmuştur. Hastanelerin tarihi sürecine bakıldığında görülen gelişmeler kadar takip edilmesi ve iyileştirilmesi gereken sorunların da meydana geldiği göz ardı

edilmemelidir. Türkiye’de sağlık sisteminin zaman içerisinde geçirdiği değişiklikler ve dönüşümlere paralel olarak sağlıkta kalite kavramı da değişim ve dönüşüm geçirmiş ve öncelikli hedefler arasında yerini almıştır.

Hastanelerde Kalite

Tarihi daha da eskilere dayanmasına rağmen ilk hastaneler 12. yüzyılda inşa edilmişti ve bunlar dine-dayalı, manastırlara bağlı kurumlardı ve yoksullara, yaşlılara, psikolojisi bozuk kişilere ve ihtiyaç sahibi diğer insanlara destek sağlıyorlardı. Ön planda ise hastalıkların tedavisi değil, barınma, beslenme ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi vardı. Hastanelerin yıllar içerisinde geçirdikleri değişiklikler ve üstlendikleri roller Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Hastanelerin Tarihsel Gelişimi

Zaman	Hastanenin rolü	Özellikleri
7. yy	Sağlık Hizmeti	Bizans imparatorluğu, Yunan ve Arap hastalık teorileri
10–17. yy	Hemşirelik, ruhani bakım	Dini vakıflara bağlı hastaneler
11.yy	Bulaşıcı hastalıkların yalıtımı	Cüzzam gibi bulaşıcı hastalıkların bakımı
17. yy	Yoksullar için sağlık hizmeti	Kamu yararına çalışan kurumlar ve devlet kurumları
19.yy sonu	Tıbbi bakım	Tıbbi bakım ve cerrahi, yüksek ölüm oranı
20.yy başı	Cerrahi merkezler	Hastanelerin dönüşümü, orta-sınıf hastaların girişi, ayakta hasta departmanlarının büyümesi
1950’ler	Hastane-merkezli sağlık sistemleri	Büyük hastaneler, teknoloji tapınakları
1970’ler	Bölge genel hastaneleri	Bölge genel hastanelerinin, yerel hastaneleri ve ikinci ve üçüncü basamak hastanelerin artışı
1990’lar	Akut bakım hastanesi	Aktif kısa-kalış bakımı
1990’lar	Gezici sağlık merkezleri	Günlük kabullerin artışı, minimal girişimsel cerrahinin yayılması

Kaynak: Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi-Kanıt ve Kalite Yönetimi, Groene ve Barbero (2005)

Hastane bakımının sağlığı iyileştirme potansiyeli, özellikle aseptik ve antiseptik teknikler, daha etkili anestezi, daha iyi cerrahi bilgi ve beceriler, travma teknikleri, kan nakli, koroner arter bypass cerrahisi, etkili ilaçlar, transplantasyon teknikleri ve minimal girişimsel cerrahinin gelişimiyle birlikte daha hızlı ilerlemeler kaydetmiştir (Foucault, 1973).

Bu gelişmelerle birlikte, yıllarca tıp ve hemşirelik öğrencilerine ilk önce Florence Nightingale’ nin sözü öğretilmiştir: “önce zarar vermeyin”(Leape, 1994). Kanıta dayalı kalite iyileştirme kavramı, Florence Nightingale’ in Kırım Savaşı’nda yaralanan askerlere bakım yaparken temel sanitasyon ve hijyen standartlarının ölüm oranını düşürdüğünü gösterdiği çalışması ile 1850’lerin başlarında ortaya çıkmıştır (Chun ve Bafford, 2014).

Harvard Tıp Okulu ve Massachusetts Genel Hastanesi’nden bir cerrah olan Ernest Amory Codman, genellikle sonuç çalışmalarının ve kanıta dayalı tıbbın kurucusu olarak kabul edilmiştir. Hastalarını, hastalara ait demografik bilgileri, tanıları, tedavileri ve sonuçları içeren endeks kartları olan “Son Sonuç Kartları” ile takip etmiştir. Tedavilerin neden başarısız olduğunu anlayanın gelecekteki hastaların bakımının iyileştirilmesinin temeli olduğuna inanmıştır (Chun ve Bafford, 2014).

Hastaneler daha geniş kapsamlı hale gelip daha karışık hizmet üreten yerlere dönüşürken diğer taraftan uzun yıllar boyunca rapor edilen bir dizi kaynaktan elde edilen kanıtlar, önemli sayıda hastanın hastaneyken tedaviye bağlı yaralanmalara maruz kaldığını göstermiştir (Leape, 1994).

Harvard Tıbbi Uygulama Çalışması, 1991 yılında, altta yatan bir hastalık veya durumdan ziyade tıbbi yönetimin neden olduğu yaralanmalar olan olumsuz olaylarla ilgili, ABD sağlık hizmetinin kalitesinin bir özetini yayınlamıştır. Harvard araştırması, 1984’te New York’taki 30.000’den fazla hasta arasında hastaneye yatışların yüzde 3,7’sinde advers olayların meydana geldiğini ve bu olayların yüzde 13,6’sı ölümle sonuçlan-

diğini ayrıca yüzde 2,6'sı kalıcı toplam engelliliğe yol açtığını belirtmiştir (Du-Vernay, 2011).

Amerika'da Ulusal Akademilerin bir kolu olan, Tıp Enstitüsü (IOM), raporunda "Err Is Human: Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi Oluşturmak (2000)", Harvard raporundan, Colorado ve Utah'ta yapılan benzer çalışmalardan yola çıkarak, ülke çapında tıbbi hatalar yüzünden, yıllık 44.000-98.000 hastane ölümünün meydana geldiğini tahmin etmiştir (Du-Vernay, 2011).

Hizmet sunucuları ve hastane yöneticileri, kamuoyu ve devletin hataları en aza indirmek ve hasta bakımını iyileştirmek için taleplerine yanıt verdikleri için son yıllarda sağlık kalitesi ölçümü giderek daha fazla vurgulanmaktadır (Chun ve Bafford, 2014).

Dr. Avedis Donabedian 1966 yılında, sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının kurucusu olmuş ve tıbbi sonuçlar araştırmalarını "Tıbbi Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi" yayınlamıştır (Marjoua ve Bozic, 2012). Bu model, sunulan bakımın kalitesini incelemek için yapı, süreç ve sonuç unsurlarına dayanan tekrarlanabilir ve son derece kullanışlı bir modeldir. Bu model, sağlık bakım kalitesini değerlendirmek için kullanılan mevcut yöntemler için bir temel oluşturmaktadır (Marjoua ve Bozic, 2012).

Amaç Ve Yöntem

Amaç

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde, "Kalite" kavramının ortaya çıkmasından günümüze kadar geçen sürede, hastanelerde oldukça köklü değişiklikler meydana gelmiştir. Bu gelişmeler uygulanan politikalar sonucunda gerçekleşmiştir. Bu bağlamda, bu çalışma ile 2001 ve 2003 yılından sonra Türkiye'deki kamu hastanelerine yönelik kalite politikasının analizi ile kamu hastanelerinin aldığı yol, geline nokta ve ileride yapılabilecek faaliyetlerin değerlendirilmesi, uygulanan politikanın etkilerinin tartışılabilmesi amaçlanmıştır.

Politika analizinde süreç modeli ile kamu hastanelerine yönelik kalite politikasının analizi ve süreç modelindeki her bir aşamanın 2001-2003 ve 2019 yılları arasında nasıl şekillendiğinin ortaya koyulması hedeflenmektedir. Bu sayede ülkemizde sınırlı sayıda çalışmaya konu olan süreç modelinin, önemli politika alanlarından biri olan sağlık politikasına ve kamu hastanelerine yönelik kalite politikasının analizi ile literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Yöntem

Politika analizinde süreç modeli (Sabatier, 2007) kullanılarak kamu hastanelerinin kalite süreci analiz edilmiştir. Süreç modeli kamu politikası uygulamalarının zaman içinde olgunlaşması ve bir akış içerisinde gerçekleşmesinden hareket ederek oluşturulmaktadır. Süreç modeline göre Şekil 1'de, kamu politikası analizi, gündeme geliş, formüle ediliş, kanunlaştırma, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır.

Şekil 1. Politika Analizi Süreç Modeli



Kaynak: Kamu Politika Süreci Teorik Perspektif (Kaptı, 2011)

Verilerin Toplanması

Süreç analizi modelinde kullanılan başlıca veri kaynakları, 2001-2003 ve 2021 yılları arasında konu hakkındaki; Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı web sayfasındaki yasal mevzuatlar, süreç ile ilgili basılı bildiri, raporlar, yayınlar, bilimsel ve teknik yayınlar, Resmi Gazete'de yayınlanan mevzuatlar, ilanlar, DSÖ'nün raporları, Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı web sayfasında bulunan kalkınma planları raporları, TÜSEB (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı) ve TÜSKA (Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü)'nin web sayfasında bulunan rapor, bildiri ve yayınlar ile konu hakkında yazılmış makale ve tezlerdir.

Veri Analizi

Kamu politikası analizi, yapılırken çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. En yaygın kullanılanlar; Grup modeli, Kurumsal model, Elit modeli, Sistem modeli ve Süreç modelidir (Kulaç ve Çalhan, 2013). Süreç modeli gerçekte kamu politika sürecini açıklayan klasik yaklaşımı sistematik olarak temsil etmektedir. Bu model aynı zamanda aşamalı model olarak da isimlendirilmiştir. Politika sürecini açıklayan çalışmalar karmaşık olarak nitelenen sürecin daha anlaşılır hale gelmesinden ibarettir (Kaptı, 2011:24).

Aktörler

Ulusal Aktörler

Türkiye' de kamu hastanelerine yönelik kalite uygulamaları değerlendirildiğinde, konunun gelişimine katkı sağlayan oldukça önemli ulusal aktörlerin olduğu görülmüştür. Sağlıkta kalite uygulamalarının ilk basamağında yer alan TSE (Türk Standartları Enstitüsü) çalışmalar için çıkış noktasını oluşturmuştur.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı konunun bir numaralı ve en önemli aktörüdür.

Yürüttüğü çalışmalar ve her yıl düzenlenen kalite ödülleriyle sağlık sektöründe kalitenin gelişiminde önemli katkıları olan Kalite Derneği, Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK), uygunluk değerlendirme kuruluşlarını akredite ederek süreçteki aktörler arasında bulunmaktadır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının yasal kullanım hakkının 2015 yılında devredildiği TÜSEB ve bünyesinde kurulan TÜSKA kamu hastanelerinin kalite sürecindeki ulusal aktörleri arasında yer almaktadır.

Uluslararası Aktörler

Kamu hastanelerinde kalite uygulamalarının uluslararası aktörleri arasında ilk olarak JCI (Joint Commission International) bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığında Kalite Koordinasyon birimi kurulduktan sonra JCI'ın standartları Türkçe'ye çevrilmiş ve hastanelere dağıtılmıştır.

Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası'nın yayınlamış oldukları raporlar Türkiye'de sağlıkta dönüşüm süreci ile sağlıkta kalite çalışmalarının da resmi olarak başlamasına vesile olmuştur.

Türkiye Sağlık Bakanlığı ile IsQua (The International Society for Quality in Health Care) arasında imzalanan anlaşma ile sağlıkta kalite uygulamaları uluslararası bir boyut kazanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma ulaşılabilen kaynaklarla sınırlıdır. Türkiye Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı ve TÜSKA web sayfasında yayınlanan raporlar, resmi yazılar, bildiriler ve diğer dokümanlardan yararlanıldığı gibi bazı sonuçlarla ilgili yayınlanmayan veriler bu sınırlılıkları oluşturmaktadır.

Bulgular

Türkiye'de Kamu Hastanelerine Yönelik Kalite Politikasının Gündeme Gelişi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişim sürecine paralel olarak, "Kalite" kavramıyla ilgili, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından 1993 yılında basılan Ulusal Sağlık Politikası 2001: Üçüncü Bin Yıla Hazırlanıyoruz adlı metinde, ilk olarak hastane kalitesine vurgu yapıldığı görülmektedir. Metinde hastanelere ilişkin hedef olarak: "2000 yılında uygun maliyette ve kalitede hizmet sunan, otonom, temel sağlık hizmetlerine entegre birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sistemi kurulmuş olacaktır" ifadesine yer verilmiştir (Ulusal Sağlık Politikası, 1993; akt., Yıldız, 2017).

Yedinci Kalkınma Planında (1996-2000 yıllarını kapsayan) hastanelerin kaliteli sağlık hizmetleri sunmalarına ve kendilerini merkezi yönetim yapısının kısıtlamalarından kurtarmalarına yardımcı olmak için hastanelere özerklik verilmesi maddesi bulunmaktaydı (OECD, 2008).

Sağlık Hizmetlerinde 1980'li yıllardan sonra, özellikle Hastane Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi (TKY) çalışmaları başlamıştır. Sağlıkta kalite; etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve adil olma özelliklerini kapsayan bir kavramdır. Türkiye'de özel hastaneler, kalite çalışmalarına kamu hastanelerinden daha önce başlamıştır. Bu çalışmalar özellikle yurt dışından hasta kabul eden hastanelerde; öncelikle geri ödeme kurumları ile anlaşma yapılabilmesi amacıyla ve kalite çalışmalarının kurumsal gelişim ile rekabete ilişkin faydaları sebebiyle başlatılmıştır (Çıraklı ve Sayım, 2009).

Sağlıkta kalitenin, aynı zamanda maliyet-fayda ve etkililik boyutunun da ön plana çıkması ile ülkemizde 1995 yılından sonra özellikle Sosyal Sigortalar Kurumuna (SSK) bağlı hastanelerde kalite yönetim sistemi (KYS) ile ilgili ciddi ve yaygın çalışmalar başlatılmıştır (Çıraklı ve Sayım, 2009).

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001 yılında ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygulama Kılavuzu hazırlayarak kullanıma sunmuştur. Bu çalışmalar kalite yönetiminin hastanelerde hayata geçirilmesi için çaba gösterildiğini göstermektedir (Sağlık Bakanlığı KYS Uygulama Kılavuzu, 2003).

Sağlık Bakanlığı 2002 yılında toplam kalite yönetimi konusunda hastanelerin bilgilendirilmesi amacıyla toplantılar düzenlemiş, TKY danışmanlığı satın almalarında kullanılmak üzere "ISO 9001-2000 Kalite Yönetim Sistemleri Danışmanlık-Eğitim alınmasına ilişkin şartname" düzenleyerek yayınlamıştır. Kalite Koordinatörlüğü ilk defa 2004 yılında kurulmuş ve Bakanlıktaki tüm kalite çabaları bu koordinatörlük çatısı altında toplanmıştır (Asunakutlu, 2005).

Türkiye'de 2002 ve öncesinde yaşanan sağlık alanındaki sorunlar da sağlam temelleri olan köklü bir de-

ğışıme ihtiyaç olduğunu göstermekteydi. Sağlık hizmetlerine erişimin zor olması, devlet hastanelerinin bakımsızlığı ve düzensizliği, uzun bekleme süreleri ve hasta kuyrukları, sağlık personeli istihdamının zorluğu, hastaların memnuniyetsizliği, çalışanların memnuniyetsizliği, özel sektörü tercih eden doktorların fazla olması ve kazanç konusundaki sorunlar bu sıkıntıların arasında yer almaktadır.

Sekizinci Kalkınma Planında (2001-2005 yıllarını kapsayan) sağlık hizmetleri; eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, ulaşılabilir, verimli bir şekilde, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşamın gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı bir şekilde sunulacaktır, maddesi bulunmaktadır.

Ayrıca Kalkınma Planının 213. Sayfasındaki 4. Bölümünde “Verimlilik ve Kalite Kontrol” ana başlığı altında, mevcut durum, amaçlar, ilkeler ve politikalar, hukuki ve kurumsal düzenlemeler 7 maddede oldukça detaylı şekilde yer almıştır (8. Kalkınma Planı, 2001).

Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan 8 ana bileşenden 6.sı olan “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” bileşeni tüm bu gelişmelerin ışığında Sağlık Bakanlığının öncelikli hedefleri arasında yerini almıştır.

Formüle Etme- Politikanın Oluşturulması

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1978 yılında düzenlenen Alma-Ata Konferansı’nda “21. Yüzyılda Herkese Sağlık Stratejileri’ nin temeli atılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üyesi olan Türkiye, 1978’de temeli atılan “Herkese Sağlık Hedefleri ve Stratejilerinin güncellenmesi ve 21. yy. hedeflerinin belirlenmesinde aktif rol oynamıştır. Ayrıca, 1998’de DSÖ Avrupa Bölge Komitesi tarafından kabul edilen “21. yüzyılda 21 Hedef”i benimsemiştir. Türkiye bu hedefler doğrultusunda, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001’de gerçekleştirmiş, 2003 yılında da “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı (SDP) uygulamaya başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Türkiye’nin sağlık sisteminde önemli bir dönüm noktası olan Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) başlangıcını Dünya Sağlık Örgütü’nün ve Dünya Bankasının raporlarının oluşturduğu görülmektedir. Dünya Bankası’nın Türk uzmanlarla birlikte hazırladığı “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Reformu” (DB, 2003) başlıklı rapora uzanmaktadır (Başol ve Işık 2015).

Sağlıkta Dönüşüm Programında Sağlık Bakanlığı’nın planlayıcı ve denetleyici rollerine, vurgu yapılmaktadır. Programın altıncı bileşeninde yer alan “Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon” ilkesi ile de Kalite Yönetim Sistemine yönelik temel adımlar atılmıştır.

Türkiye sağlık gündeminde ilk kez 2003 yılında açıkça ifade edilerek yer bulan akreditasyon çalışmaları da uzun bir yolculuğun sonuçları olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerini kapsayan, içeriğinde sağlık hizmetlerinin tüm süreçlerini barındıran hizmet standartları belirleme çalışmaları başlatılmış ve 100 kalite standardı oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığı’nın 2007 yılında yayınladığı 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek raporunda 16. Hedef olarak “Sağlık Kalitesi Yönetimi” hedefi alt başlıklarıyla birlikte değerlendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Çalışmalar ilk etapta yöneticilerde ve çalışanlarda kaliteli hizmet sunumu farkındalığının oluşturması ve sağlık kurumlarında hizmet süreçlerinin belirlenmesi ve dokümanite edilmesi amaçlarını taşımıştır.

Kanunlaştırma

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yataklı tedavi kurumlarında verilen sağlık hizmetlerinin toplam kalite yönetimi anlayışı ile yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” hazırlanmış ve 30 Ekim 2001 tarihli Makam onayı ile yürürlüğe girmiştir (Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi, 2001).

Daha sonra sırasıyla;

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi 17.03.2005 tarih ve 1831 sayı ile yayınlanmıştır (05.12.2006 tarih ve 9414 sayılı yönerge ile 01.07.2006 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlükten kaldırılmıştır).

Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi' nin; kalite konseyi, kalite temsilcisi, kalite geliştirme ekibi ve kalite kontrol çemberlerinin tanımlandığı ve kalite yönetim sistemlerine ilişkin usul ve esasların belirlendiği yönergenin 10. ve 14. maddelerinde değişiklik yapılması hakkında yönerge 12.05.2005 tarih ve 3658 sayı ile yayınlanmıştır.

Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi 05.12.2006 tarih ve 9414 sayı ile yayınlanmıştır (23.03.2007 tarih ve 2542 sayılı yönerge ile 01.05.2007 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlükten kaldırılmıştır).

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi 23.03.2007 tarih ve 2542 sayı ile yayınlanmıştır.

Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönerge Değişikliği 03.07.2007 tarih ve 6577 sayı ile yayınlanmıştır.

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi Hakkında Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge 30.11.2007 tarih ve 13 sayı ile yayınlanmıştır.

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi 02.07.2008 tarih ve 2011 sayı ile yayınlanmıştır (01.09.2008 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe girmiştir).

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nde Değişiklik Yapan Yönerge 12.09.2008 tarih ve 3166 sayı ile yayınlanmıştır.

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi Değişikliği 03.03.2009 tarih ve 1954 sayı ile yayınlanmıştır (01.01.2009 tarihinden itibaren geçerlidir).

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge 06.05.2009 tarih ve 2774 sayı ile yayınlanmıştır (1 Mayıs 2009 tarihinden itibaren geçerlidir).

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönerge değişikliği 01.03.2011 tarih ve 9489 sayı ile yapılmıştır.

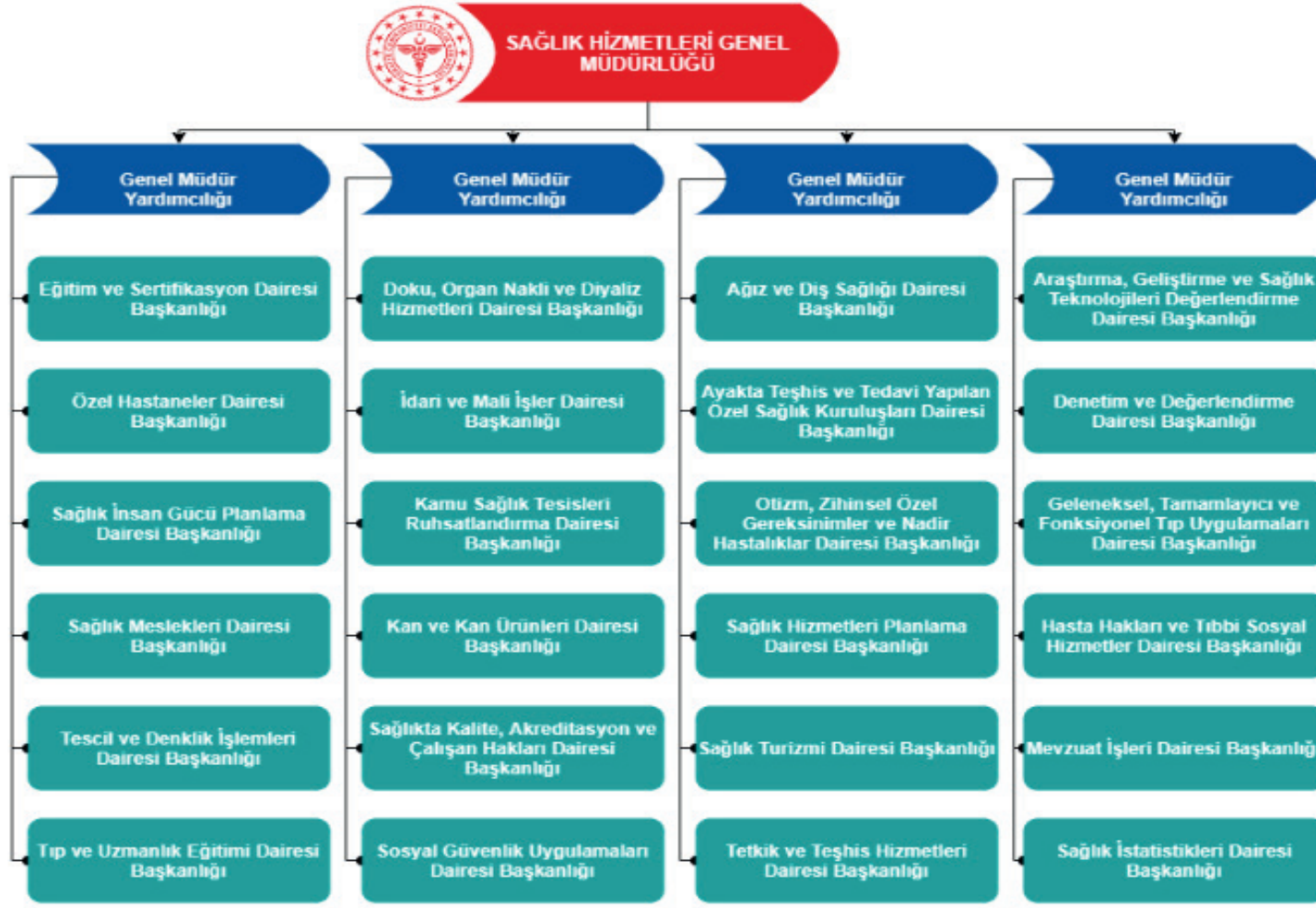
Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik 06.08.2013 tarih ve 28730 sayılı, yayınlanarak bu yönetmelikle 06.04.2011 tarih ve 27897 sayılı Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

Bugün gelinen noktaya kadar yasal mevzuatlar birçok revizyondan geçmiştir. “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” bileşeni kapsamında Sağlıkta Kalite, Sağlık Bakanlığının öncelikli hedefleri arasında yer almıştır.

Sağlık Bakanlığı' nın 2 Kasım 2011 tarihinde onaylanan 663 Sayılı KHK'nin 8. maddesi 1. fıkrası (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri) “ı” bendinde yer alan “Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarını belirlemek ve uygulamasını sağlamak” görevi gereğince sistemin önemli bir kısmı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genel Müdür Yardımcılığı, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığınca yürütülmektedir. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi'ne ilişkin çalışmalar 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” kapsamında gerçekleştirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genel Müdür Yardımcılığı, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı'nın organizasyon şemasındaki yeri Şekil 2'de gösterilmektedir.

Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organizasyon Şeması



Kaynak: SB, <https://shgm.saglik.gov.tr/TR-52885/teskilat-semasi.html>, 21.09.2021

Türkiye’de klinik kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik mevcut durum tespitinin yapılması ve klinik kalitenin ölçülmesine yönelik klinik kalite ölçme ve değerlendirme sisteminin geliştirilmesi için 13 Şubat 2012 tarihinde Türkiye Klinik Kalite Programı başlatılmıştır.

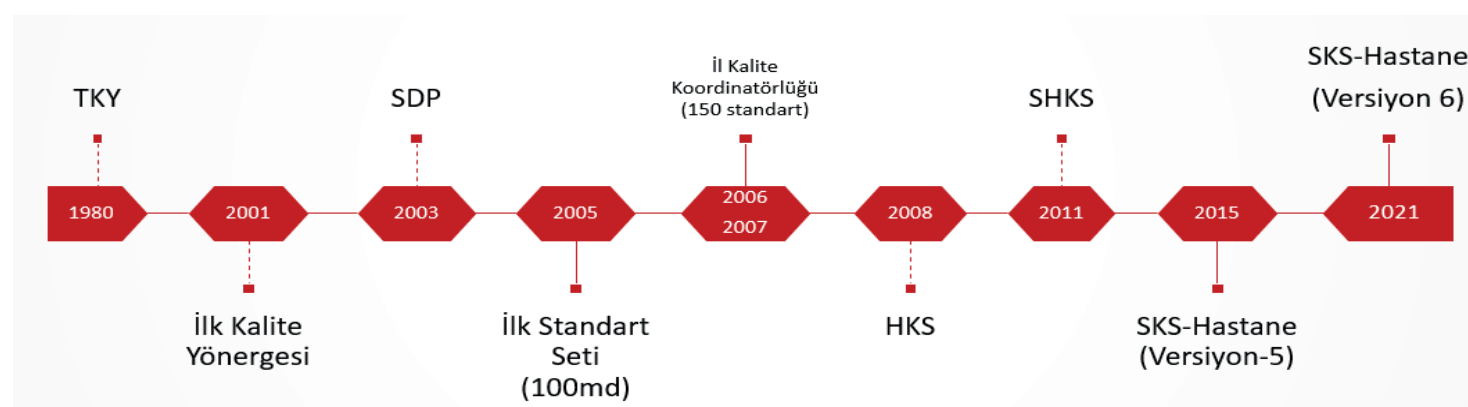
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) 26.11.2014 tarih ve 6569 sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığına İlişkin Bazı Düzenlemeler ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile kurulmuş, 2015 yılında çalışmalarına başlamıştır. Görevleri arasında “sağlık hizmetlerinde akreditasyon faaliyetlerini yürütmek” de bulunan TÜSEB’in bünyesinde kurulan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA), Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarının belirlenmesinde Bakanlığa bilimsel katkı sağlamak ve ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kuruluşlarını akredite etmek ile görevlendirilmiştir (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, 2014).

Çıkarılan kanunlar ve yönetmeliklerle birlikte kamu hastanelerine yönelik kalite politikalarının hayata geçirildiği ve uygulanması sürecinin devam ettiği görülmektedir.

Uygulama

Kamu hastanelerine yönelik kalite politikası analizinin uygulama sürecini çıkarılan yönetmelik, başlatılan çalışmalar ve geliştirilen standartlar bazında değerlendirmek süreci, daha net ortaya koyması bakımından tercih edilmiştir. Şekil 3’de olduğu gibi kronolojik olarak süreç özetlenmiştir.

Şekil 3. Kamu Hastaneleri Kalite Uygulamalarının Kronolojik Akışı



Toplam Kalite Yönetimi Dönemi

Türkiye’de Sağlıkta Kalite’ nin temellerini atmış olması ve farkındalık yaratmış olması bakımından TKY çalışmalarını kamu hastaneleri için oldukça önemli bir kilometre taşı niteliğindedir. Sağlık Bakanlığının ‘21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek’ raporunda Ulusal bir standart geliştirilmesi hedefi bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Versiyon 1 – 2005 Dönemi

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi 2005 yılında 17.03.2005 tarihli ve 1831 sayı ile yayınlanmıştır. İlk defa değerlendirme süreci başlatılmış, 100 standarttan oluşan değerlendirme seti oluşturulmuş ve uygulamaya konulmuştur. Kurumların kendilerini değerlendirmeye başlamaları ile hız kazanan kalite çalışmaları kısa sürede, kurumlarda eksikliği hissedilen önemli bir işlevi de yerine getirmiştir.

Versiyon 1.1. – 2006 Dönemi

“Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” 2006 yılında 05.12.2006 tarih ve 9414 sayı çerçevesinde standartların yapısında kısmi değişiklikler yapılmıştır. Versiyon 1.1 ile Hastaneler İl Performans Kalite Koordinatörlükleri tarafından değerlendirilmeye başlanmış ve kurumların kendi kendilerini değerlendirme sürecinden dış değerlendirme sürecine doğru geçiş başlatılmıştır.

Kurumsal Performans Katsayısının hesaplanması hastanelerin elde ettikleri puanların dağıtılacak olan ek ödeme miktarının hesaplanmasında kullanılıyor olması çalışanların ve hastane yönetiminin kriterleri ve kalite çalışmalarını sahiplenmesine vesile olmuştur.

Versiyon 2- 2007 Dönemi

“Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi Hakkında Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge” (23.03.2007 tarih ve 2542 sayılı) ile standartlarda ikinci revizyon yapılarak standart sayısı 150’ye çıkarılmıştır. Bu süreçten sonra kurumların tamamı il performans kalite koordinatörlükleri ve Bakanlık değerlendiricileri tarafından değerlendirilmeye başlanmıştır. Ayrıca sayısı 150’ye ulaşan standartların önem derecesine göre yeniden puanlandırılmış ve standartlara yönelik bir uygulama rehberi hazırlanmıştır.

Versiyon 3- 2008 Dönemi

Sağlıkta Kalite Standartları, “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” (02.07.2008 tarih ve 2011 sayılı) çerçevesinde yeniden revize edilmiştir. Yönergeyle birlikte 354 standart ve 900 alt bileşenden oluşan Hizmet Kalite Standartları (HKS) hazırlanarak yayınlanmıştır. HKS’ de 4 dikey bileşen Hasta ve Çalışan Güvenliği yatay bileşeniyle birleştirilmiştir. İlk defa hastanelerde hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tanımlayıcı figürler kullanılmaya başlanmıştır.

Şekil 4. Hizmet Kalite Standartları, Temel Bileşenleri, Tanımlayıcı Figürler



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, HKS (Hizmet Kalite Standardı, 2008)

Versiyon 3 Özel Hastaneler- 2009 Dönemi

“Özel Hastaneler ile Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması Hakkında Yönerge” (13.11.2009 tarih ve 14.867.439 sayılı) kapsamında özel hastanelere yönelik 388 standarttan oluşan ayrı bir set hazırlanmıştır.

Versiyon 4. Sağlıkta Hizmet Kalite Standardı- 2011 Dönemi

Sağlıkta Kalite Standartları “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” (01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı) çerçevesinde kamu, özel ve üniversite hastanelerini kapsayan 621 standarttan oluşan tek bir set haline getirilmiştir.

Hastanelerde Kalite Yönetim Direktörü pozisyonunun oluşturulmasıyla ilgili resmi yazı bu dönem yayınlanmış ve hastanelerde organizasyon şemasında Kalite Yönetim Direktörü/ Kalite Birimi doğrudan hastane yöneticisine bağlanmıştır.

Versiyon 5. Sağlıkta Kalite Standardı Hastane- 2015 Dönemi

“Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” (27.06.2015 tarihinde yayımlanan 29399 sayılı) şu anda yürürlükte bulunmaktadır. Yönetmelik, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti ile koruyucu sağlık hizmeti sunan kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır. Yönetmelik gereği kurum ve kuruluşlar, Bakanlıkça hazırlanan standart setlerini esas alarak uygulamalarını yapmak durumundadırlar (Öztürk, 2017).

Versiyon 6. Sağlıkta Kalite Standardı Hastane- 2021 Dönemi

SKS Hastane (Sürüm 6) seti çalışmaları kapsamında hazırlanan standartların excel formatı 14.03.2020 tarih ve E.474 sayılı makam onayı ile yürürlüğe girmiş ve Daire Başkanlığının web sayfasında yayınlanarak hastanelerin kullanımına sunulmuştur.

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri

Sağlık Bakanlığı kamu hastanelerinde 2007 ve 2010 yılları arasında iller arası iyi uygulamaların ve deneyimlerin paylaşılması amacıyla “Çapraz Değerlendirme” adı altında değerlendirme süreci devam etmiştir. Türkiye genelindeki tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleştirilen değerlendirmeler 2010 yılı sonunda “Merkezi Değerlendirme” adı ile son şeklini almıştır. Bu kapsamda tüm sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliğinin temin edilmesi doğrultusunda gerçekleştirilen sağlıkta kalite değerlendirmeleri ülke genelinde kamu ve özel tüm sağlık kurumlarında yılda bir kez olacak şekilde Sağlık Bakanlığının “Sertifika Değerlendirici” ‘leri tarafından gerçekleştirilmektedir (S.B. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2015).

Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin uluslararası bir kimliğe kavuşması gerekliliği doğrultusunda 2012 yılında ISQua ile bir sözleşme imzalanmıştır. Sözleşme ile birlikte Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından belirtilen Akreditasyon Standart setleri hazırlanmış ve ISQua tarafından akredite edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanarak ISQua tarafından akredite edilen Sağlıkta Akreditasyon Standartları Setlerinin 18.10.2015 tarih ve 147 sayılı makam onayı doğrultusunda TÜSEB'e kullanım hakkı devredilmiştir. Sağlıkta Akreditasyon Setlerinin, hazırlanması, revize edilmesi ve süreç raporlarının hazırlanarak gönderilmesi çalışmaları Sağlık Bakanlığı tarafından sürdürülmektedir.

Bu çalışmalar doğrultusunda Akreditasyon denetimleri yasal mevzuat ile TÜSEB tarafından yürütülmektedir. Akreditasyon faaliyeti kurumların gönüllülük esasına dayanmaktadır (Öztürk, 2017).

Sağlıkta Gösterge Yönetim Sistemi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından hayata geçirilen bu uygulamada ölçme ve değerlendirmeye esas olmak üzere belirlenen gösterge yönetimi rehberi ve örnek formlar oluşturulmuştur. Belirlenen süreçlere yönelik performans izleyip değerlendirmek sureti ile kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Gösterge hesaplama yöntemlerine, hedef değerlere, sorumlulara, veri toplama ve analiz periyotlarına yer verilmiştir. Göstergelerde kök neden analizlerine de yer verilmektedir (Sağlıkta Kalite Standartları, 2015).

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından öncelikle Hasta Güvenliği Hata Sınıflandırma Sistemi (HGHSS) geliştirilmesi üzerine çalışmalar yürütülmüş, ardından Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) aktif hale getirilmiştir. GRS'nin Sağlıkta Kalite Standartlarının geliştirilmesi için kullanıldığı, bildirimlerin sağlık çalışanlarının hatalara ve ramak kala olaylara karşı daha dikkatli olmalarına sebep olacağı ve sağlık tesislerinde hata risklerine karşı yol gösterici olacağı belirtilmiştir (Güvenlik Raporlama Sistemi web sitesi, 2019). SKS Versiyon 6'nın yayınlanmasıyla birlikte Güvenlik Raporlama Sisteminin ismi İstenmeyen Olay Bildirimi olarak değiştirilmiştir.

Kongreler

2009 yılından bugüne kadar hemen hemen her yıl düzenlenen kongreler sağlıkta kalitenin güncel konuları, iyi uygulama örnekleri ve ödülleri, çok sayıdaki katılımcılarıyla konunun paydaşlarını bir araya getirmektedir.

Kongrelerin ilki 19-21 Mart 2009'da "Çalışanların Teşviki ve Hasta Güvenliği" ana temasıyla I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi olarak Antalya'da düzenlenmiştir. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan-01 Mayıs 2010'da "Hastanelerin Teşviki ve Güvenliği" ana temasıyla düzenlenmiştir. III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 24-26 Kasım 2011'de Ankara'da "Klinik Kalite ve Güvenlik" konusuyla gerçekleştirilmiştir. IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 01-03 Mayıs 2013'de, Ankara'da düzenlenmiştir. V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi / 20-22 Kasım 2014'de Antalya'da, VI. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 03-05 Mart 2016'da "Klinik Süreçlerde Kalite, Teknoloji ve İşbirliği" ana temasıyla gerçekleştirilmiştir. VII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 10-13 Ocak 2018'de Antalya'da düzenlenmiştir. VIII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 16-19 Mart 2022 tarihinde "Sağlıkta Kalite İle Geleceği Tasarla" ana temasıyla Antalya'da gerçekleştirilecektir.

Her sene geniş çaptaki katılımlarla düzenlenen Kalite Kongreleri, gündemdeki konuların ve iyi uygulama

örneklerinin paylaşılması anlamında Türkiye'nin her bölgesindeki hastaneler örnekler sunmaktadır.

Değerlendirme

Sağlıkta Kalite uygulamalarının 2001 ve 2003 yıllarında temelleri atılmıştır. Uygulamaların geçirdiği süreçler değerlendirildiğinde ve geline nokta, bakıldığında çok büyük adımların atılmış olduğu görülmektedir. Sağlık politikası yönünden önce hedef olarak belirlenen Kamu Hastanelerinin Kalitesi çıkarılan yönetmelik ve yönergelerle hızla uygulamaya geçirilmiş ve sistematik olarak uygulanan revizyonlarla geliştirilerek son halini almıştır. Ancak "kalite" hiç bitmeyen bir yolculuktur. Bugün geline nokta politika'nın başarıyla uygulandığını söylemek mümkündür.

Kamu hastanelerinin bu kadar hızla yeniliğe ve mükemmelliğe koştuğu bir süreçte, hastanelerdeki çalışmaların büyük kısmını üstlenen, gönüllülük ve özveriyle çalışan Kalite Birimlerini destekleyici bir standart maddesi geliştirilmemiştir. 2009 yılından itibaren yapılan kongrelerde zaman zaman dile getirilmiş olsa bile sadece fiziki mekan ve gerekli teçhizatın bulunması gerektiği dışında, herhangi bir madde standarda eklenmemiş, ekip halinde yürütülmesi gereken çalışmalar için kalite birimleri ve personel nitelik ve sayıları hastane yöneticisinin inisiyatifine bırakılmıştır.

Kamu hastanelerinin yıllar içerisinde aldığı yol çok büyüktür. 2001-2003 yıllarında bahsedilmeyen ve takip edilmeyen birçok unsur bugün Kalite Yönetim Birimlerinin ve Hastane Yönetimlerinin öncelikleri arasında olup sürekli iyileştirme için değerlendirdikleri konular halini almıştır. Gösterge Yönetimi bölümünde yer alan ve hastanede ölçüm sistemi ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamak amacıyla takip edilmektedir. Ancak takip edilen bu verilerle ilgili Daire Başkanlığının yayınlamış olduğu bir faaliyet raporu kamuoyuyla paylaşılmadığı için izlenen parametrelerde ne kadar ilerleme sağlandığı bilinmemektedir. Yapılan iyileştirmelerin ve sonuçlarının paylaşılması hem diğer kurumlara örnek teşkil etmesi hem de akademik olarak yapılacak çalışmalara katkı sunması nedeniyle önemlidir ve önümüzdeki süreçte çıktılarının paylaşılması önerilmektedir.

Çalışan Güvenliği ile ilgili uygulamaların farkındalık yaratarak yaralanmaların ne kadar oranlarda azaldığını gösteren bilimsel çalışmalar bulunmaktadır. Mesleki maruziyetler konusunda da takipler başlatılarak çalışan sağlığının korunması için faaliyetler arttırılmıştır.

Hasta Güvenliği kapsamında uygulanan taraf cerrahisi seçimi ve formların doldurulması yanlış taraf cerrahisi vakalarını önlediği öngörülebilmektedir. Mavi Kod uygulamasıyla hastane içerisinde ani gelişen riskli vakalara erken müdahale gerçekleştirilerek hasta güvenliği için büyük bir adım atılmıştır.

Güvenlik Raporlama Sistemi uygulamalarının oluşturduğu farkındalık bir kültür geliştirmesi bakımından çok önemlidir. Meydana gelen veya ramak kala olaylar, ders alınacak konuları ortaya koyarak iyileştirmeye fırsat sunmuştur.

Hasta ve çalışan memnuniyeti anketleri hastanelerde, ayaktan hasta, yatan hasta ve acil servis hastalarına her ay, çalışanlara ise her yıl 2 kez olmak üzere Mart ve Eylül aylarında uygulanmaktadır. Sağlık hizmetleri kalitesinin önemli göstergelerinden biri olan memnuniyet oranlarının kamu hastaneleri özelinde durumu hakkında bir paylaşım yapılmadığı için bilgi sahibi olunamamaktadır.

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı genel olarak 2003 yılında %39,5 iken, 2011 yılı sonunda %75,9'a ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012). 2018 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı 2019-2023 stratejik planında Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı (%) 70,4, Sağlık Çalışanları Memnuniyet Oranı (%) 64,6 olarak yayınlanmış ve dönem sonunda bu oranların Genel Memnuniyet için (%) 74, Çalışan memnuniyeti için (%) 70'e çıkarılması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012). Bu oranlar uygulanan politikanın genel olarak başarılı olduğunu göstermektedir denilebilir.

Memnuniyet anketleri ilk önce hasta memnuniyetine odaklanmış 2008 yılında çalışan memnuniyeti de ölçülmeye başlanmıştır. Hastaların hep bir adım daha ön planda tutulması, çalışan memnuniyeti için yapılması gerekenlerin gerçekten dikkate alınıp alınmadığı cevaplanması gereken sorular arasındadır.

Kalite çalışmalarında sevindirici şekilde yol alınmış olmasına rağmen hastanelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının önüne geçilememiş olması da yine düşünülmesi gereken ve ciddi yaptırımlar getirilerek üzerinde çalışılması gereken konular arasındadır.

Akturan ve arkadaşlarının (2019), TÜİK verilerine göre 2009-2016 yılları arasındaki ölüm oranları ve nedenlerini araştırdıkları çalışmaya göre, Türkiye’de 2009 ve 2016 yılları arasında her iki cinsiyette ölüm sayısı artmıştır. Kaba ölüm oranı, 75 yaşın altındaki tüm yaş gruplarında azalma eğilimindedir. Ölüm oranı 75 yaşının üzerinde artmaktadır. Özellikle, 15 yaşın altındaki çocuklarda, diğer yaş gruplarına göre ölüm oranında önemli bir düşüş görülmektedir. Çalışmada elde edilen verilere göre Türkiye’nin 2016 yılında nüfusu 2009 yılına göre %9 artmıştır. Aynı zamanda, Türkiye’de 2016 yılındaki ölüm sayısı 2009 yılına göre %12,4 artmıştır.

Bu sonuçlara göre, 2009’dan 2016’ya kadar ölümlerin artması, yaşlı nüfus sayısının artması ile ilişkili olduğu söylenebilir. Türkiye’de son yıllarda bebek dostu hastane ve yenidoğan yoğun bakım kliniği sayısı artmıştır. Bunların yanı sıra, D vitamini ve demir gibi takviye vitamin/mineral uygulamaları, hastanede doğumların artması, aşılama oranlarının artması, kişi başına gayri safi milli hasılanın artması ve kadınlarda eğitim seviyesinin artması, 15 yaşın altındaki kaba ölüm oranlarında dikkate değer bir düşüşe neden olduğu söylenebilir. Türkiye’de 2002’de başlayan ‘Sağlıkta Dönüşüm Projesi’ sonrasında hekime ve sağlık kuruluşlarına başvuru ve hizmet alımının kolaylaşması da kaba ölüm hızında düşüşe olumlu etkide bulunduğu söylenebilir (Akturan ve ark., 2019). Bu sonuçlar hastanelerin kalite standartlarının iyileşmesinin bir yansıması olarak da değerlendirilebilir.

Gelinen nokta itibarıyla TÜSEB bünyesinde TÜSKA’dan akredite kuruluşlar kalitenin bir adım ötesi olan gelecek için vizyon oluşturan akreditasyon çalışmalarının başarısını göstermektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının hayata geçtiği 2003 yılından bu yana ülkemizin temel sağlık göstergeleri önemli ölçüde iyileşmiştir. Sosyal devlet olmanın bir gereği olarak bütün bu kazanımlar vatandaşlarımıza ilave mali yük getirmeden gerçekleştirilmiştir. Temel sağlık göstergelerinin korunması ve daha iyi seviyelere yükseltilmesi için yapılacak çabalar yine bu doğrultuda devam edecektir. Uygulanan politikalar sağlık çıktıları, finansal erişim ve memnuniyet alanlarında katedilen mesafenin yanı sıra finansal olarak sürdürülebilir olması yönüyle de çok önemlidir (Koca, 2018).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, Kamu Hastanelerine yönelik kalite politikası (2001-2003 ve 2019 yılları arasındaki) süreç modeli aracılığıyla analiz edilmiştir.

Kamu hastanelerinin geçen süreç içerisinde olumlu anlamda değiştiği ve profesyonel bir yaklaşımla değerlendirildiği görülmektedir. Bu olumlu süreç politika sürecindeki aktörlerin tam destek ve konuya katılımlarıyla gerçekleşmiştir. Bu süreç kalite uygulamalarının, en temelde gönüllülük ilkesi barındırıyor olmasıyla da ilgilidir.

Kamu hastaneleri için bu politikanın başarısından söz edebilmenin üst yönetimin sağladığı destekle ilgili olduğu göz ardı edilemez bir gerçektir. Hastanelerindeki kalite çalışmalarını önemseyip profesyonel bir yaklaşımla ele alan yöneticilere sahip hastaneler birkaç adım daha önde bu süreci yönetmektedirler. Bu doğrultuda, Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Gösterge Kartları (12/07/2019 tarih ve 9673 sayılı yönerge ile yayınlanan) yayınlamıştır ve bu kartlarda SKS puanlarından birden fazla yerde bahsedilmektedir. Sağlık yönetimi eğitimi almış konunun uzmanları tarafından yönetilen hastanelerin bu süreçte daha avantajlı olduğu söylenebilir ve ileride

bu konuda araştırmalar yapılması önerilmektedir.

Yapılan iyileştirmelerin ve sonuçlarının paylaşılması hem diğer kurumlara örnek teşkil etmesi hem de akademik olarak yapılacak çalışmalara katkı sunması nedeniyle önemlidir ve önümüzdeki süreçte kalite iyileştirme çalışmalarının çıktılarının paylaşılması önerilmektedir.

Çalışan memnuniyeti ve sağlıklı çalışma yaşamı alanlarına yönelik tatmin edici ve sonuca yönelik politikaların geliştirilmesi önerilmektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının son bulması beklenmektedir.

Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı'nın yayınlamış olduğu 11. Kalkınma Planında, Hastanelerdeki Kalite faaliyetlerinin ve Akreditasyon çalışmalarının, önümüzdeki yıllar içerisinde de öncelikli hedefler arasında yer aldığı görülmektedir (11. Kalkınma Planı, 2018)

Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik planında, Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca'nın ifadeleriyle sağlıkta kalitenin gelecek yıllarda da Sağlık Bakanlığı'nın öncelikleri arasında yer aldığı görülmektedir.

Kalite hiç bitmeyen bir yolculuktur. Bu yüzdendir ki tam anlamıyla başarı bu süreçte mümkün değildir. Hep bir adım daha ileri için iyileştirilebilecek bir çok alan vardır. Bu bakış açısıyla sürekli iyileştirme ve gelişme kamu hastaneleri için de her zaman devam edecektir.

Kaynakça

21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek, (2007), T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Ankara, Türkiye Aralık, 2007

Akgül, A., Kaptı A. (2010). "Türkiye'nin Uyuşturucu İle Mücadele Politikası: Politika Süreç Analizi", Yerelden Küresele Sınırşan Suçlar, (Editörler) Süleyman Özeren, Mehmet Alper Sözer ve Oğuzhan Ömer Demir, UTSAM, Ankara, s. 75-99

Akturan, S., Gümüş, B., Özer Ö., Balandız, H., Erenler, A.K. (2019). TÜİK verilerine göre 2009-2016 yılları arasındaki ölüm oranları ve nedenleri, Konuralp Tıp Dergisi 2019;11(1): 9-16

Arslan, D. T. & Akbulut, Y. (2017). Sağlık Bakanlığının uyuşturucuya yönelik politikalarının analizi. Addicta: The Turkish Journal on Addictions, 4, 151-180. <http://dx.doi.org/10.15805/addicta.2017.4.2.0031>

Asunakutlu, T. (2005). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite" <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf> Erişim tarihi 01.12.2019

Başol, E., Işık, A. (2015). Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme Ve Öneriler, IAAOJ, Social Science, 2015, 2(2), 1-26

Chun, J., Bafford, A.C. (2014). History and Background of Quality Measurement, Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001, USA.

Çıraklı, Z. L., Sayım F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi, Uluslar Arası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, 19-21 Mart 2009, Antalya, 21.03.2009, 20.Oturum, Salon 2

Dokuzuncu Kalkınma Planı. (2007-2013). Ankara, 2006, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Dokuzuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2007-2013%E2%80%8B.pdf> Erişim tarihi 07.12.2019

Du-Vernay C.B. (2011). "Health Policy Brief: Improving Quality and Safety," Health Affairs, April 15, 2011.

Fitz, J., Haplin, D., Power, S. (1994), "Implementation research and education policy: Practice and prospects", British Journal of Educational Studies, Sayı: 42, England, s. 53-69.

Foucault, M. (1973). The birth of the clinic: an archaeology of medical perception. London, Tavistock, (Kliniğin doğuşu: medikal algının arkeolojisi)

Groene, O., Barbero, M. G. (2005). Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi-Kanıt ve Kalite Yönetimi, Ülke Politikaları, Sistemleri ve Sağlık Hizmetleri Ülke Desteği Bölümü Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölge Ofisi, Performans Yönetimi Ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, (Çeviri: Ferište Zaralı, Büşra Karaduman, Ebru Yurdutemiz, Sevgi Taşkın Karataş) Ankara, Mayıs 2005

ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygulama Kılavuzu. (2003). Ankara, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1429,kilavuzpdf.pdf?0> Erişim tarihi 01.12.2019

Jann W., Wegrich K., (2006). “Theories of the Policy Cycle”, Handbook of Public Policy Analysis, Theory, Politics, and Methods, (Editörler) Frank Fischer, Gerald J. Miller, Mara S. Sidney, CRC Press, Boca Raton, s. 43- 62

Kaptı, A. (2011). Kamu Politika Süreci: Teorik Perspektifler, (Editör) Alican Kaptı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s. 15-43. 17

Kulaç, O., Çalhan H.S. (2013). Bir Kamu Politikası Süreci Analizi: Milli Eğitim Bakanlığı Ve Yükseköğretim Kurulu Yurtdışı Lisansüstü Bursları, Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (DÜSBED) ISSN : 1308-6219 YIL-5 S.10, Kasım 2013

Leape, L., (1994), Error in medicine. Journal of the American Medical Association, 1994, 272; 23:1851-57.

Mamur, I.Y., (2013). Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi The Journal of International Social Research Cilt: 9 Sayı: 46 Volume: 9 Issue: 46 Ekim 2016 October 2016

Marjoua, Y., & Bozic, K. J. (2012). Brief history of quality movement in US healthcare. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine, 5(4), 265 273. <https://doi.org/10.1007/s12178-012-9137-8>

Memişoğlu. D. (2018). Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı, Yasama Dergisi Sayı:34 Mart 2018, Ankara

OECD ve IBRD/Dünya Bankası “Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları Öncesi Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış” 2008

Onbirinci Kalkınma Planı. (2018-2023), Ankara, 2018, <http://www.sbb.gov.tr/oncelikli-donusum-programlari-eylem-planlari/> Erişim Tarihi: 01.12.2019

Onuncu Kalkınma Planı. (2014-2018), Ankara, 2013, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf> Erişim tarihi: 07.12.2019

Öztürk, A. (2017), Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi Sağlıkta Kalite ve Verimlilik Editör: Prof. Dr. Binnur Önal, Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Ankara

Sabatier, PA. (2007). The Theories of the Policy Process, Boulder, Westview Press, Colorado

Sağlık Bakanlığı KYS Uygulama Kılavuzu, 2003

SKS Hastane, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite Ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> Erişim tarihi 01.12.2019

Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi, (12/07/2019 tarih ve 9673 sayılı). Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/31432,yonerge-ekcfb62d08-e140-4b4c-9193-6ee5d624b1e8pdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 11.12.2019

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Stratejik Plan 2013-2017.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). 2019-2023 Stratejik Planı

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021), Sağlık Hizmetleri genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması <https://shgm.saglik.gov.tr/TR-52885/teskilat-semasi.html>, 21.09.2021 Erişim Tarihi:12.04.2022

Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. (2001-2005). Ankara, 2000, <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Sekizinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%-C4%B1-2001-2005.pdf>. Erişim tarihi 07.12.2019

Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi, 2001

Yıldız, MS. (2017). Hastanelerde Kalite Yönetim Sistemlerinin Değerlendirilmesi: Kamu ve Özel Hastanelerde Bir Araştırma (Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara



ISBN: 978-605-06658-5-7