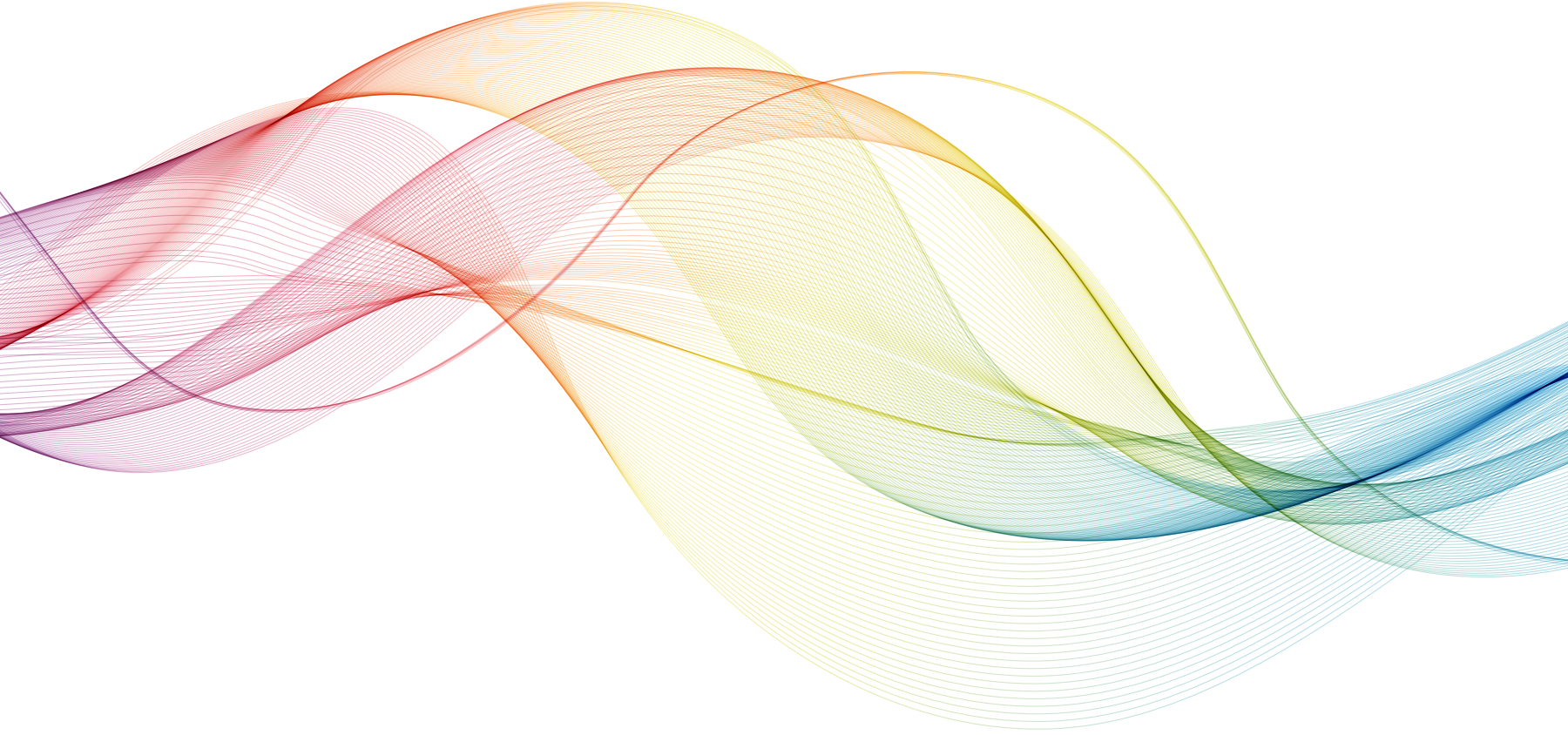


SD

400 TL
(KDV DAHİL)
2025/1

67

S A Ğ L I K D Ü Ş Ü N C E S İ V E T İ P K Ü L T Ü R Ü D E R G İ S İ



PROF. DR. İSMAİL KARA NURETTİN TOPÇU DÜŞÜNCESİ, TIP VE SAĞLIK AHLAKI ÜZERİNE | ZAHİDE ŞENALP TOPLUMDA SAĞLIK ALGISI: GELENEKSEL DEĞERLERDEN KÜRESEL ETKİLEŞİME
DR. ŞURA KAYA - DR. ÖMER ATAÇ NEDEN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI? ÖNEMİ, GÜNCEL DURUM VE ÖNERİLER | PROF. DR. BAŞAK GEZMEN DİJİTAL DÜNYADA SAĞLIK İLETİŞİMİNDE YANLIŞ BİLGİYLE
MÜCADELE VE POPÜLER KÜLTÜRLEŞMENİN ÖNÜNE GEÇME STRATEJİLERİ | DOÇ. DR. MEHMET SAİT DEĞER HALK SAĞLIĞI TEMELİNDE BÖLGESEL SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
PROF. DR. TEMMUZ GÖNÇ ŞAVRAN - DR. AYŞE GÜLİZ DİRİMEN ARIKAN SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ VE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER | DR. ERMAN GEDİKLİ KİMSEYİ GERİDE BIRAKMAMAK:
KÜRESEL GÖÇ VE MÜLTECİ SAĞLIĞINDA TECRÜBELER VE BEKLENTİLER | PROF. DR. OSMAN HAYRAN KÜRESEL SAĞLIK POLİTİKALARININ YÖNETİŞİMİ, PANDEMİ ANLAŞMASI VE TÜRKİYE
DR. NİHAL KALAYCI OFLAZ - DR. OLCAY ÖZEN EVRENSEL SAĞLIK KAPSAMININ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİNDE TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASININ ROLÜ | PROF. DR. YUSUF ÇELİK SAĞLIK EKONOMİSİ VE
SAĞLIK HARCAMALARININ MAKROEKONOMİK ETKİLERİ | DOÇ. DR. RABİA SUCU TÜRKİYE'DE SAĞLIK TEKNOLOJİLERİ DEĞERLENDİRME YOL HARİTASI: POLİTİKA PERSPEKTİFİ
PROF. DR. HAYDAR SUR SAĞLIKTA AŞIRI HİZMET KULLANIMI VE DEĞER TEMELLİ YAKLAŞIM | ALİ MURAT DUMAN SAĞLIKTA YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ NE OLMALIDIR?
DOÇ. DR. DERYA SULUHAN - PROF. DR. MEHMET ERYILMAZ PANDEMİ VE AFETLERE KARŞI SAĞLIK SİSTEMİ DAYANIKLILIĞI | ÖZGÜR EROL - KÜBRA ÇAKIR SAĞLIK SİSTEMLERİNİN DAYANIKLILIĞI:
SPAR SKORLARI İLE DEĞERLENDİRME | DOÇ. DR. SEMİH KORKUT ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ | DOÇ. DR. MEHMET AKİF SEZEROL BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE BULAŞICI OLMAYAN
HASTALIKLARIN YÖNETİMİ | DR. BETÜL ZEHRA PİRDAL - DOÇ. DR. MUHAMMED ATAK DOĞUMU YENİDEN YAPILANDIRMAK: ANNE DOSTU HASTANELER VE NORMAL DOĞUM EYLEM PLANI
DR. AYŞE NUR BALCI YAPALAK - DR. ÖMER ATAÇ YAŞ ALMANIN GETİRDİKLERİNİ GECİKTİRMEK İÇİN KORUYUCU YAKLAŞIMLAR | DR. ALİYE ASLI SONSUZ RUH SAĞLIĞI EKONOMİSİ: KÜRESEL
PERSPEKTİF VE TÜRKİYE İÇİN YOL HARİTASI | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN KORUYUCU SAĞLIK ENDÜSTRİSİ: KAVRAMSAL BİR ÇERÇEVE VE POLİTİKA DENEMESİ
PROF. DR. MEHMET KOÇAK TÜRKİYE'DEKİ KANSER ÖLÜMLERİNİN 13-YILLIK EĞİLİMİ | PROF. DR. HÜLYA AKAN İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNİN SAĞLIK ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ VE KÜRESEL SAĞLIK DİPLOMASİSİNİN
ROLÜ | DR. HAKKI GÜRSÖZ YÜZYILLIK SANAYİLEŞME YOLCULUĞUMUZ VE SAĞLIK SANAYİMİZİN ÖNEMLİ KİLOMETRE TAŞLARI | DR. SALİH KENAN ŞAHİN SAĞLIK TURİZMİNDE FIRSATLAR, RİSKLER VE
SÜRDÜRÜLEBİLİR POLİTİKA YAKLAŞIMLARI | BEHLÜL ÜNVER SAĞLIK TURİZMİNDE REKABET: AB ORTALAMASI VE TÜRKİYE'NİN FİYAT, HİZMET KALİTESİ VE DİĞER UNSURLAR AÇISINDAN KONUMU
PROF. DR. MUSTAFA ÖNCEL GENEL CERRAHİ PRATİĞİNDE ROBOT KULLANIMI | DR. TUBA DÜZCÜ TÜRKİYE SAĞLIKTA METAVERSE'ÜN NERESİNDE? | PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ MODERN BİR
TEHDİT DAHA; ELEKTRONİK SİĞARA | PROF. DR. ZELİHA KOÇAK TUFAN HADİ AMERİKA'YA GİDELİMİ Mİ? | DR. ÖMER ATAÇ KIRMIZI ŞARAP EFSANESİ SONA ERİYOR
DR. KADİR DOĞRUEK - DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR

YKS ŞAMPİYONLARININ TERCİHİ MEDİPOL

İlk 10'a giren 5, ilk 100'e giren 28 öğrenci Medipol'de.

İstanbul Medipol Üniversitesi, YKS şampiyonlarının tercihi olmaya devam ediyor. Farklı imkânlarla lisanstan doktora kadar her alanda öğrencilerini destekliyor.



- İlk 100'e girip **Tıp** tercih eden 24 öğrenci ile **Medipol Tıp Fakültesi zirvede.**
- **Yapay Zekâ Mühendisliği** öğrencilerini ilk 337'den,
- **Tarih** bölümü ise ilk 191'den alarak **açıldıkları ilk yılda kendi alanlarında lider oldu.**



444 85 44
www.medipol.edu.tr

 **MEDİPOL**
UNV-İSTANBUL
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ



2025 / 1
SAYI: 67
ISSN: 1307-2358

TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
(TESA) ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

EDİTÖR
Prof. Dr. Recep Öztürk

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Mustafa Altındış
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Ayşegül Çopur Çiçek
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Prof. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Mustafa Taşdemir
Prof. Dr. Türkan Yiğitbaşı
Doç. Dr. Volkan Kara
Doç. Dr. Ahmet Murt
Dr. Öğr. Üye. Ayşe Gülist Dirimen Arıkan
Dr. Öğr. Üye. Ömer Ataç
Dr. Öğr. Üye. Duygu İlhan
Dr. Öğr. Üye. İlker Köse
Dr. Öğr. Üye. Ayşe Seval Palteki
Dr. Öğr. Üye. Salih Kenan Şahin
Dr. Öğr. Üye. Mahmut Tokaç
Dr. Öğr. Üye. Ayşe Nur Balcı Yapalak
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Emel Murtezaoglu

GRAFİK TASARIM
Sertan Vural

YAPIM
Medicomia

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy-İstanbul
Tel: 444 85 44 - 1540

BASKI
Rumi Matbaa Sanayi ve Ticaret Limited Şirketi
Maltepe Mah. Fazılpaşa Cad. No: 8/B
Zeytinburnu / İstanbul
info@rumimatbaa.com
Sertifika No: 51196

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın
SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit
programı ithenticate'te tarandıktan sonra kabul
edilmektedir. Yazıların içeriğinden yazarları
sorumludur. Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar
dışında, yayımcının yazılı izni olmaksızın hiçbir
yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Etik kodlarla politikadan pratiğe: sağlıkta muhasebe

Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi'nin 67. sayısı, bir hatıra duyulan hürmeti yüceltirken, ülkemizin sağlık politikalarına dair derin bir hesaplama çağrısı niteliği de taşımaktadır. Vefatının ellinci yılı hatırasına Nurettin Topçu'nun mirasını mercek altına alarak, hekimliğin "şifa sanatı", mesleğin ahlaki omurgası ve insanı merkeze alan hizmet idealini yeniden sorgulamaya davet ediyoruz. Nurettin Topçu üzerine ileri düzey araştırmaları, çeşitli yazıları ve kitaplarıyla tanınan, bilim insanı, düşünür Prof. Dr. İsmail Kara ile gerçekleştirilen söyleşi, büyük ustanın çağrısını hekimlik ve sağlık ahlakı çerçevesinde daha da derinleştiriyor.

Bu entelektüel geçitten "Sağlık Politikalarında Gündem ve Gelecek Perspektifleri" başlıklı ana bölüme (dosya) yöneliyoruz. Bölüm, bir yanda kavramların netliğini, diğer yanda ise politika yapıcılarını destekleyecek kanıt ve araçları odak noktasına alıyor. İlk kısımda toplumda sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve yanlış bilgiyle mücadele konuları işleniyor; çünkü kamusal aklın niteliği, alınacak her kararın seyrini belirliyor. Sağlık okuryazarlığının kronik hastalık yönetimindeki belirleyici etkisi ve hizmet kullanımını rasyonelleştiren rolü de bu çerçevede ele alınıyor.

Devamında, bölgesel eşitsizlikler, sağlığın sosyal belirleyicileri ve göç/mülteci sağlığı üzerine yazılar, bireysel tercihlere indirgenmiş açıklamaları aşarak yapısal gerçekliğe yöneliyor.

Stratejik ufkun genişlemesini sağlayan ikinci bölümde, küresel sağlık yönetişimi ve diplomasi, evrensel sağlık kapsamının yanı sıra sağlık harcamalarının

makroekonomik yansımaları da derinlemesine tartışılıyor. Sağlık teknolojileri değerlendirmesi (HTA/STD) için hazırlanan yol haritası, kaynakların rasyonel ve adil bir biçimde dağıtılmasının kilit unsurlarından biri olarak konumlandırılıyor. Yerel yönetimlerin sağlık sektörü üzerindeki etkileri ise, siyasi iradenin saha üzerindeki karşılığını, katılımcı ve hesap verebilir yaklaşımlarla bütünleştirerek ele alınıyor.

Üçüncü bölüm, odağını dayanıklılık kavramına kaydırıyor: pandemi ve afetler karşısında sağlık sisteminin direncini, SPAR temelli değerlendirme yazılarını referans alarak, beklenmedik şoklarla başa çıkabilecek bir sistemin kapasite göstergelerini ve uluslararası kıyaslama fırsatlarını somut bir biçimde ortaya koyuyor.

Ardından, hizmet sunumu ve yaşam boyu sağlık perspektifinde, acil sağlık hizmetleriyle birlikte birinci basamak hizmetleri — aile hekimliği sistemi çerçevesinde — kronik hastalık yönetimi, doğumun yeniden yapılandırılması, ebelik sürekliliği, sağlıklı-aktif yaşlanma ve ruh sağlığı ekonomisi gibi başlıkları içeriyor; bu konular hem klinik akışa hem de bakımın sürekliliğine temas ediyor. Birinci basamak konusundaki metin, tarama-takip-geri bildirim döngüsünü ve Aile Hekimliği sistemindeki düzenlemeleri ayrıntılı bir biçimde inceliyor.

Koruyucu sağlık endüstrisi ise kamu yararı ile piyasa dinamiklerinin hassas dengesini sorguluyor.

Dördüncü bölümde hastalık yükü, çevre ve uluslararasılaşma temaları yan yana geliyor: Türkiye’de kanser ölüm eğilimleri, kanıta dayalı planlamanın ne kadar hayati olduğunu sayısal verilerle ortaya koyarken, iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri de gezegen sağlığını politika gündemine taşıyor. Sağlık sanayisinin dönüm noktaları ve sağlık turizminde sürdürülebilirlik-rekabet üzerine kaleme

alınan yazılar ise üretim, kalite ve küresel dolaşımın fırsat-risk dengesini masaya yatırıyor.

Dosya dışı metinler, sayısal ufku genişleten bir epilog misali: genel cerrahideki robotik uygulamalar ve sağlıkta metaverse üzerine kaleme alınan yazılar, dijital dönüşümün klinik ve eğitimsel boyutlarını inceliyor; metaverse yazısı ise kavramın tıptaki geniş uygulama alanlarını örneklerle ortaya koyuyor.

Elektronik sigara üzerine kaleme alınan yazı, halk sağlığı tartışmalarını kanıta dayandırma çağrısı yaparken, beyin göçü üzerine deneme hekimlerin ve genç profesyonellerin karar dünyasını şahsi-kurumsal sorumluluk ekseninde yeniden yorumluyor. “Kırmızı şarap efsanesi” adlı metin ise, popüler sağlık söylemlerinde bilimin payını ölçülü bir üslupla tartışıyor.

Bütün bu metinler, aslında aynı soruların farklı yüzleri: Teknik olanla etik olan nerede kesişir? Yönetişim ve finansman adaleti nasıl büyütür? Dayanıklılığı artırırken meslek onurunun inceliğini nasıl koruruz? Dijital yenilikleri benimserken hekim-hasta ilişkisinin dokusunu nasıl muhafaza ederiz? Topçu’nun hatırlattığı ölçü, bu sorulara verilecek cevapların zeminini işaret ediyor: “Zafer değil sefer.” Mükemmel sonuca ulaşmak yerine, doğru ilkelere sadakatle yolda ısrar etmek.

Dergimizi; klinikte karar verenler, sahayı yönetenler, politika tasarlayanlar ve sosyal bilimlerin sabırlı okurları için ortak bir düşünme zemini olarak tasarlıyoruz. Bu sayıdaki yolculuk, hekimliğin “şifa sanatı”na hürmetle başlıyor; sistemin aklıyla, toplumun vicdaniyla ve bilimin diliyle sürüyor.

İyi okumalar.

Sağlıkla ve afiyetle kalın.

İçindekiler

6

PROF. DR. İSMAİL KARA: NURETTİN TOPÇU
DÜŞÜNCESİ, TIP VE SAĞLIK AHLAKI ÜZERİNE



14

TOPLUMDA SAĞLIK ALGISI: GELENEKSEL
DEĞERLERDEN KÜRESEL ETKİLEŞİME
ZAHİDE ŞENALP

16

NEDEN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI? ÖNEMİ, GÜNCEL
DURUM VE ÖNERİLER
DR. ŞURA KAYA - DR. ÖMER ATAÇ

20

DİJİTAL DÜNYADA SAĞLIK İLETİŞİMİNDE
YANLIŞ BİLGİYLE MÜCADELE VE POPÜLER
KÜLTÜRLEŞMENİN ÖNÜNE GEÇME STRATEJİLERİ
PROF. DR. BAŞAK GEZMEN

22

HALK SAĞLIĞI TEMELİNDE BÖLGESEL SAĞLIK
EŞİTSİZLİKLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
DOÇ. DR. MEHMET SAİT DEĞER

26

SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ VE SAĞLIKTA
EŞİTSİZLİKLER
PROF. DR. TEMMUZ GÖNÇ ŞAVRAN
DR. AYŞE GÜLİZ DİRİMEN ARIKAN

32

KİMSEYİ GERİDE BIRAKMAMAK: KÜRESEL GÖÇ
VE MÜLTECİ SAĞLIĞINDA TECRÜBELER VE
BEKLENTİLER
DR. ERMAN GEDİKLİ



38

KÜRESEL SAĞLIK POLİTİKALARININ YÖNETİŞİMİ,
PANDEMİ ANLAŞMASI VE TÜRKİYE
PROF. DR. OSMAN HAYRAN

42

EVRENSEL SAĞLIK KAPSAMININ
SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİNDE TAMAMLAYICI SAĞLIK
SİGORTASININ ROLÜ
DR. NİHAL KALAYCI OFLAZ - DR. OLCAY ÖZEN

48

SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK HARCAMALARININ
MAKROEKONOMİK ETKİLERİ
PROF. DR. YUSUF ÇELİK

52

TÜRKİYE'DE SAĞLIK TEKNOLOJİLERİ
DEĞERLENDİRME YOL HARİTASI: POLİTİKA
PERSPEKTİFİ
DOÇ. DR. RABİA SUCU

56

SAĞLIKTA AŞIRI HİZMET KULLANIMI VE DEĞER
TEMELLİ YAKLAŞIM
PROF. DR. HAYDAR SUR



64

SAĞLIKTA YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ NE
OLMALIDIR?
ALİ MURAT DUMAN

68

PANDEMİ VE AFETLERE KARŞI SAĞLIK SİSTEMİ
DAYANIKLILIĞI
DOÇ. DR. DERYA SULUHAN
PROF. DR. MEHMET ERYILMAZ

76

SAĞLIK SİSTEMLERİNİN DAYANIKLILIĞI: SPAR
SKORLARI İLE DEĞERLENDİRME
ÖZGÜR EROL - KÜBRA ÇAKIR

80

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ
DOÇ. DR. SEMİH KORKUT

82

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE
BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN YÖNETİMİ
DOÇ. DR. MEHMET AKİF SEZEROL

86

DOĞUMU YENİDEN YAPILANDIRMAK: ANNE DOSTU
HASTANELER VE NORMAL DOĞUM EYLEM PLANI
DR. BETÜL ZEHRA PİRDAL
DOÇ. DR. MUHAMMED ATAÇ

92

YAŞ ALMANIN GETİRDİKLERİNİ GECİKTİRMEK İÇİN
KORUYUCU YAKLAŞIMLAR
DR. AYŞE NUR BALCI YAPALAK - DR. ÖMER ATAÇ

98

RUH SAĞLIĞI EKONOMİSİ: KÜRESEL PERSPEKTİF VE
TÜRKİYE İÇİN YOL HARİTASI
DR. ALİYE ASLI SONSUZ



102

KORUYUCU SAĞLIK ENDÜSTRİSİ: KAVRAMSAL BİR
ÇERÇEVE VE POLİTİKA DENEMESİ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

106

TÜRKİYE'DEKİ KANSER ÖLÜMLERİNİN 13-YILLIK
EĞİLİMİ
PROF. DR. MEHMET KOÇAK

114

İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNİN SAĞLIK ÜZERİNDEKİ
ETKİLERİ VE KÜRESEL SAĞLIK DİPLOMASİSİNİN
ROLÜ
PROF. DR. HÜLYA AKAN

118

YÜZYILLIK SANAYİLEŞME YOLCULUĞUMUZ VE
SAĞLIK SANAYİMİZİN ÖNEMLİ KİLOMETRE TAŞLARI
DR. HAKKI GÜRSÖZ

124

SAĞLIK TURİZMİNDE FIRSATLAR, RİSKLER VE
SÜRDÜRÜLEBİLİR POLİTİKA YAKLAŞIMLARI
DR. SALİH KENAN ŞAHİN

130

SAĞLIK TURİZMİNDE REKABET: AB ORTALAMASI
VE TÜRKİYE'NİN FİYAT, HİZMET KALİTESİ VE DİĞER
UNSURLAR AÇISINDAN KONUMU
BEHLÜL ÜNVER

134

GENEL CERRAHİ PRATİĞİNDE ROBOT KULLANIMI
PROF. DR. MUSTAFA ÖNCEL

140

TÜRKİYE SAĞLIKTA METAVERSE'ÜN NERESİNDE?
DR. TUBA DÜZCÜ

144

MODERN BİR TEHDİT DAHA; ELEKTRONİK SİGARA
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

148

HADİ AMERİKA'YA GİDELİM! Mİ?
PROF. DR. ZELİHA KOÇAK TUFAN

152

KIRMIZI ŞARAP EFSANESİ SONA ERİYOR
DR. ÖMER ATAÇ

156

KARİKATÜR

Prof. Dr. İsmail Kara ile Nurettin Topçu düşüncesi, tıp ve sağlık ahlakı üzerine

Röportaj: Prof. Dr. Recep Öztürk

Fotoğraf: Yusuf Çelik

Sayın Prof. Dr. İsmail Kara, bu söyleşi imkânını bizlere sunduğunuz için teşekkür ederiz. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi olarak, Nurettin Topçu'nun derin düşünce dünyasını, her gün insan hayatına dokunan hekim, eczacı, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinden oluşan okur kitlemizle buluşturmayı hedefliyoruz. Topçu'nun ahlak, hizmet ve insanlık üzerine fikirlerinin günümüz sağlık ortamı için her zamankinden daha anlamlı olduğuna inanıyoruz. Bu söyleşide, sizin bu alandaki eşsiz uzmanlığınızın rehberliğinde, felsefe ile tıp arasında anlamlı bir köprü kurmayı arzu ediyoruz.

Hocam, Nurettin Topçu kendi döneminde birçok açıdan yalnız ve muhalif bir isimdi. Ancak bugün eserlerine yönelik giderek artan bir ilgi var. Size göre, içinde bulunduğumuz çağın, özellikle profesyonel hayatta ve etikte karşılaştığımız zorlukların hangi yönleri, Topçu'nun sesinin bugün bu kadar güçlü bir şekilde yankılanmasını sağlıyor?

Türkiye'nin 60'lı, 70'li ve kısmen 80'li yılları Ankara'nın ve uluslararası siyasi mihrakların kolay yönlendireceği ideolojik tartışmalarla geçti dense yanlış olmaz sanırım. İnsanlar, hususene gençler, kahir ekseriyeti itibarıyla doğru, Türkiye ile irtibatları kuvvetli ve derin düşünceler

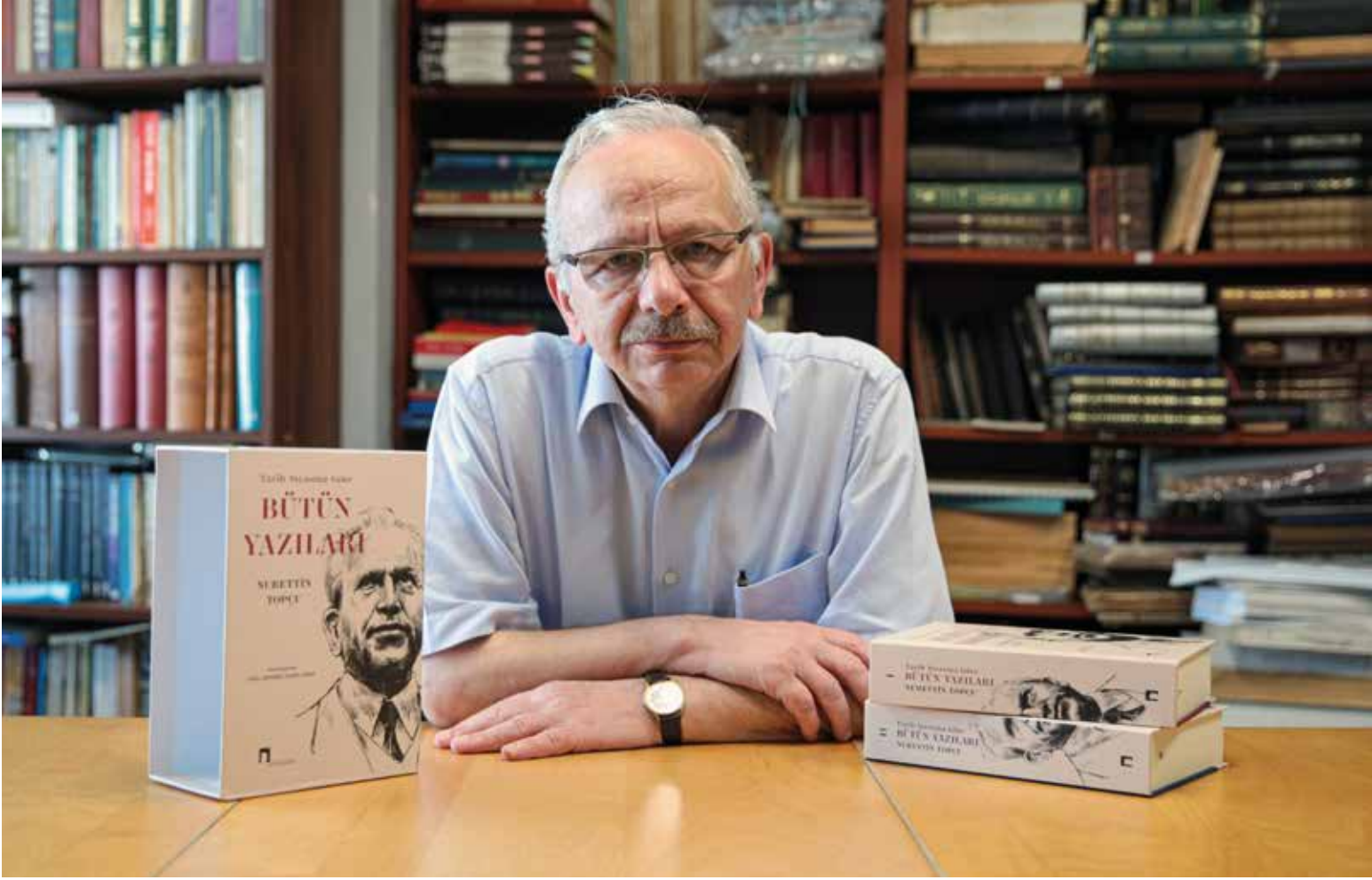
ve arayışlar yerine kullanışlı, sloganlaştırılmaya elverişli, kendince karşı tarafı susturmaya yarayacak gösterişli fikirlerin peşinde koştular, enerjilerini buralarda tükettiler. Nurettin Hoca tercih ettiği yol ve benimsediği üslup itibarıyla bunun dışında, hatta büyük ölçüde karşısında kaldı. Biri bence bu. İrادی olarak tercih edilmiş bir anlayışın, duruşun ve mücadelenin beklenebilir neticesi olarak ortaya çıkmış bir yalnızlık ve muhalefetti bu.

İkincisi belki daha önemli; çok partili hayata geçişle, Demokrat Parti iktidarıyla birlikte Türkiye, ABD aksına ve kapitalist dünyaya doğru hareket etti, ettirildi. Muhafazakâr, milliyetçi, mütedeyyin kesimler de komünizm ve dinsizlik korkuları/tehditleriyle bu çizgiye doğru çekildi. Hâlen devam eden 90 yıllık bu uzun ve problemlili tarihe şimdilik girmeyelim fakat Topçu Hoca hususene muhafazakâr, mütedeyyin ve milliyetçi insanların, aydınların kolaylıkla katıldığı ve savunduğu bu sürece neredeyse tek başına karşı çıktı. Bu onun birikiminin, ahlak anlayışının da bir devamı gibi idi; kapitalizmin, sanayileşme ve kalkınma havariliğinin Türkiye'nin kemiklerini eriteceğini, ferdiyet ve şahsiyetleri törpüleyeceğini, neticede Türk insanını zaafa uğratacağını düşünüyor, biliyor ve bu fikirlerini Ruhçu Anadolu Sosyalizmi'ni savunmaya varıracak ölçüde ısrarla dile getiriyordu. Hoca'yı yakından tanıyan, bilgisine, şahsiyetine güvenen birçok insan, birçok yakını bile yükselen, yük-

seltilen yeni değerleri ve yeni rüzgârları takip etmeyi tercih ettiler. 1969 yılında vuku bulan "Kanlı Pazar" hadisesi üzerine yazdığı "Kin ile Din Birleşmez" yazısı -ki bir ikincisi olmayan mühim bir yazıdır bu- Hoca ile muhafazakâr çevrelerin arasındaki ilkesel mesafeyi ve anlayış, kavrayış farklılıklarını göstermesi bakımından iyi bir örnektir. Biliyorsunuz bu trajik hadisede muhafazakâr ve mütedeyyin kesimlere güya sola karşı ABD savaş gemilerini savunmak vazifesi düşmüştü.

Soğuk Savaş'ın bitmesiyle bu nefes aldırılmayan ve birçok gerçeği gizleyen şal da Türkiye'nin üzerinden bir miktar, evet sadece bir miktar aralandı, 12 Eylül Darbesi'yle birlikte zayıflayan ideolojilerin belirleyici baskıları da seyreldi. Nurettin Topçu'nun giderek daha fazla fark edilmeye ve okunmaya başlanmasının bu süreçlerle alakası var diyebiliriz. Artık birçok insan sloganlardan, parlak ifadelerden, hamasetten ve hissiyattan öte bir anlamı olmayan cümlelerden, fikirlerden daha ciddi şeyler arıyor.

Sorunuzda "Topçu'nun sesi bugün güçlü bir şekilde yankılanıyor." gibi bir kısım vardı. Ona da değinmek isterim. Bana sorarsanız Hoca'nın eserlerinin çok satılması -kendisi sağ olsaydı bundan tedirgin olurdu zannedirim- ve kısmen okunması ile anlaşılması, fikirlerinin yaygınlaşması ve yeni değerlendirmeler/tenkitlerle bir ileri aşamaya çıkarılmasını iki ayrı vaka olarak mütalaa etmek daha



doğru olur. İkinci merhaleye henüz fazla intikal etmediğimiz kanaatindeyim. Bu biraz da Türkiye'deki ilmi, fikri ve estetik seviyelerle, üniversitenin, fikir ve sanat çevrelerinin gücü ve güçsüzlüğüyle, arayışlarının Türkiye ile olan irtibatlarıyla ve bunların derecesiyle alakalı. Türkiye tarihi, potansiyelleri ve insan unsuru itibarıyla çok imkânlı fakat aktüel olarak taşınması zor bir toprak parçasıdır. İki çizginin birlikte ve üst düzeyde farkında olmak lazım. Sadece birini öne çıkarmak aldanişları veya ümitsizlikleri öne çıkarabilir.

Profesyonel hayatta ve etikte karşılaştığımız zorlukların Topçu'yu fark etmekteki etkisini de sormuştum...

Ahlak konusu benim mesleki olarak ilgilendiğim, farklı kademelerde dersini okuttuğum, tezler yaptırdığım bir meseledir. Kanaatim şudur: Türkiye ve İslâm dünyası derin ahlaki problemlerine paralel, onlara yakın düşecek şekilde ahlakla ilgili değil. Edebiyatını yapıyor gibi. Ayrıca bugünkü ahlak anlayışımız ne kadar İslâm ve Türk ahlak anlayışının devamı, ne kadarı modern ahlak anlayışlarıyla karışmış bir ahlak hâlinde, buna da ciddiyetle eğilmek lazım. Üniversitelerimizde ahlak çalışmaları çok zayıf, İlahiyatlarda bile öyle. Son yıllarda Marmara İlahiyat merkezli olarak çalışmalar bir miktar arttı. Tahdis-i nimet

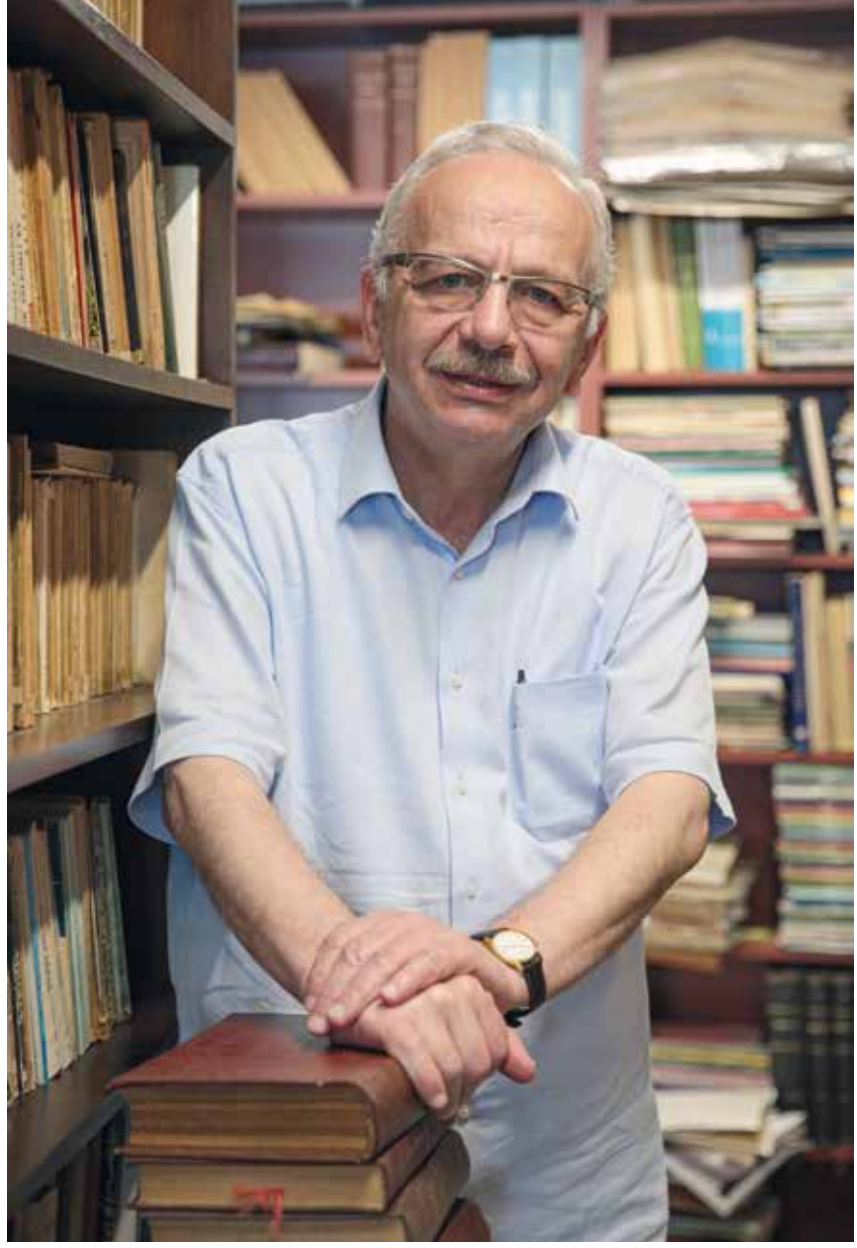
kabilinden söyleyelim, bu artışta benim de dahlim var. Hâlbuki hem teorik hem de pratik ciddi ahlaki problemlerimiz, derin yaralarımız var. Ayrıca problemler hem fikrî hem de fiili olarak gittikçe artıyor ve derinleşiyor, herkesi kuşatıyor.

Aslında modern Batı Avrupa düşüncesini sefaletle sürükleyen alanlardan biri de bu. Hümanizm, laik, ahlak, insan hakları, özgürlük, Batılı değerler falan yerlerde sürünüyor. Başından beri ahlaki öne çıkaran, insan olmayı, insanlık seviyesine yükselmeyi bununla ilişkilendiren Topçu Hoca burada hem dikkatleri hem de eserleri itibarıyla hep büyük bir kaynak ve imkân olarak önümüzde duracak gibi.

İsterseniz Türkiye'ye dönerek tıp etiği ve iş ahlaki başlıklarını da buraya dâhil edelim. Dindar insanların nezdinde bile ahlakın zaafa uğradığı veya ahlaki olanın bulanıklaştığı bir vasatta tıp etiğinden, iş ahlakından bahsettiğimizde bunu kapitalist ahlak normlarından nasıl ayrıştıracağımız üzerinde ciddi olarak düşünmeliyiz. Ben şahsen bunun kademeler gözeterek yapıldığını düşünmüyorum. Eski tıp kitaplarından, fütüvvetnamelerden güzel cümleler bularak bunları gelişigüzel bugünkü dile ve anlayışa giydirmek hoş bir şey gibi gözükabilir fakat bu aynı zamanda bir aldaniş, benzemezleri yan yana getirmek de olabilir. Sanki bu hatayı çok yapıyoruz.

Dindar insanların nezdinde bile ahlakın zaafa uğradığı veya ahlaki olanın bulanıklaştığı bir vasatta tıp etiğinden, iş ahlakından bahsettiğimizde bunu kapitalist ahlak normlarından nasıl ayrıştıracağımız üzerinde ciddi olarak düşünmeliyiz. Ben şahsen bunun kademeler gözeterek yapıldığını düşünmüyorum. Eski tıp kitaplarından, fütüvvetnamelerden güzel cümleler bularak bunları gelişigüzel bugünkü dile ve anlayışa giydirmek hoş bir şey gibi gözükabilir fakat bu aynı zamanda bir aldaniş, benzemezleri yan yana getirmek de olabilir. Sanki bu hatayı çok yapıyoruz.

Her mütefekkir ve sanatkâr gibi Topçu Hoca da bir coğrafya ve kültürün, bir devrin, o devre mahsus tecrübelerin, acı ve sevinçlerin içinden çıkıp sivriliyor, giderek biricikleşiyor. Acı ve zor tecrübeler her zaman menfi etki etmez bazen en önemli dinamik ve besleyici kaynak olur. Bu bakımdan Nurettin Bey'in İstanbul suriçinin tarihî bir semtinde, merkezinde Balkan Savaşlarını, Birinci Cihan Harbi'ni, İstanbul'un işgalini ve Millî Mücadele'yi yaşamış olmasının onu harekete geçiren besleyici bir unsur olarak ele alınabileceğini düşünüyorum.



Üç meslek hizmet ve fedakârlık olmadan kıvam düzeyde, hatta orta seviyede bile icra edilemez kanaatindeyim; bunlar tabiplik-hemşirelik, öğretmenlik ve din hizmetleridir. Sağlık çalışanlarının daha baştan ahlaki bir vasatı var yani. Mesleğin tabiatından gelen bu ayrıcalığı, ahlak diliyle söylersek fazileti şimdilik ayrı tutarsak bana öyle geliyor ki tıp sahası da devasa ilaç sanayii, tedavi-tahlil yöntemleri ve akıl almaz tıp aletleri -ki bunların hepsi kapitalizmin göbeğinde yer alan konular- ile nerelere uzanacağını hiç de kestiremediğimiz genetik mühendisliğinin at oynattığı bir ortamda hangi etikten ve ne kadar bahsedebilecek? Aynı şey iş ahlakı için de geçerli. Hangi iş ahlakı ve nasıl? 90'lı yıllarda muhafazakâr işverenlerin kurduğu bir kurumun başındaki kişi bir röportajında "bir lokma bir hırka"yı kendince cesaretle -mütecessirâne demek lazım- değiştirerek "bin lokma bin hırka"dan bahsedince şaşırمامıştım ama yanımızda yöremizdeki eğitimli insanların anlama ve kavrama seviyesinden müteessir olmuş ve üzölmüşüm.

Topçu Hoca üzerinden az ve yetersiz de olsa bir ahlaki farkındalığın vücut bulması çok kıymetli ve ümit verici fakat ahlakın hem bilgi ve anlayış hem de uygulama kademelerini birlikte geliştirmemiz lazım. Topçu Hoca da, 'İsyân Ahlâkı' da ancak o zaman tam olarak anlaşılabilir ve bir şekilde devreye girebilir.

Topçu'nun düşüncesi, sizin de eserlerinizde detaylandırđınız gibi, bir imparatorluğun çöküşü, işgal ve bir cumhuriyetin kuruluşu gibi büyük tarihsel değişimlerin potasında şekillendi. Bu kolektif travma ve altüst oluş tecrübeleri, onun ızdırap, sorumluluk ve millet gibi kavramlara bakışını nasıl etkiledi?

Her mütefekkir ve sanatkâr gibi Topçu Hoca da bir coğrafya ve kültürün, bir devrin, o devre mahsus tecrübelerin, acı ve sevinçlerin içinden çıkıp sivriliyor, giderek biricikleşiyor. Acı ve zor tecrübeler her zaman menfi etki etmez bazen en önemli dinamik ve besleyici

kaynak olur. Bu bakımdan Nurettin Bey'in İstanbul suriçinin tarihî bir semtinde, merkezinde Balkan Savaşlarını, Birinci Cihan Harbi'ni, İstanbul'un işgalini ve Millî Mücadele'yi yaşamış olmasının onu harekete geçiren besleyici bir unsur olarak ele alınabileceğini düşünüyorum. Yazılarında ve arayışlarında da buna dair unsurlar bulup çıkarabiliriz.

Zikrettiğiniz kavramlar arasında ızdırapın Topçu düşüncesinde hususi bir yeri var; ızdırap insanın sadece hissiyatının değil üst bilgi kaynaklarından biridir. Zaten isyan ahlakının kademeleri herhâlde ızdırapı hesaba katmadan hem kat edilemez hem de yeteri kadar anlaşılamaz. Bunu tasavvuftaki çile ile eşitlemek doğru olmaz ama belki ona benzeterek biraz daha kolay anlaşılabilir. Mesuliyet ise Hoca'nın ahlak tasavvurunun ve sisteminin en üst kavramlarından biri. Yanında, bazen altında veya üstünde üç ahlaki kavram daha var; hizmet, hürmet, merhamet. Bunlar hem mesuliyeti inşa ederler hem de mesuliyetin içinden çıkıp gelirler. İrade, hareket, isyan bir üstte.

Ara bir mesleki soru sorabilir miyiz? Bu anlayış, her gün bireysel ve toplumsal ızdırapla yüzleşen sağlık profesyonellerine ne söyleyebilir? Topçu'ya göre “acı, varlığın terapisisidir”. Klinikte kronik ağrı veya terminal dönem hastasıyla karşılaşan bir sağlık profesyoneli bu cümleyi nasıl yorumlamalıdır?

Acı ve ızdırap tek tip ve tek kademeli değil bildiğiniz üzere. Tabiplerin, sağlık hizmetlilerinin hastaları, toplumsal hastalıklar üzerinden yaşadıkları yahut empati yoluyla çektikleri acı ve ızdırap elbette kıymetlidir ve insan olmaya, insanlığını hissetmeye doğru seyreden bir vâkıdır. Fakat zannım odur ki; Hoca dışarıdan, dış tesirlerle gelen acıdan ziyade içerden gelen, içine, kendine dönen insanın derinden hissettiği acılardan ve ızdıraplardan bahsediyor. Varlığın terapisi de herhâlde bu tür derin acılar için kullanılabilir. Yalnız dışardan gelen ve içimize giren, içimizde yer tutan, iç dünyamızda yer ayırdığımız acılar bir müddet sonra kendi acımız olarak ruhsal yükseliş için müsbet bir rol üstlenebilir.

Ahlakın Karakteri: Biyografiden Mesleki Ethos'a

Biyografik notlarınızda Topçu'nun karakterinin canlı bir portresini çiziyor, onun “tavizsiz, yılmaz” doğasını Erzurumlu kökenine, “mahviyetkârlığını, sadeliğini ve sessizliğini” ise Eğinli tarafına bağlıyorsunuz. Hem sarsılmaz bir dürüstlük hem de derin bir tevazu gerektiren tıp gibi bir alanda, bu “ahlaki şahsiyet”in oluşumunu, gerçek bir şifa sanatının ön koşulu olarak nasıl anlamalıyız?

Sorunuzdan cesaret bularak bir miktar ahlak teorisine girmemiz lazım. Ahlakın bir kısmı doğuştan getirdiğimiz huylarla, melekelerle alakalı. Tıbbi dille genetik mi diyeceğiz? “Can çıkmayınca huy çıkmaz!”, yahut “huylu huyundan vazgeçmez!” diyoruz ya, tam o. Ahlakı sırf veya esas itibarıyla bu tabii olanlar üzerinden tanımlayan veya önceliği bunlara veren felsefe ve ahlak âlimleri var. Gerçekten de sonradan öğrenme bir cömertlikle yaratılıştan gelen bir cömertlik muhtemelen eşitlenemez. Cesaret, merhamet, tebessüm de, tersten cimrilik, korkaklık, taş kalplilik ve asık suratlılık da böyle değil mi? Fakat ahlakın bir de öğrenilen, tecrübe ile, etkilene ile, alışkanlık hâline getirmekle, sabır

ve ısrarla, hatta zorlama ile, insanın kendisini zorlaması ile edinilen kısmı var. Ahlak eğitimi ve ahlak terbiyesi bir bakıma bu demek. Yani bilgi ile, tecrübe ile, ısrarla edinilen ahlak da ikinci bir meleke, tabii olan melekeye eklenmiş, bitişmiş bir meleke ve huy olabilir.

Tıp sahasına geçmeden Nurettin Hoca'nın uğraştığı ahlakın, ‘İsyan Ahlakı’nın esas itibarıyla insanın bir ömür boyu edinmeye çalışacağı ahlak merkezli olduğunu hatırlatmak yerinde olur. İsyanın ilk merhalesinde insanın kendi ihtiraslarına isyanı vardır. İhtiraslara da yaratılıştan gelen birer meleke olarak bakabiliriz. Ama bunu kendisi, kendi beni üzerinde, kendi üzerinden yapacağı için bu aşamada iki ahlak kademesi irtibatlı hâlde gelmektedir. Bir şeye, bir düşünce ve harekete mütemayil olmakla onu yapmak ve gerçekleştirmek aynı şey olmadığı gibi temayül otomatik olarak düşünceyi ve fiili de ortaya çıkarmaz. Orada ayrı bir iradenin, peşi sıra azmin devreye girmesi lazım.

Nurettin Topçu “Ahlak bir yaşama biçimidir.” der. Sizce Topçu'nun bir “hizmet ahlakı” olarak geliştirdiği düşünceler; hekimlik, eczacılık, hemşirelik, ebelik, fizyoterapi gibi insanla birebir temas içeren alanlara nasıl uyarlanabilir?

Tabipleri bu konuda diğer insanlardan farklılaştıran ana yaklaşımlar değil mesleklerinin özellikleri olmalıdır. Tam da burada her mesleğe göre kısmen farklılaşan, öncelikleri değişen meslek ahlakına temas edilebilir. Tıp sahasının bir avantajından, imkânından daha bahsedebiliriz sanırım. Doktorluk herhâlde kimliğine ve kişiliğine bakmadan her hastanın seviyesine inmeden, dilini anlamadan, onun meselelerini soğukkanlılıkla ve derinliğine kuşatmadan kıvam düzeyde icra edilebilecek bir meslek değildir. “Öğrenilmiş-edinilmiş” sabır isteyen bu dikkat, ihtimam ve tahammüle mesleki tevazu ve fedakârlık da diyebiliriz zannederim. Tabipleri biraz da meslekleri ahlaklı kılabilir diyebiliriz. Hele akıllı ve gönlü bu tarafa mütemayil ise... Hem tab'en hem öğrenilmiş, edinilmiş olarak...

Hizmet ahlakının “merhamet-hürmet-hizmet” sacayağını hemşire-hasta etkileşiminde görünür kılacak pratik örnekler neler olabilir?

Bir anekdotu hatırlatmak geçti içimden:

Sadettin Ökten ağabeyin babası İmam Hatip Okullarının kurucusu Celal Hoca oğlunun mühendislik tahsili yapmasını arzu etmiş. Nurettin Hoca, Sadettin Bey'e “Ne okuyacaksın?” diye sorduğunda, “pederin arzusu istikametinde mühendislik” deyince Topçu Hoca bundan pek memnun kalmamış ve “keşke tıp tahsil etseydin; merhamete, hizmete muhtaç çok insanımız var.” demiş. Bu onun tıp tahsiline ve tabipliğe hangi önceliklerle baktığını gösterir zannederim. Ben tabiplerin sanata, edebiyata ve seyahate, tabiatı temaya diğer mesleklerden daha yakın olmalarını da biraz buna bağlıyorum. Bilmiyorum bu tesbitin doğruluk derecesi nedir?

Topçu, Mehmet Akif üzerine yazdığı eserde “büyük adam”ı, “eseriyle hayatını birleştiren adam” olarak tanımlıyor. Bu oldukça çetin bir ideal. Bir hekim, hemşire veya eczacı için, gündelik eylemleri (eseri) ile temel etik inançlarının (hayatı) tam anlamıyla bütünleştiği bir meslek hayatı yaşamak ne anlama gelir? Modern sağlık sisteminde bu bütünleşmenin önündeki temel engeller nelerdir?

Yine bir anekdot hatırladım: Nurettin Hoca bir sohbetinde anlatmıştı, meşhur bir Roma tarihçisi varmış –ne yazık ki ismini hatırlamıyorum, hatırlayanı da bugüne kadar bulamadım-, bir müddet sonra Romalılar gibi giyinmeye ve öyle gezmeye başlamış. Tebessüm ederek bunun insanın mesleğiyle ve uğraştığı işle bütünleşmesi, hemdem ve hemahenk olması manasına geldiğini söylemişti. Bunu Türk tarihçilerinin meselesizliğini anlatmak için tenkit sadedinde söylediğini hatırlıyorum. Tarihi yaşamayan, onu kendi meselesi edinmeyen nasıl büyük tarihçi olacak? Hoca'nın beni tarih usulü bakımından da etkileyen cümlelerinden biri “Tarihten de biz sorumluyuz.” cümlesidir. Sağlık hizmetlileri adına konuşmak elbette bana düşmez ama tabipçe yaşamak diye bir şey olması lazım herhâlde. Zannederim ABD'de, belki bazı eyaletlerinde belli bir yıldan fazla ilkökul öğretmenliği veya denizcilik yapanların şahitliğini ağır ceza davalarında kabul etmiyorlarmış; çok hissi davranırlar, soğukkanlı davranamazlar, merhamet duyguları galip gelir diye. Bu bir tarafıyla güzel bir şey gibi gelmişti bana. Latife ile meslek ahlakı diyelim...

Fakat müsaadeniz olursa Hoca'nın Akif üzerinden saydığı büyük adam vasıflarının diğer ikisini de zikrederim, bunlar da ahlaki hareketin, ahlaki kalmanın tamamlayıcı parçaları: Bütün ömründe aynı kanaatin, aynı imanın sahibi olmak, devirlere, cemiyete, muhite uymamak. Konformizme karşı isyan... Üçüncü vasıf da münzevi olmak, kalabalığın içinde fakat yalnız yaşamayı göze almak, devlet ve ikbal mevkilerinden uzak durmak.

Ahlaki bilmek, kavramak, ahlaklı olmak ve ahlaklı kalmak zor iş. Hele içinde yaşadığımız dünyada. Onun için hem bilgi-anlayış seviyesini hem davranış tarzlarını hem de "dolmuşa gelmemek" adına sabır ve tahammülü, dikkat ve ihtimamı geliştirmek lazım.

Yaşayan Ahlak: Kuralların ve Yönetmeliklerin Ötesinde

Topçu'nun ahlak anlayışı bir kurallar listesi değil, vicdana dayanan bir "yaşama biçimidir". Oysa modern tıp, giderek artan bir şekilde karmaşık yönetmelikler, yasal çerçeveler ve protokollerle yönetiliyor. Topçu merhum hayatta olsaydı bu değişimi nasıl değerlendirirdi? Gerekli olmakla birlikte, bu "hukuki" çerçevenin, onun savunduğu o "ahlaki" atılımı boğma tehlikesi var mıdır? Topçu "ahlakın kaynağı ruhtur, hukuk onun kabuğu." der. "Hastane akreditasyon standartları" ile bu ruh arasındaki denge nasıl korunabilir?

Bu soruya kendimi tabiplerin yerine koyarak tam ve doyurucu cevap verebilir miyim, emin değilim. Fakat şöyle düşünüyorum: İnsanın inançları, ilkeleri, fikirleri ve değerleriyle pratik hayatın akışı hiçbir meslekte paralel ve eşit gitmez. Bu noktada anlama, kavrama ve yorumlama düzeyi ile yapma, çözüm bulma düzeylerini kademelendirebiliriz. Birbirinden tamamen ayırmaktan bahsetmiyorum. Bir insanın ahlaki olarak doğru bulduğu bir düşünme ve eyleme biçimini hayata geçiremiyor, uygulayamıyor diye ondan vazgeçmesi gerekmez. Vazgeçmesi ahlaki de değildir. Çünkü ahlakın bir de bilme ve anlama kademesi vardır. Bu kademe eylem olmadığı, gerçekleşmediği zaman anlamsız hâle gelmez, kesinlikle. Elbette aslolan insanın inandıklarını, değerli bulduklarını yapması ve yaşamasıdır ama buna imkân olmadığı yerde bir taraftan o fikirlerini daha da

sağlamlaştırmak, derinleştirmek, diğer taraftan da pratiğe aktarmak için mücadele etmek, yeni yollar arayıp bulmak mükellefiyetindedir. Zafer değil sefer... Bir meslektaşımız bu iki farklı eyleme çözümlemek ve çözmek diyor. İyi çözümleyen iyi çözemeyebilir. Terside doğru; çözen işin aslını en iyi bilen kişi değildir, olmayabilir. Gök cisimlerini harika bir şekilde gözetleyen müneccim âlimin önündeki kuyuyu göremeyip oraya düşmesi gibi...

Topçu'nun meşhur sözüyle, sınıfa "mabede girer gibi" girilmelidir. Bu metaforu hastaneye, kliniğe veya herhangi bir sağlık kurumuna taşıdığımızda, şifa eyleminin yeniden kutsallaştırılmasını önerir. Fakat bu, özellikle seküler ve çoğulcu bir toplumda pratikte ne anlama gelir? Bir sağlık profesyoneli, bu hürmet ve saygı duygusunu nasıl geliştirebilir?

Konuşmamızın bir yerinde hizmet ve fedakârlık bakımından tabipliği, mualimliği ve din hizmetlerini diğerlerinden ayırdık ama bana öyle geliyor ki hiçbir meslek ibadet gibi, huşu ile yapılmadığı müddetçe kıvam düzeye ulaşamaz. Mabnet ve kutsal anlayışı farklı olabilir ama sekülerler için de böyle olduğunu düşünüyorum. Hürmet duygusunu geliştirmenin herhâlde kıymetli bir merhalesi insanın gerçek manada kendisine saygı duyması, kendisine sadık kalmasıdır. Fakat ahlaki kavramların hemen hiçbirisi sadece insanın kendi düzeyiyle sınırlı olarak kemale ermez. Bir üstü olması lazım, bu da insanüstü olana hürmeti ifade eder. Bu da muhtemelen yetmez, eşitlerine ve bir altına da uzanması gerekir bu hürmetin; diğer insanlara, hayvanlara, bitkilere, taşla toprağa. Yunus'un "Yaratılanı hoş gördük Yaratandan ötürü" mısrasını hatırlamanın tam yeridir. Allah'a hürmetle suya hürmet veya Allah'ı sevmekle binbir renkli ve rayihalı çiçeği sevmek arasında ilişki kurmak ve birinden öbürüne intikal etmek bir anlayış ve dikkat, bir zevk istiyor. Hepsi ahlakın içinde ve bunları ancak insan yapabilir.

"Para için yapılan din görevi"ni eleştiren Topçu'ya göre meslek para karşılığı yapılsa bile hizmet aşkı başka bir şeydir. Bu yaklaşım sağlık hizmetlerine nasıl rehberlik edebilir?

Paranın, hizmet karşılığının hiç olmaması değil burada vurgulanan, onların esas ve

tek belirleyici olmamasıdır. İmkânı olan elbette bu hizmetlerin tamamını veya bir kısmını karşılıksız yahut mütevazı bir karşılıkla yapabilir. Veyahut da varlıklı olandan alır fakir fukaradan, kimsesizden almaz. Hepimizin hayatında bunların güzel örnekleriyle karşılaşmış olduğumuz vardır. Meselâ haftanın bir günü, yarım günü bir vakıfta yahut dernekte ücretsiz hasta bakmak yahut ders vermek, yardım etmek gibi. Darülacezeye, huzur evlerine, çocuk yuvalarına, hapishanelere gidip oradaki insanlarla hemhâl olmak, kısmi de olsa dertlerine derman bulmak, hayatlarını kolaylaştırmak, mahalleimizdeki kimsesizlere ulaşmak meselâ. Bunlar yaşadığımız dünyada çok kıymetli ve aslında çok da zor olmayan ahlaki hareketler. Fakat sorunun baş kısmındaki hatırlatmanız doğru; Topçu Hoca din hizmetlerinin ücret karşılığı yapılmasına tamamen karşıdır. Onların geçimlerini başka işler yaparak karşılamalarından yanadır. Yeni kitaplaştırılan Vaaz ve Dua kitabında da bunu tekrar dile getiriyor.

İsyan Pratiği: Karmaşık Bir Sistemde İlkeli Duruş

Topçu'nun İsyan Ahlâkı, belki de en zorlayıcı kavramıdır. Bu bir anarşi değil, daha yüce bir itaate ulaşmak için uysallığa ve insansızlaşmaya karşı bir isyandır. Bugün birçok sağlık profesyoneli kendisini bir makinenin dişlisi gibi hissediyor. Topçu'dan ilham alan bir 'isyan', günümüz hekimi ve diğer sağlık profesyonelleri için neye benzerdi? Hastanın ailesiyle yapılacak zor bir konuşmayı aceleye getirmeyi reddetmek kadar basit veya bir hastanenin ticari politikalarına meydan okumak kadar karmaşık olabilir mi?

Dünya sistemini işleten azmanlaşmış ve kıyıcı bir makinenin dişlisi olmak hissiyatı ve bunun ezilmişliği sadece doktorlara mahsus bir problem değil elbette. Biraz kendi üzerine eğilen, bir miktar sistemin nasıl işlediğine odaklanan herkes bunu fark etmekte gecikmeyecek ve bundan rahatsız olacaktır. Dünya sisteminin, kapitalizmin, para-finans ilişkileri tahakkümünün arkasındaki fikir ve mekanizma tahmin edilenden daha güçlü, dayanıklı, tedbirli ve fonksiyonel. Çözüm de hazır ve kolay değil çünkü nüfuz ve sirayet etmediği yer kaldı mı sorusu cevapsız bir sorudur.



İşin esasını kavramak birinci sırada olmalı. Bunun için de modern-aydınlanma felsefesi, modern bilim ve teknoloji, kapitalizm-kapitalist ahlak hakkında birlikte bir sarahata kavuşmak lazım. Meselenin bütünü hakkında bir sarahata kavuştuktan sonra parça parça çözüm arayışına girilebilir. Tersine doğru değil, bence kesinlikle doğru değil. Dinî veya siyasi, kültürel sebeplerle muhalif fikirlere sahip olanların en önemli problemlerinden biri bütünlükten yoksunluk gibi gözüküyor. Hâlbuki sistem bir bütünlüğe sahip ve sistemi kolaylıkla işleten mantık bir bütünlükten bitmez tükenmez enerji devşiriyor.

İsyan ahlaki fikri bir yapı, bir manzume olarak mutlak itaate ulaşmak, bunun sayesinde insan mertebesine yükselbilmek için kişinin kendi ihtiraslarına, ailenin, toplumun, devletin -şimdi dünya sisteminin de diyelim- bir şekilde fertlere yüklediği, dayattığı hükümlere, kabullere isyan etmeyi, bunun için irade kullanmayı ve hareket etmeyi gündeme taşıyor. Bu isyan kademelerinin her biri o gün için de bugün için de ancak esastan bir bilgilenme, farkındalık ve anlayış seviyesine yükselmekle ve mücadele-mücadele-cihad ruhuyla mümkün olabilir. Topçu Hoca'nın bu kademelerin herbiriyle tek tek ilgilenmesinin sebebi de muhtemelen budur.

Burada köklü bir red süreci var ve bu insanı bir amaç istikametinde -amaçsız

değil- hür kılıyor fakat tabiri caizse bağımsızlaştıktan sonra nelerin, nasıl kabul edileceğini müzakere için öncikilerden farklı yeni bir bilgi, anlayış ve yorum seviyesine, nihayet hükümlere ihtiyaç olacaktır. Her fert, her meslekten insan bunu kendi iktidarı ve kapasitesine göre yapmakla mükelleftir. Bu aynı zamanda ahlaki bir vazifedir ve bir defa yapılmakla bitmez. Çünkü her anlayış ve eylem seviyesi bazı şeyleri çözüp nihayete erdirirken daha fazla yeni şeyin önünü açar. Her cevabın yeni sorulara davetiye çıkarması gibi. İnsanın yücelişi ve yükselişi, ahlakiliğin tekâmülü de bu demek. Bu vazife başka kişilere veya kurumlara havale edilemez.

Kendi döneminde muhafazakâr-milliyetçi-dindar hareketin Amerikan yanlısı, kapitalist yöne kaymasına karşı Topçu'nun yalnız ve sert muhalefetini ve "Kanlı Pazar" hadisesinin eleştirisini yazmıştınız, bu konuşmada da zikrettiniz. Bu, kendi kampına karşı bir isyandı. Bu durum, etik eylem için gereken cesaret hakkında bize ne öğretir? Gerçek isyan, bazen daha yüce bir ilke uğruna kişinin kendi mesleki veya sosyal "kabilesine" karşı durmasını mı gerektirir?

Ahlak açısından böyle olduğunda şüphe yok. Nurettin Hoca'nın okuyucular tarafından en çok tekrarlanan, paylaşılan cümlelerinden biri "Hak bellediğin bir

İsyan ahlaki fikri bir yapı, bir manzume olarak mutlak itaate ulaşmak, bunun sayesinde insan mertebesine yükselbilmek için kişinin kendi ihtiraslarına, ailenin, toplumun, devletin bir şekilde fertlere yüklediği, dayattığı hükümlere, kabullere isyan etmeyi, bunun için irade kullanmayı ve hareket etmeyi gündeme taşıyor. Bu isyan kademelerinin her biri o gün için de bugün için de ancak esastan bir bilgilenme, farkındalık ve anlayış seviyesine yükselmekle ve mücadele-mücadele-cihad ruhuyla mümkün olabilir. Topçu Hoca'nın bu kademelerin herbiriyle tek tek ilgilenmesinin sebebi de muhtemelen budur.

yola yalnız gideceksin!” cümlesidir. Kendisi bütün ömrü boyunca bu ilkeye sadık kalmıştır. Metinleri bu bakımdan açık, net ve sadedir. Tenkitleri de kendi ifadesiyle “hiçbir ithamdan çekinmeyerek” kaleme alınmıştır. Bu metinler kronolojik olarak okunduğu zaman Hoca’nın tavizsiz ve açık, bu sebeple de gerektiğinde sert tutumu ve mücadele tarzı daha bir kolaylıkla görülecektir (Yeni yayınlanan iki ciltlik Tarih Sırasına Göre Bütün Yazıları okuyucuya bu imkânı veriyor). Gerektiğinde kendi çevresine yönelttiği tenkitler açısından Ocak 1971 yayın tarihli “İslâmî Sömüren Siyaset” yazısı da fevkalade önemli ve tavrı almak, ahlaki tutum takınmak bakımından öğreticidir.

Şifacıyı Eğitmek: Tıp Eğitiminin Geleceği

Topçu, Türkiye’nin Maarif Davası’nda, teknik bilginin önüne ruh terbiyesi, vicdanı, ahlaki ve karakteri koyan bir “insan mektebi” çağırısı yapar. “Maarif bir milletin ruhunu tedavi etmelidir.” diyen Topçu’nun ideali “Milletin hastalığına merhem olacak insan yetiştirmek”tir. Tıp fakülteleri ve diğer sağlık bilimleri fakülteleri ise doğası gereği devasa bir teknik ve bilimsel bilgiye odaklanmıştır. Modern tıp eğitiminde Topçu’nun ideallerine yer var mıdır? Eğer varsa, bir “ruhlar sanatkarı” (merhametli, sabırlı, hizmet ve istikamet ehli) yetiştirmeyi amaçlayan, değerler eğitimi mündemiç bir müfredat nasıl olmalıdır?

Türk eğitim sisteminin -Hoca’ya uyarak olmayan sisteminin demek daha doğru- çelimsizliklerinden ve yetersizliklerinden tabipler de herkes gibi üzerlerine düşeni alıyorlar. Hepimiz alıyoruz. Kurucu fikri yani bir eğitim düşüncesi olmayan, bu düşünceye göre teşekkül etmiş kurumlar, yapılar ve üsluplar geliştiremeyen bir eğitim şebekemiz var. 20 milyonu aşkın genç dimağı, bir eğitim ordusunu âdeta yıllarca oyalıyoruz. Fakat bu topraklarda enteresan bir insan unsuru var; tarihin, toprağın, İslâmiyet’in, kültürün biriktirip geliştirdiği bir unsur. Bu vasıfsız sistemden az da olsa kendi gayretleriyle vasıflı insanlar yetişiyor, yetişebiliyor. Türkiye’yi taşıma kapasitesi itibarıyla çok yetersiz olsa da bu ümit verici bir şey.

Nurettin Hoca eğitim düşüncesi ve insan anlayışı meselesini başa alıyor.



20 milyonu aşkın genç dimağı, bir eğitim ordusunu âdeta yıllarca oyalıyoruz. Fakat bu topraklarda enteresan bir insan unsuru var; tarihin, toprağın, İslâmiyet’in, kültürün biriktirip geliştirdiği bir unsur. Bu vasıfsız sistemden az da olsa kendi gayretleriyle vasıflı insanlar yetişiyor, yetişebiliyor. Türkiye’yi taşıma kapasitesi itibarıyla çok yetersiz olsa da bu ümit verici bir şey.

Daha sonra eğitimi kademelere ayırarak ilkökul -şimdi anaokulu da buna katmak lazım- düzeyinde his/kalp terbiyesinin esas alınmasını, bunun için de bilgi yükleme istikametinde akan bir eğitimin tercih edilmemesini düşünüyor. Tabiat ve toprak sevgisi ile tarih ilgisini -herhâlde destansı tarih- doğuracak derslere ağırlık verilmeli diyor. Lise aşamasında akıl terbiyesi öne çıkacaktır. Talebe muhakeme ve mukayeseyi öğrenecek, bunun için de felsefe, mantık, matematik, edebiyat-sanat dersleri ehemmiyet kazanacaktır. Üniversite hissi ve akli gelişmiş insanlara ihtisas eğitimi verecektir. Üniversitenin bir vazifesi de akademik araştırmalar yapmak, aşağıya ve yukarıya doğru bütün eğitim sistemine girdiler vermektir.

Türk eğitim sistemi bunlardan o zaman uzaktı, bugün daha da uzaktır. Derdimi anlatabilmek için Türkçe bile öğretmeye, bunu önemsemeyen bir eğitim sistemi diyorum ben. İdealizm, hizmet ve adanmışlık olmadan yapılamayacak olan öğretmenlik mesleği de maalesef son yıllarda daha da zayıflamıştır. Ayrıca lise seviyesinde de yüksek tahsil seviyesinde de öğretmen yetiştirecek müesseseler kapatılmıştır. Akıl alacak iş değil ama böyle. Buna rağmen az da olsa “ruh sanatkarı” muallimler, üniversite hocaları çıkabiliyor ve hizmet yapabiliyorsa, sistemin içinden sıyrılan öğrencilere sahipsek bunu bu toprakların tabiatına, insan unsuruna ve belki bir miktar da az sayıdaki fedakâr, bilgili, gayretli, mahviyetkâr insanlara borçluyuz. Her halükârda bunların sayısını ve etkinliğini artırmak için çaba sarf etmeliyiz. Bu konuşmada birkaç defa söyledik, öğretmenler, tabipler ve din hizmetlileri daha bir itina ile, daha bir ahlaki donanımla yetiştirilmelidir, onların hem his/kalp terbiyesine hem de akıl terbiyesine, mesleki bilgilerinin genişliğine, derinliğine daha bir dikkat göstermeliyiz. Devletin yapmadığını tek tek kişiler ve hayır kurumları olarak biz elimizden geldiği kadar yapmakla mükellefiz. Yoksa Türkiye kendisini taşımakta zorlanıyor, bu gidişle daha fazla ve her bakımdan zorlanacak.

Topçu, teknoloji takıntılı bir dünyanın “ahlaksız ilerlemesini” eleştirmişti. Bugün, teşhiste yapay zekâ ve robotik cerrahi ile teknoloji, tıbbı her zamankinden daha fazla entegre olmuş durumda. Topçu bize hangi uyarılarda bulunurdu? Teknolojinin, şifacıyı hastadan daha da uzaklaştıran bir güç hâline gelmek yerine, merhametli bir şifacının elinde bir araç olarak kalmasını nasıl sağlayabiliriz?

Türkiye ve İslâm dünyası modern bilim ve teknoloji meselelerini doğru ve ağırlığında anlamayı gerçekleştirmedi. Hâlâ hakimiyetini sürdüren kolaycı ve pratik medeniyet-kültür ayrımı bu meselelerde derin donanımın ve anlayışın önünü tıkadı, tikiyor. Topçu Hoca 20. yüzyıl Türk düşüncesi tarihinde bu meseleye ciddiyetle eğilen iki-üç kişiden biridir; onun yanına Mehmet İzzet ve İsmet Özel’i koyabiliriz. Hakim ve mütehakkim bilgiler, fikirler medeniyet-kültür ayrımının doğruluğu, hatta normalliği üzerine kurulduğu için bu istisnai zevatın ne

dedikleri de pek anlaşılamadı, hatta teknoloji düşmanlığı ile yaftalanarak basite indirgendi, atlandı. Muhafazakâr, milliyetçi ve mütedeyyin kesimlerin bu ayrıma en çok bel bağlayanlar olduklarını unutmamak lazım. Latife yapmak caizse hem dini hem de dünyayı kurtaracakları için böyle yaptılar diyelim. Sanayileşme ve kalkınma, "her mahalleye bir milyoner", fabrika bacalarıyla minarelerin birlikte göğe doğru yükselmesi edebiyatları bu çevreler içinde yer buldu, gelişti, hâlâ buluyor, gelişiyor.

Burada üst ve bütünlüklü bir fikir, akıl yürütme yok; sadece pratik ve pragmatik bir yol bulma var. Uzun bir bahis bu fakat iki husus önemli; biri teknoloji düz bir mantıkla alet kullanma veya alet kullanmayı geliştirme, kolaylaştırma olarak anlaşılamaz; modern bilimle, hümanist felsefe ile, nihayet kapitalizmle sıkı sıkıya irtibatlı "yoldan çıkmış" tahripkâr bir alandan bahsediyoruz. Dolayısıyla tabiri caizse teknolojinin bir dini ve imanı, bir felsefesi var, dolayısıyla herkesin istediği gibi kullanabileceği bir şey kesinlikle değildir. Bunun üzerinde okumak ve düşünmek lazım. Yaşadığımız tecrübelerle, en son Gazze ve etrafındaki acı ve yıkıcı tecrübelerle bu meselenin bugün daha iyi anlaşılması beklenir. Hâlbuki hıncımız bileniyor, savaş teknolojisine olan kuvvetli meylimiz azmanlaşıyor. Bu hiç de sıhhat işareti değil. "Düşmanın silahıyla silahlanmak" ifadesi de burada yanlış ve eksik kullanılıyor; "düşmana benzemek"e dönüşüyor.

Mesela deniyor ki Almanya'da üretilen tıp aletlerini Türkiye Almanya'dan daha fazla kullanıyor. En yenilerini de biz kullanıyormuşuz. İlaç sanayiinde de öyle imiş. Bu teknoloji kullanmak mı yoksa onun tarafından hem kafa hem el hem de olmayan sermaye olarak kullanılmak mı? Hatta bu tedavi mi yoksa hem sıhhi hem kültürel hem iktisadi hastalıkları artırmak mı? Tabipler giderek daha fazla hastaya, hastanın yüzüne, eline, ayağına, nabzına, hararetine, terine, kokusuna bakmıyor; sadece tahlil kağıtlarına, dijital çekimlere bakıyor ve konuşuyor, reçete yazıyor diyorlar. Toplamda iki aya yakın bir süre hastahanelerde yatmış bir insan olarak ben de görüyorum ve hayretle şahit oluyorum. Burada insani olan, ruhsal olan, yakın temas, empati gibi alanlar geliştirilebilir mi? Tıp etiği nasıl okutulacak? Doktorlar bunun üzerinde düşünüyorlardı. Araba sanayiinde de öyle değil mi? Fukara ve borca batmış

memleketin sokaklarına bakıyorsunuz kazanılmamış, hak edilmemiş lüks ve yabancı arabalarla ağzına kadar dolu. Benzini ve elektriği dâhil neredeyse hiçbir şeyi "bizim" değil. Bu teknolojiyi kullanmak mı yoksa teknoloji karşısında pasif, iradesiz yani ahlak dışı bir konumda kalmaya bile isteye yahut körü körüne razı olmak mı?

Bir şeye yeniden başlamaya azmetmek lazım. Ben bulunduğum yer itibarıyla işin esasını bilmeyi, anlamayı, kavramayı, yorumlamayı öne çıkarıyorum. Buradaki sıra da önemli. Doktor yerinde kullandığımız hekim de aynı zamanda hikmet sahibi, bilge, filozof ve hüküm veren demek.

Kapanış Değerlendirmesi: "Yarınki Türkiye" için Miras

Topçu'nun Yarınki Türkiye kitabı, geleceği inşa edecek olanları "ruh cephesinin maden işçileri" olarak tanımlar; yani fedakâr, sabırlı ve adanmış bireyler. Günümüzün genç sağlık profesyonelleri millete yalnızca 'bilgi veren, reçete düzenleyen, girişim yapan' değil, 'gönül eğiten' bu idealin potansiyel mirasçıları olarak görmek isterdi muhtemelen. Nurettin Topçu'nun bugünün ve geleceğin Türk hekimlerine, hemşirelerine, eczacılarına ve diğer sağlık profesyonellerine umut veya uyarı mesajı ne olurdu?

Bu soruyu muallimler, ilim, fikir ve sanat adamları için cevaplamak benim için bir miktar daha kolay olurdu. Doğrudan ve sadece tabipler için zor. Onun için lafı eğiip bükmeden, Yarınki Türkiye'nin, 1960 Darbesi'nin hemen akabinde yazılan ön sözündeki o etkileyici ve bence ciddiyetle eğilenler için anlaşılabilir ve peşinden gidilebilir cümleleri aktararak bitirelim:

"Yarınki Türkiye'nin kurucuları, yaşama zevkini bırakıp yaşatma aşkına gönül verecek, sabırlı ve azimli, lakin gösterişsiz ve nümayişsiz çalışan, ruh cephesinin maden işçileri olacaklardır. Bu ruh amelesinin ilk ve esaslı işi, insan yetiştirmektir. Hünerleri hep fedakârlık olan bu hizmet ehli gençler, hizmetlerinin mükâfatını da hizmet ettikleri insanlardan beklemeyecekler, sonsuzluğa sundukları eserin sesinin akislerini yine sonsuzluktan dinleyeceklerdir. Tarihte

Ispartalı Leonidas, Hintli Gandhi ve Havarî Sen Pol, herbiri bir içtimai sınıfın mümessili olarak büyük fedakârlık örneği verdiler. Yarınki Türkiye'nin kurucuları, millet ve cemaat uğrunda fedakârlıklar kabullenenlerin artık bulunmadığı cemiyetimizde, muhtelif simada insanları şahıslarında birleştireceklerdir. Onlarda Yunus Yavuz'la birleşecek; Sinan Âkif'e uzanacak; Ebu Hanife Hüseyin Avni'yi tebrik edecektir. Ve onların eseri olan Yarınki Türkiye, şu temellerin üstünde kurulacak: Anadolu'nun toprağından kaynayan bir kan, cemaat için harcanan emek, bin yıllık bir tarih, otoriteli bir devlet ve ebedî olduğuna inanmış bir ruh...".

Sayın Hocam, Merhum Üstat Nurettin Topçu'nun düşünce dünyasının yalnızca felsefeye değil, insanı merkeze alan tüm meslek alanlarına; özellikle de sağlık mesleklerine yönelik güçlü bir ahlaki çağrı taşıdığı yönündeki tespitleriniz Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi okuyucularına çok önemli katkı sağlayacaktır. Topçu'nun 'isyan', 'mesuliyet' ve 'hizmet' merkezli yaklaşımının; hekim, hemşire, eczacı ve tüm sağlık profesyonelleri açısından mesleği yalnızca teknik bilgi ve beceri zeminiyle değil; aynı zamanda vicdan, karakter ve insani derinlik boyutuyla düşünmeye davet eden bir imkân sunmakta olup, bu durum söyleşinizde veciz ve bütüncül bir biçimde ortaya konulmuştur. Bu söyleşi vesilesiyle, Nurettin Topçu'nun fikirlerinin tıp ve sağlık alanına teması bağlamında yeni bir düşünsel zemin açılmış; yalnızca düşünce dünyamıza değil, aynı zamanda meslek ahlaki eksenindeki tartışmalara da derinlikli ve anlamlı bir katkı sunulmuştur. Sağlık hizmetinin asli değerlerine yönelen bu tür fikri arayışların, alanda görev yapan tüm sağlık mensupları için ilham verici olacağına inanıyoruz. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi adına kıymetli vaktinizi ayırdığınız ve derinlikli değerlendirmelerinizi bizlerle paylaştığınız için en içten teşekkürlerimizi sunar; bu mülahazaların okuyucularımıza yeni düşünme imkânları kazandırmasını temenni ederiz.

Toplumda sağlık algısı: geleneksel değerlerden küresel etkileşime

Zahide Şenalp



Yirmi yıla yakın süredir sağlık ve kamu yönetimi alanında edindiği deneyimle, T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde proje yönetimi, kalite ve kurumsal iletişim gibi birçok alanda aktif roller üstlendi. Uluslararası projelerin dijital altyapılarının kurulmasında görev aldı, sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliği gibi alanlarda sürdürülebilir uygulamalara liderlik etti. Hâlen Ankara Medipol Üniversitesi Teknoloji Transfer Ofisi Direktörü olarak inovasyon, girişimcilik ve uluslararası iş birlikleri alanlarında çalışmalarını sürdürmektedir.

Sağlık sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil; aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hâlidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün bu bütüncül sağlık tanımı, sağlığın sadece tıbbi teşhis ve tedavi süreçlerinden ibaret olmadığını; sosyal çevre, kültürel yapılar, ekonomik koşullar ve bireysel yaşam pratikleriyle de doğrudan ilişkili olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Dolayısıyla sağlık çok boyutlu ve dinamik bir olgudur. Bu bağlamda, bir toplumun sağlık ve tıbbı ilişkin inançları, değer yargıları ve geleneksel bilgileri, bireylerin hastalıkları algılama biçimlerini, sağlıkla ilgili karar alma süreçlerini ve tedaviye yaklaşımlarını derinden etkilemektedir. Bununla birlikte bireylerin sağlık olanaklarından nasıl yararlandıkları, hangi sağlık hizmetlerine daha çok güvendikleri ve sağlıklı yaşam için hangi davranışları ne ölçüde benimsedikleri de toplumsal varsayımlarla şekillenmektedir. Ancak bu süreç sadece dış etkilerle değil; bireyin kendi bilgi birikimi, deneyimleri, eğitim düzeyi ve kişisel sağlık deneyimleri ile de şekillenmektedir. Böylece sağlık algısı hem bireysel hem de toplumsal faktörlerin kesişimiyle şekillenen, sürekli gelişen ve değişen bir yapıya dönüşüyor.

Bu bağlamda, bireyin sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme ve uygulayabilme becerisini anlatan sağlık okuryazarlığı,

sağlık algısını kuran en temel faktörlerden biridir. Sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasında doğrudan pozitif bir ilişki vardır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireyler, edindikleri sağlık bilgilerini günlük yaşamlarına daha etkin bir şekilde entegre edebilmekte; böylece hem sağlıklarını koruma hem de sağlık hizmetlerinden daha akılcı bir şekilde yararlanma becerileri gelişmektedir. Ancak birey düzeyindeki bu yetkinliğin gelişmesi bireyin eğitiminin yanı sıra sağlık sisteminin şeffaflığı, bilgiye erişim kolaylığı ve sağlık iletişiminin kalitesi ile de doğrudan ilişkilidir.

Özellikle Türkiye gibi geleneksel ve modern değerlerin iç içe geçtiği toplumlarda, bireylerin sağlık konularına yaklaşımı sadece bilimsel ve rasyonel bilgiye dayanmamakta, aynı zamanda köklü bir kültürel miras, dinî inanç sistemleri ve güçlü sosyal normlar tarafından şekillendirilmektedir. Bu tür toplumlarda sağlık fiziksel bir iyilik hâli olmakla birlikte ruhsal, manevi ve sosyal boyutları olan çok katmanlı bir denge hâli olarak değerlendirilmektedir.

Geleneksel yaşam tarzının sürdürüldüğü kırsal bölgelerde ya da daha yaşlı nesiller arasında sağlıkla ilgili kararlar genellikle bilimsel verilerden ziyade aile büyüklerinin bilgi ve deneyimlerine, kuşaklar boyunca aktarılan pratiklere ve toplumda kabul gören kültürel ritüellere

dayanmaktadır. Buna karşılık modern tıp, bilimsel yöntemler, deneysel veriler ve teknolojik ilerlemeler doğrultusunda şekillenmiş; hastalıkları biyolojik temelde açıklayan, ölçülebilir ve standartlaştırılmış yaklaşımlar sunan bir sistemdir. Tanı ve tedavi süreçlerinde kanıta dayalı uygulamaları ve uluslararası standartları esas alır. Ancak özellikle geleneksel kültürel değerlerle modern tıbbi uygulamaların iç içe geçtiği, her iki sistemin de günlük yaşamda eş zamanlı olarak sürdürüldüğü toplumlarda – Türkiye buna iyi bir örnektir – bireyler hem modern sağlık hizmetlerine başvurmakta hem de geleneksel inanç ve uygulamalara bağlı kalmaktadır. Bu nedenle sağlık politikalarının ve hizmetlerinin etkinliği, yalnızca teknik ve bilimsel altyapıyla değil; aynı zamanda toplumun kültürel dokusuna, değer sistemine ve inanç yapılarına duyarlı bütüncül yaklaşımlarla artırılabilir.

Modern tıbbın bireyi bir organizma olarak ele alan ve hastalıkları mekanik bozukluklar üzerinden tanımlayan yaklaşımı, bazı bireylerde kendilerini bir bütün olarak değil, yalnızca 'hastalık taşıyan bir beden' gibi görmelerine yol açan bir yabancılaşmaya neden olabiliyor.

Bu durum hastaların kendi kimliklerine, değerlerine ve beklentilerine daha uygun tedaviler aramasına yol açmakta; sonuç olarak geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelim artmaktadır.

Bu durum, modern tıbbın sınırlı etkileri nedeniyle bireylerin kronik ağrı, stres, uykusuzluk ve genel yaşam kalitesi gibi sorunlar için alternatif yöntemlere yönelmesinin bir yansımasıdır.

Bu bağlamda geleneksel tıp uygulamaları ile modern tıbbın entegrasyonu sadece iki bilgi sisteminin bütünleşmesi değil; aynı zamanda bireylerin kültürel, manevi ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik bir adımdır. Literatürde de belirtildiği üzere şifalı bitkiler, doğal kaynaklar ve çeşitli inanç temelli tedavi yöntemleri toplumların kültürel hafızasında önemli bir yere sahiptir ve bu durum toplumlar arasında farklı sağlık algılarının oluşmasına neden olmaktadır. Sağlık sistemlerinin bu çeşitliliğe duyarlı olması hem tedavi süreçlerinin başarısını artırmakta hem de bireyin sisteme olan güvenini pekiştirmektedir.

Kültürel değerlerin sağlık hizmetleriyle uyumlaştırılması, bireysel düzeyde memnuniyetin sağlanmasıyla birlikte toplum genelinde sağlığa eşitliğin tesis edilmesinde de kritik bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda kültürlerarası iletişim, sağlık hizmetlerinin etkinliğini belirleyen temel faktörlerden biri hâline gelmiştir. Farklı kültürel geçmişlerden gelen bireylerle iyi iletişim kurabilen sağlık çalışanları, yalnız tıbbi tedavi sürecini kolaylaştırmakla kalmıyor, hasta güvenliğini artırarak daha işbirlikçi bir sağlık hizmeti de sunuyor. Sağlık çalışanlarının hastaların değer yargılarını, yaşam tarzlarını, sağlıkla ilgili algılarını ve iletişim biçimlerini anlamaya yönelik empatik ve bütüncül yaklaşımları, hasta ile kurulan ilişkinin kalitesini doğrudan etkilemektedir. Nitekim bazı toplumlarda hastalıklar ruhsal dengesizlik, geleneksel inançlar ya da doğaüstü faktörler gibi manevi nedenlere bağlanırken, diğer toplumlarda hastalıklar yalnızca biyolojik ve bilimsel temellere dayandırılarak açıklanmaktadır. Bu tür kültürel farklılıklar, bireylerin hastalık algısını, sağlık arama biçimlerini, tedaviye katılım düzeylerini ve tedaviye verdikleri yanıtları önemli ölçüde şekillendirebilir.

Bu nedenle, kültürel çeşitliliği tanıyan, anlayan ve buna göre hizmet sunan bir sağlık sistemi hem bireysel hem de toplumsal düzeyde daha adil ve eşitlikçi, aynı zamanda etkili ve sürdürülebilir sağlık sonuçlarına ulaşılmasını mümkün kılar. Literatürde de ifade edildiği üzere Türkiye’de kültürel duyarlılık, özellikle hemşirelik ve ebeler hizmetlerinde giderek

artan bir önem kazanmaktadır. Sağlık merkezlerinde görev yapan bu profesyonellerin, hizmet sundukları bireylerin kültürel değerlerini, alışkanlıklarını ve sağlıkla ilgili tutumlarını tanıma ve anlama düzeyleri hem bireysel bakım süreçlerinin niteliğini hem de toplum genelindeki sağlık sonuçlarını doğrudan etkilemektedir. Bu durum, kültürel farklılıkların yalnızca bireyler arası çeşitlilik olarak değil, sağlık hizmetlerinin sunumunda dikkate alınması gereken temel bir unsur olarak ele alındığını göstermektedir. Özellikle hemşirelik ve ebeler gibi doğrudan hasta teması içeren mesleklerde, kültürel duyarlılığın bakım süreçlerine yansımaları, hasta ile kurulan iletişimden tedaviye uyuma kadar pek çok aşamayı etkileyen bir faktör olarak öne çıkmaktadır.

Geleceğe dair bir perspektif geliştirildiğinde, sağlık algısının bireysel ve toplumsal düzeyde daha sağlam temellere oturabilmesi için bazı temel kavramsal dönüşümlerin kaçınılmaz olduğu görülmektedir.

Bu dönüşümün önemli bir boyutu da geleneksel değerlerin sağlık sisteminden dışlanmadan bilimsel ölçütlerle birlikte ele alınmasıdır. Geleneksel uygulamaların göz ardı edilmeden rasyonel bilgi ile değerlendirilmesi, bireylerin sağlık sistemine olan güvenliğini artırmakta ve kültürel sürekliliğin korunmasına katkı sağlamaktadır. Öte yandan kültürel yeterlilik ve duyarlılık kavramlarının sadece bireysel profesyonel tutumlar çerçevesinde değil; kurumsal yapılar ve sağlık politikaları düzeyinde de sistematik olarak benimsenmesi, sağlık hizmetlerinin çok kültürlü toplum yapısına uyumu açısından kritik önem taşımaktadır. Bu yaklaşım hem sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını artırmakta hem de toplumsal düzeyde aidiyet, temsiliyet ve adalet duygularını pekiştirmektedir.

Sonuç olarak, toplumdaki sağlık algısı bireylerin sadece bilgi düzeyleriyle değil; değer yargıları, toplumsal rolleri, geleneksel birikimleri ve kültürel hafızalarıyla da şekillenen çok katmanlı ve dinamik bir yapıya sahiptir. Bu yapı geçmişten gelen deneyimsel birikimle birlikte günümüzün ihtiyaçlarını ve geleceğe yönelik beklentileri de yansıtmaktadır. Türkiye’nin sağlık sisteminde son yıllarda yaşanan dönüşüm, bu perspektiften bakıldığında hem önemli fırsatlar hem de dikkatle yönetilmesi gereken riskler taşımaktadır.

Türkiye gibi geleneksel ve modern değerlerin iç içe geçtiği toplumlarda, bireylerin sağlık konularına yaklaşımı sadece bilimsel ve rasyonel bilgiye dayanmamakta, aynı zamanda köklü bir kültürel miras, dinî inanç sistemleri ve güçlü sosyal normlar tarafından şekillendirilmektedir. Bu tür toplumlarda sağlık fiziksel bir iyilik hâli olmakla birlikte ruhsal, manevi ve sosyal boyutları olan çok katmanlı bir denge hâli olarak değerlendirilmektedir.

Hizmet sunum modellerinin ve sağlık politikalarının şekillendirilmesinde teknik yeterliliklerin yanı sıra kültürel duyarlılık ve toplumsal bağlamı dikkate alan bir vizyonun da rol oynaması gerekmektedir. Dönüşüm sürecinin daha adil, kapsayıcı ve toplumsal çeşitliliğe duyarlı bir yapıya evrilmesi ise, yapısal reformların yanında sağlık sistemini oluşturan tüm paydaşların kültürel farkındalık temelinde ortak bir anlayış geliştirmesiyle mümkün olacaktır.

Kaynaklar

Altun Baksı A, Sürücü HA, Kurt G. Hemşirelerin bireysel yenilikçilik davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Acıbadem Univ Sağlık Bilim Derg.* 2020;2-3.

Biçer İ, Yalçın Balçık P. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp: Türkiye ve seçilen ülkelerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg.* 2019;3.

İlhan N, Akhan LU. Kültürel özelliklerin sağlık üzerine etkileri. *Int Congress of Human and Social Sciences Research.* 2020;9.

Kerkez N, Şahin T. Sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı ilişkisinin incelenmesi üzerine bir araştırma. *Balıkesir Sağlık Bilim Derg.* 2022;2-5.

Kurdaş MÇ. Sağlıkta değişen paradigma, karşıt-likan işbirliğine modern tıp – geleneksel tıp ilişkisi. *Sosyolojik Düşün.* 2024;3,14,18-19.

Turancı E, Eşiyok E. Sağlık ve kültür ilişkisi bağlamında popüler sağlık dergilerinde sağlığın sunumu. *İletişim Kuram ve Araştırma Derg.* 2021;7.

Yılmaz M, Yeni C, Avcı E, Uluk N. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire/ebelerin kültürel duyarlılık ve kültürel beceri düzeylerinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Univ Hemş Fak Elektronik Derg.* 2019;2-7.

Neden sağlık okuryazarlığı? Önemi, güncel durum ve öneriler

Dr. Şura Kaya



İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesinden mezun oldu. Lisans mezuniyeti sonrası cerrahi servis hemşiresi ve evde bakım hemşiresi olarak çalıştı. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalında doktora eğitimini tamamlayan Kaya, İstanbul Medipol Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır. Fiziksel aktivite davranışı ve belirleyicileri ile kanserden sağ kalımda yaşam kalitesi alanlarında akademik çalışmalarını sürdürmektedir.

Dr. Ömer Ataç



İstanbul Atatürk Fen Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olduktan sonra doktora derecesini İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden Halk Sağlığı alanında aldı. 2012-2015 yılları arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görev yaptı. 2016 yılından itibaren İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında çalışmaktadır. 2022-2024 yılları arasında Kentucky Üniversitesinde doktora sonrası araştırmacı olarak bulundu. Kanıta dayalı tıp, birinci basamak sağlık hizmetleri, diyabet epidemiyolojisi, aşı tereddüdü ve akılcı ilaç kullanımı üzerine çalışmaları yayınlanmıştır.

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığı ve sağlık hizmetleriyle ilgili kararlar alırken sağlık bilgilerine erişme, bunları anlama ve etkili bir şekilde kullanma becerisini belirleyen bilişsel ve sosyal becerileridir (2). Günümüzde sağlık okuryazarlığı, 1) sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemlerine ilişkin bilgiler, 2) bu bilgilerin işlenmesi ve kullanılması aracılığıyla kişinin kendi kendini yönetebilmesi, 3) sağlık profesyonelleriyle ortak bir şekilde kişinin kendi sağlığını sürdürülebilir becerisi olarak üç ana unsurdan oluşmaktadır (3). Yıllar içinde sağlık okuryazarlığı sorumluluğunun kapsamı genişletilerek sadece bireysel seviyede değil, toplum katılımı ve sağlık politikalarına etki edebilme boyutu da dâhil edilmiştir (4). Bilgiye erişimin yanı sıra bu bilginin yorumlanması ve eleştirel bir bakış açısıyla kullanılması vurgulanmaktadır. Üstelik sadece bireyleri değil, sağlık hizmeti sunan kurumları içerecek şekilde geliştirilerek "kurumsal sağlık okuryazarlığı" alt kavramı ortaya çıkmıştır.

Sağlık okuryazarlığı, eşitsizlikleri azaltmada stratejik bir araçtır ve toplum sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Toplumda sağlık okuryazarlığı geliştirildikçe bireyler, kendi sağlıklarını koruma ve iyileştirme sürecinde daha aktif rol alırlar. Bu bireysel farkındalık, topluluk düzeyinde örgütlenmeyi teşvik eder; böylece toplum katılımı meydana gelir. Oluşan bu bilinç ve sağlık sorumluluğu, devletleri ve sağlık hizmeti sunucularını toplumun tüm kesimlerine nitelikli ve hakkaniyetli bir hizmet sunma konusunda daha sorumlu hâle getirir. Özellikle en dezavantajlı grupların sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarını karşılamak, sadece sağlık alanındaki değil, genel toplumsal eşitsizliklerin azaltılmasında da ilerlemeyi hızlandırabilir.

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın güçlendirilmesinin itici bir gücüdür. Güçlendirme, bireylerin bilinçli sağlık kararları verebilmeleri ve refahlarının kontrolünü ellerine almaları için bilgi, beceri ve güvenle donatılmasını içerir. Sağlık okuryazarlığı yalnızca bireyleri bilgilendirmekle kalmayıp aynı zamanda

kişisel sağlık yönetimi için gerekli olan öz yeterlilik duygusunu ve eleştirel düşünme becerilerini geliştiren bir eğitim aracı olarak hizmet etmektedir (5). Daha yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip bireyler sağlık bilgilerini etkili bir şekilde uygulama konusunda daha yeteneklidir (6). Bu ilişki, sağlık okuryazarlığının bir sosyal adalet meselesi olarak görülmesi ve sağlık bilgilerinin erişilebilirliği ve anlaşılabilirliği açısından hassas grupların güçlendirilmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir (7).

Sağlık Okuryazarlığının Belirleyicileri

Sağlık okuryazarlığının belirleyicilerinin anlaşılması, etkili halk sağlığı stratejileri ve müdahaleleri geliştirmek için gereklidir. Bu belirleyiciler arasında finansal yoksunluk, düşük sağlık okuryazarlığının en güçlü belirleyicisidir; bunu sosyal statü, eğitim, yaş ve cinsiyet takip etmektedir (1). Sosyoekonomik durumu düşük bireylerin sağlık bilgilerine erişimde karşılaştığı engeller sağlık okuryazarlığı düzeylerini olumsuz etkilemektedir.



Benzer şekilde eğitim düzeyi düşüklüğü de düşük sağlık okuryazarlığıyla ilişkilidir (8, 9). Bunun yanı sıra yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlılar genellikle gençlere kıyasla daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahiptir. Bu durum, hastalık yükü ve ölüm hızlarının gençlere kıyasla daha yüksek olduğu yaşlı nüfus için önemli bir dezavantaja neden olmaktadır. Yaşlılarda düşük sağlık okuryazarlığının nedenleri arasında bilişsel gerileme ve güncel sağlık bilgilerinin karmaşıklığı sayılabilir (10). Bireylerin sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel algıları da sağlık okuryazarlığı düzeylerini doğrudan etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığının kültürel bileşeni, insanların sağlık algılarını, bilgilere eriştikleri kaynakları ve sağlıklı ilgili kararlarını etkilediği için oldukça önemlidir (11). Bu sebeple ulusal politikalarda sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin farklı nüfus gruplarının kültürel bağlamlarına uyarlanması gerekir (12). Sağlık hizmeti sunucularının kültürel yeterliliği, sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar arasındaki sağlık iletişimini de güçlendirerek bireylerin sağlık sistemlerini etkili kullanmalarını sağlar.

Türkiye’de Güncel Durum ve Öncelikli Alanlar

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması’na göre, Avrupa ülkelerinde yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi en yüksek olan ülkeler Hollanda (%71,4), İrlanda (%60) ve Polonya (%55,4) şeklinde sıralanmaktadır. Yine aynı çalışmaya katılan 8 ülkeden 3’ünde yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi yüzde 50’nin altındadır (1). Ülkemizde

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması’na göre, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi 2017 yılında yüzde 31,1 iken, 2023 yılında ise yüzde 46,1 bulunmuştur. Beş yılda yüzde 15’lik artışa rağmen ülkemizde hâlen yaklaşık iki kişiden birinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması dikkat çekicidir. En sık sağlık arama davranışları sırasıyla “bir sağlık kuruluşuna başvurma” (%77,1), “bitkisel ürünler kullanma” (%35,7) ve “internet arama motorları ve sosyal medyaya başvurma” (%35,5) olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, sağlık hizmeti kullanım özellikleri değerlendirildiğinde, herhangi bir sağlık hizmeti almak amacıyla ilk başvurulmuş sağlık kuruluşu sırasıyla “devlet hastanesi” (%41,0), “aile sağlığı merkezleri” (%40,6) ve “özel hastaneler” (%6,4) olmuştur (13).

Bu sağlık arama davranışları, toplumda yaygın olan sağlık sorunları ve bu sorunlara karşı geliştirilmesi gereken bireysel sağlık yönetimi becerileriyle doğrudan ilişkilidir. Ülkemizde en sık görülen morbidite ve mortalite nedenleri incelendiğinde, bulaşıcı olmayan hastalıklar başı çekmektedir. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na (2023) göre ise erişkinlerde en sık ölüm nedenleri sırasıyla dolaşım sistemi hastalıkları (%33), malign neoplazmlar (%15), solunum sistemi hastalıkları (%13) iken en sık görülen hastalıklar arasında hipertansiyon (%16,1) ve diyabet (%11,4) ilk sıralarda yer almaktadır (14). Bu hastalıkların tedavisinde yalnızca medikal tedavi yeterli değildir; yaşam tarzı değişiklikleri, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite gibi sağlıklı davranışlarının benimsenmesi,

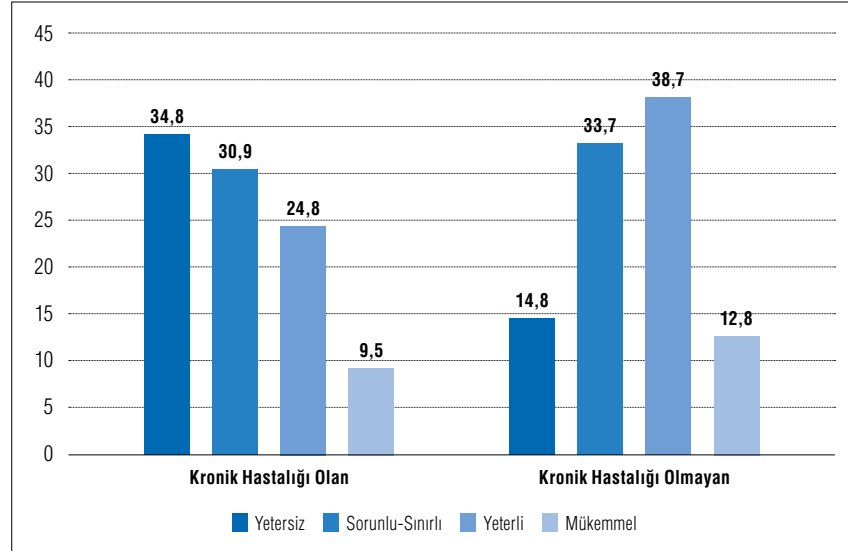
Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması’na göre, Avrupa ülkelerinde yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi en yüksek olan ülkeler Hollanda (%71,4), İrlanda (%60) ve Polonya (%55,4) şeklinde sıralanmaktadır. Yine aynı çalışmaya katılan 8 ülkeden 3’ünde yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi yüzde 50’nin altındadır (1). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması’na göre, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi 2017 yılında yüzde 31,1 iken, 2023 yılında ise yüzde 46,1 bulunmuştur.

çoklu ilaç tedavisine uyum ve düzenli sağlık takibi gibi davranışsal stratejiler de gereklidir. Bunun bir sonucu olarak Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması'na göre kronik hastalığa sahip olma durumuna göre sağlık okuryazarlık düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 1). Bu noktada, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri doğru anlayabilmesi, sağlık profesyonellerinin talimatlarını uygulayabilmesi, tedavi süreçlerindeki olası yan etkileri fark edebilmesi için sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilmesi gereklidir. Yeterli sağlık okuryazarlığı becerisi, bireylerin kendi kendine bakım davranışlarını etkin şekilde sürdürmesini ve kronik hastalık yönetiminde aktif rol almasını sağlar.

Bunun yanı sıra düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahip bireylerin koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini kullanmaktan kaçınma, tedavi takibini aksatma ve yan etkileriyle ilgili sorunlar yaşama ve kronik hastalık yönetimi konusunda yetersiz anlayışa sahip olma gibi davranışlar acil servislere ve hastanelere başvurma olasılıklarını artırır. Kişi başı hekime müracaat sayısı ülkemizde (11,4) OECD ülkelerine (6,4) oranla oldukça fazladır (14). Aynı yılda hekime müracaatların yüzde 57'si ikinci ve üçüncü basamağa, yüzde 43'ü ise birinci basamağa olmuştur. Bu oran ülkemizde tedavi edici sağlık hizmetlerinin koruyucu hizmetlerden daha yüksek oranda kullanıma işaret etmektedir. Bu noktada sağlık sistemine yansıyan bu yükün azaltılmasında ve birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanımında bireylerin kendi hastalıklarını yönetme ve gelişmiş sağlık davranışına sahip olma becerileri büyük önem taşır. Yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip hastalar, gelişmiş öz bakım becerileri sergileyerek, düzenli sağlık kontrollerinin takibiyle ve sağlık kaynaklarını daha etkin kullanarak sağlık sorunlarının erken tespitinde sorumluluk alırlar (15). Yaygın sağlık okuryazarlığı politikalarıyla toplumun koruyucu hizmetlere talebi arttırılabilir. Çünkü sağlık okuryazarlığı, bireydeki öz yönetim davranışlarını teşvik ederek tedavi süreçlerini takip etmeye ve hastalık durumunu yönetmeye yardımcı olur.

Güven, İletişim ve Bilgiye Erişim

Gelişmiş bir sağlık okuryazarlığı düzeyi, hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki



Şekil 1. Kronik hastalığa sahip olma durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri dağılımı (13)

iletişimi güçlendirerek bireylerin sağlık sisteminde daha etkin rol almasını sağlar. Yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sağlık profesyonelleriyle açık ve anlaşılır bir iletişim kurabilir; yan etkiler, beklenen faydalar gibi tedaviyle ilgili kritik konularda doğrudan ve güvenilir bilgiler edinerek daha bilinçli kararlar alabilir.

Sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik müdahaleler, yalnızca bireysel bilgi düzeyini artırmakla sınırlı kalmamalı; aynı zamanda sağlık hizmeti sunanların iletişim tarzları ve toplumun farklı okuryazarlık seviyelerine uygun eğitim stratejilerini de kapsamalıdır. Özellikle yüksek riskli gruplara uyarlanmış iletişim yöntemleri, daha iyi sağlık sonuçlarına katkı sağlayabilir (16). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığına etkisini güncel bir sorun olan aşı tereddüdü üzerinden ele aldığımızda, bireylerin anlamadıklarını rahatlıkla sorabildiği ve kaygılarını açıkça ifade edebildiği bir ortam, aşının gerekliliğinin ve güvenliliğinin daha iyi kavranmasını sağlayarak güven duygusunu artırır. Sağlık profesyonellerine duyulan güvenin artması, kamu kurumlarına olan itimadı da güçlendirerek aşı tereddüdünü ve reddini azaltır (17). Araştırmalar, yüksek sağlık okuryazarlığının genellikle aşıya karşı daha olumlu tutum ve düşük aşı tereddütüyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Ancak bu ilişkinin topluluk grupları ve aşı türleri arasında değişiklik gösterdiği dikkat çekicidir (18, 19).

Diğer yandan, günümüzde bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri giderek daha fazla dijital mecralardan edindikleri göz önünde bulundurulduğunda,

e-Sağlık okuryazarlığı kavramı önem kazanmaktadır. E-Sağlık okuryazarlığı, bireylerin elektronik kaynaklardan elde ettikleri sağlık bilgilerini değerlendirme, doğru olanı ayırt etme ve bu bilgileri kendi sağlık sorunlarını yönetmede etkin biçimde kullanma yeteneğini ifade eder (20). Düşük e-Sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip bireyler, güvenilir e-Sağlık bilgilerine erişmekte zorluk yaşarlar (21). İnternetin yaygın kullanımıyla birlikte, ülkemizde e-Nabız ve MHRS gibi dijital sağlık platformlarının kullanımı, bireyin sağlık kararlarına doğrudan etki eder. 2022 yılında toplam nüfusun e-Nabız kullanım oranı yüzde 80,0'dir. Kronik hastalık yükünün en yüksek görüldüğü 65-85 yaş arası nüfusta kullanım oranı yüzde 54, teknoloji kullanımı sınırlı olan 90+ yaş nüfusun kullanım oranı yüzde 33'tür (22). Bu sebeple, dijital sağlık platformları, güvenilir bilgiye erişim ve infodeminin önlenmesinde sağlık okuryazarlığı müdahaleleri için önemli bir araçtır (23).

Sonuç ve Öneriler

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemesi, sağlık sisteminden doğru zamanda ve doğru şekilde faydalanması ve toplum sağlığının genel olarak iyileştirilmesi için vazgeçilmez bir araçtır. Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeylerinde son yıllarda yaşanan artışa rağmen, hâlâ toplumun önemli bir kesiminin bu alanda desteğe ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığını artırmak için çok düzeyli ve kapsayıcı politikalar geliştirilmelidir. Öncelikle, sehven veya kasıtlı olarak paylaşılan yanlış sağlık bilgilerinin yayılımını

önleyecek sosyal medya düzenlemeleri ve içerik doğrulama mekanizmaları güçlendirilmelidir. Bu düzenlemeler, infodeminin etkisini azaltarak güvenilir bilgiye erişimi kolaylaştıracaktır.

Giderek önemi artan e-Sağlık okuryazarlığı nedeniyle, dijital platformların etkin ve bilinçli kullanımı için özellikle dijital okuryazarlık seviyesi düşük bireylere yönelik beceri artırıcı programlar hayata geçirilmelidir. Aynı zamanda, dijital uygulamaların kullanıcı dostu olmasına dikkat edilmelidir. Sağlık kurumları, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları iş birliğiyle yürütülecek toplum temelli müdahaleler, toplumun hem bilgilendirilmesini hem de sağlık sistemine olan güvenini artıracaktır.

Türkiye nüfusunun yaşlandığı göz önünde bulundurulduğunda, sağlık okuryazarlığı yaşlı bireyler için özel olarak ele alınması gereken bir alandır. Yaşlı bireylerde bilişsel gerileme ve modern sağlık bilgilerinin karmaşıklığı, sağlık bilgisini anlama ve uygulamada önemli engeller oluşturmaktadır (24). Bu nedenle, sağlıklı yaşlanmayı destekleyen politikaların, yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini yükseltecek şekilde tasarlanmasıyla yaşlıların sağlık hizmetlerinden etkili biçimde faydalanması ve yaşam kalitelerinin korunması mümkün olacaktır.

Benzer şekilde, aşı tereddüdü gibi toplum sağlığını doğrudan etkileyen özel konulara yönelik tematik sağlık okuryazarlığı müdahaleleri geliştirilmelidir. Genel geçer bilgilendirme kampanyalarının ötesine geçilerek, hedef grupların bilgi düzeyine, kaygılarına ve güven sorunlarına duyarlı özel programlar tasarlanmalıdır. Bu tür odaklanmış müdahaleler, bireylerin doğru bilgiye erişimini kolaylaştırırken aynı zamanda güven tesis ederek sağlık davranışlarını olumlu yönde etkiler.

Ayrıca, sağlık profesyonellerine yönelik sürekli mesleki gelişim programlarında etkili iletişim ve kültürel yeterlilik becerilerine daha fazla önem verilmelidir. Hasta-hekim etkileşiminde sade, görsel destekli ve açık/anlaşılır bir iletişim dilinin kullanımı teşvik edilmelidir.

Politika yapıcılar, müdahaleleri bölgesel ve kültürel farklılıkları dikkate alarak planlamalıdır. Türkiye gibi ülke içi toplumsal çeşitliliğin yüksek olduğu ülkelerde, yerel

ihtiyaçları gözeten ve hedef grupların özelliklerine uygun stratejiler daha etkili sonuçlar verecektir.

Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik bireysel, kurumsal ve sistem düzeyinde atılacak adımlar sadece bireyin sağlığını değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi ve toplumun genel sağlık düzeyini de olumlu yönde etkileyecektir.

Kaynaklar

1) Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-1058. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25843827/> (Erişim Tarihi: 21.06.2025).

2) World Health Organization. Health literacy. 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy> (Erişim Tarihi: 21.06.2025).

3) Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, vd. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Fam Med Community Health [Internet]*. 14 Mayıs; 8(2):351. <https://fmch.bmj.com/content/8/2/e000351> (Erişim Tarihi: 20.06.2025).

4) Santana S, Brach C, Harris L, Ochiai E, Blakey C, Bevington F, et al. Updating health literacy for Healthy People 2030: Defining its importance for a new decade in public health. *J Public Health Manag Pract*. 2021;27(Suppl 6):258-264.

5) Crondahl K, Eklund Karlsson L. The nexus between health literacy and empowerment: A scoping review. *SAGE Open*. 2016;6(2). <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244016646410> (Erişim Tarihi: 21.06.2025).

6) Huang Y, Qi F, Wang R, Jia X, Wang Y, Lin P, et al. The effect of health literacy on health status among residents in Qingdao, China: A path analysis. *Environ Health Prev Med*. 2021;26(1).

7) Mårtensson L, Hensing G. Health literacy—a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(1):151-160. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21627673/> (Erişim Tarihi: 21.06.2025).

8) Kajánová A, Římnáčová Z. Health literacy of the poor. *Pomáhající Profesie*. 2019;2(1):5-16.

9) Maričić M, Curuvija RA, Stepović M. Health literacy in female – association with socioeconomic factors and effects on reproductive health. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research*. 2020;21(2):127-32.

10) Hirooka N, Kusano T, Kinoshita S, Aoyagi R, Saito K, Nakamoto H. Association between health literacy and purpose in life and life satisfaction among health management specialists: A cross-sectional study. *Sci Rep*. 2022;12(1).

11) Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan JM, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1).

12) Guo S, Yu X, Davis E, Armstrong R, Riggs E, Naccarella L. Adolescent health literacy in Beijing and Melbourne: a cross-cultural comparison. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4):1242.

13) T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. C. 1298. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024.

14) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık istatistikleri yıllık 2023. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025.

15) Zhao X, Liu Q, Guo X, Hu X, Li C. Serial Mediation Roles of Empowerment and Self-care Activities Connecting Health Literacy, Quality of Life, and Glycemic Control in People With Type 2 Diabetes. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2023;21(3):330-337.

16) Smith JA, Merlino A, Christie B, Adams M, Bonson J, Osborne R, vd. 'Dudes Are Meant to Be Tough as Nails': The Complex Nexus Between Masculinities, Culture and Health Literacy From the Perspective of Young Aboriginal and Torres Strait Islander Males – Implications for Policy and Practice. *American Journal of Men S Health*. 2020;14(3).

17) Khoury G, Ward JK, Mancini J, Gagneux-Brunon A, Nguyen LBL. Health literacy and health care system confidence as determinants of attitudes to vaccines in France: Representative cross-sectional study. *JMIR Public Health Surveill*. 2024;10(1):e45837. <https://publichealth.jmir.org/2024/1/e45837> (Erişim Tarihi: 21.06.2025).

18) Siena L, Isonne C, Sciurti A, De Blasiis M, Migliara G, Marzuillo C, vd. The role of health literacy in vaccination behaviours: a systematic review. *Eur J Public Health [Internet]*. 21 Ekim 2022; 32(Supplement_3). <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckac131.350> (Erişim Tarihi: 21.06.2025).

19) Siena L, Isonne C, Sciurti A, De Blasiis M, Migliara G, Marzuillo C, et al. The role of health literacy in vaccination behaviours: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2022;32(Suppl 3). <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckac131.350> (Erişim Tarihi: 21.06.2025).

20) Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth literacy scale. *J Med Internet Res*. 2006;8(4):e27. <https://www.jmir.org/2006/4/e27> (Erişim Tarihi: 22.06.2025).

21) Wang X, Luan W. Research progress on digital health literacy of older adults: a scoping review. *Front Public Health*. 2022;10.

22) Birinci Ş. A digital opportunity for patients to manage their health: Turkey National Personal Health Record System (The e-Nabiz). *Balkan Med J*. 2023;40(3):215. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10175887/> (Erişim Tarihi: 22.06.2025).

23) Shiferaw KB, Tilahun BC, Endehabtu BF, Gullslett MK, Mengiste SA. E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: a cross-sectional survey. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2020;20(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32762745/> (Erişim Tarihi: 22.06.2025).

24) Hirooka N, Kusano T, Kinoshita S, Aoyagi R, Saito K, Nakamoto H. Association between health literacy and purpose in life and life satisfaction among health management specialists: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2022;12(1).

Dijital dünyada sağlık iletişiminde yanlış bilgiyle mücadele ve popüler kültürleşmenin önüne geçme stratejileri

Prof. Dr. Başak Gezmen



Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesinden mezun olan Başak Gezmen, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Gazetecilik Bölümü'nden, çocuk yayınları konulu teziyle doktor ünvanını aldı. Gezmen, İstanbul Medipol Üniversitesi İletişim Fakültesinde Prof. Dr. olarak görev yapmaktadır. Çalışma alanları medya ve çocuk, çocuk haberciliği, medya ve şiddet, aile içi iletişim, yeni medya okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, medya analizi ve söylem, dijital bağımlılık, dezenformasyon ve siber zorbalıktır.

Günümüzde yeni iletişim teknolojilerinin gelişmesi, dijital medya ve sosyal ağların yaygınlaşmasıyla birlikte nesnel gerçekler ve doğrular yerini duyguların ve inançların daha fazla etkili olduğu post-truth döneme bırakmıştır. Post-truth dünyada, doğruların yerini algılar ve manipülatif içerikler almaya başlamıştır. Bilgiye ulaşmak oldukça kolaylaşmıştır ancak bu kadar hızlı bir şekilde ulaşılan bilgilerin çoğu doğruluğu teyit edilmemiş ya da kasıtlı olarak çarpıtılmış içeriklerden oluşmaktadır. Bu bağlamda, yanıltıcı, eksik bilgiler, sahte haberler çok daha hızlı bir şekilde yayılmaya başlamıştır. Son yapılan araştırmalar, yalan haberin doğru bilgidен yedi sekiz kat daha hızlı yayıldığını ortaya koymaktadır. Bu durum dijital dünyada bireylerin doğru bilgiye ulaşmasını giderek zorlaştırmaktadır.

Bilgi kirliliği, özellikle sosyal medya platformlarında ciddi bir sorun hâline gelmiştir. Günlük yaşam pratiklerinin büyük bir bölümünü sanal dünyada geçiren bireyler âdeta medya içerikleri bombardımanına maruz kalmaktadır. Medyanın nihai hedefi halka doğru bilgiyi

ulaştırmak ve kamuoyu oluşturmaktır. Ancak medya her zaman insanlara gerçek bir dünya sunmaz, gerçekliği yeniden inşa eder. Dijital dünya, âdeta simülasyon evrenine dönüşmüştür. Bizler adına oluşturulan baş döndürücü bir hızda değişen gündemler, yeni haber pratikleriyle sunulmakta; sansasyonel haberler, tık haberciliği, popüler kültürleşme yaşamımızın her alanına nüfuz etmektedir. Bilgiye ulaşım ve paylaşım kolaylaşmıştır. Ancak ulaşılan ve paylaşılan bilginin ne kadarı gerçektir? Yapay zekâ sistemleri, algoritmalar ile 'deepfake' teknolojileri, sahte görüntü, video ve ses kayıtları oluşturabilmekte bu durum sosyal medyada yapay zekâ destekli yanlış bilgi paylaşımının artmasına ve dezenformasyon içeriklerinin geniş kitlelere ulaşmasına sebep olmaktadır. Sahte haberler, zarar verme niyetiyle yapılmayan ancak aldatma potansiyeli olan hiciv ve parodiler; sahte bağlantılar, yanıltıcı içerikler; yanlış bağlamsal bilgilerle paylaşılan sahte içerikler; gerçek kaynakların sahte, uydurma kaynaklarla taklit edilmesiyle yapılan taklit sahte içerikler; manipüle edilmiş içerikler; tamamen yanlış bilgi içeren uydurma içerikler şeklinde kategorize edilmektedir (1).

Sağlık alanında da bilgi kirliliğinin giderek fazlalaştığı dijital dünyada, etkili bir sağlık iletişimi yönetimi, bireylerin yanlış yönlendirilmesini önleyerek, sağlıklı ilgili doğru bilgiye ulaşmayı kolaylaştırmaktadır. Ayrıca başarılı sağlık iletişimi stratejileri, etkili iletişim becerileri kazanımı ile bilinçli kararların alınmasında ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının geliştirilmesinde etkin rol oynamaktadır. Etkili bir sağlık iletişimi, sağlık profesyonelleri ile bireyler arasında güçlü bir köprü oluşturması açısından önemlidir. Sağlık iletişiminde doğru bilginin geniş kitlelere ulaştırılmasını sağlayan en güçlü araçlardan biri medyadır. Ancak sosyal medyada sağlık alanındaki popüler kültürleşme dikkat çekici bir noktaya gelmiştir. Sağlıkta ideal güzellik algısı, moda ve tüketim kültürünün bir parçası hâline gelmiştir. Sık sık karşılaşılan popüler yaşam statüleri oluşturmada sağlıklı yaşam trendleri en fazla deneyimlenen içerikler arasında yer almaktadır. Sosyal medya, yarattığı ideal kimlikler, bakımlı saçlar ve ciltler, estetik mucizeleri, muhteşem vücut stilleri ile kişisel tatmin sağlatmaktadır. Popüler şok diyetler, detoks programları, ünlüler ve influencerların deneyimleri üzerinden aktarılmakta herhangi bir bilimsel temele dayandırılmamaktadır. Sosyal medya-

da en çok kullanıcısı olan Instagram, TikTok, YouTube gibi platformlarda kanser tedavisi ya da anti-aging etkisi olan mucizevi bitkisel takviyeler; sağlık temalı sahnelerin yer aldığı diziler, 'Doktor Show' programları popüler kültürün önemli bir parçası hâline gelmiştir. Sağlık alanında uzman olmayan birçok kişi deneyimlerine dayanarak halk sağlığını tehdit eden birçok içeriği rahatlıkla paylaşabilmektedir. Sağlık alanında popüler kültürle şekillenen içerikler, tamamlayıcı tıp konusunda da yanlış algılanmalara yol açmaktadır. Sosyal medya fenomenleri 'yaşam koçluğu' adı altında, idealize edilmiş yaşamlar sunarak, bireyleri kendilerine sunulan bu yaşam stillerine, yeme içme pratiklerine, vücut stillerine hayran bırakmakta, böyle yaşam tarzları arzu ettirilmektedir. Sağlıkla ilgili en basit temel bilimsel dayanaklardan uzak, kişisel tecrübelerin genelgeçer uygulama olarak sunulduğu dijital medya içerikleri, bireylerin yanlış yönlendirilmesine ve sağlıklı ilgili doğru bilgiye ulaşmanın zorlaşmasına hatta şüphe duyulacak derecede endişe verilecek tutumlara yol açabilmektedir. Sosyal medya sağlık alanındaki popüler kültürleşmeyi tetikleyerek yeni bir tüketim kültürü alanı oluşturmaktadır. Sağlık ürün ve hizmetleri kapitalist sistemi destekleyen ve olmayan ihtiyaç alanları yaratan, tükettikçe tükettiren metalara dönüşmüştür. Sağlık endüstrisi olarak adlandırılabilen bu ortamda birçok hizmet ve ürünün içi boşatılmış, değersizleştirilmiştir.

Bireyler günlük hayatı algılama ve yeni düşünce kalıplarının şekillenmesinde medyaya bağımlı hâle gelmiştir. Sosyal medya içerikleri ile yayılan yanlış bilgiler bazı sosyal medya hastalıklarının da tetiklenmesine yol açabilmektedir. Doğru olmayan sağlık konulu içerikler halkta kaygı ve korku uyandırabilmektedir. Günümüz dünyasında vaktinin çoğunu internette geçiren insanlar çoğu zaman hastalıkların teşhisi ve sağlık konulu içeriklerde sağlık profesyonellerinden destek almak yerine internet ve sosyal medya kaynaklarına güvenmektedir. Siberkondri (Cyberchondria), internette sağlıklı ilgili bilgi arama eğiliminin sürekli tekrarlanan ve endişe verici bir hâl almasıdır. Halk arasında 'google doktorluğu' olarak da bilinen bu hastalık, artan sağlık kaygısı düzeyleriyle ilişkili olan tıbbi bilgi için aşırı çevrim içi arama ile karakterize bir davranış olarak tanımlanmaktadır (2). Bu noktada anormal davranış şekilleri ve durumlar

ortaya çıkabilmektedir. Sosyal medya içeriklerinin birçoğu bireylerin hasta oldukları düşüncelerine kapılmalarına yönelik algı oluşturmaktadır. Çevrim içi sağlık bilgisi arama eğilimi aşırı bir duruma dönüşünce bireyde depresif ve kontrol dışı kaygı, huzursuzluk ve ölüm korkusu gibi duyguları tetiklemektedir.

Yakın dönemde deneyimlediğimiz COVID-19 pandemisi döneminde infodemi, yanlış ve yanıltıcı bilginin hızlı yayılması, komplo teorileri, sosyal medyada aşı karşıtlığı ve tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi kirliliğine neden olmuş, bu durum toplumda güvensizlik hissi ve kuşkucu ortamlar doğurmuştur. "Yeni bir araştırma, patatesin kanseri iyileştirdiğini ortaya koydu." gibi abartılı ve yanıltıcı başlıklarla sunulan haberler halkı yanlış bilgilendirmekte, korku ortamı yaratarak halkı paniğe sürükleyebilmektedir. Bu noktada sağlık alanında bilgi kirliliğiyle mücadele konusunda, medyanın sorumluluk bilinciyle hareket etmesi ve güvenilir, bilimsel temellere dayanan içerikleri yayması oldukça önemlidir. Ayrıca ilgili resmî kurumlar, uzmanlar, bilimsel temellere dayanan bilgileri açık ve erişilebilir şekilde sunarak dezenformasyonla mücadeleyi daha aktif kılabilir. Sağlık okuryazarlığı bilincinin kazandırılmasını, bireylerin güvenilir kaynakları ayırt edebilmesini ve bilinçli sağlık kararları alabilmesini kolaylaştırmaktadır. Halkın, içeriklerin doğruluğunu teyit etmesi ve bilgi paylaşımı yaparken sorumluluk bilinciyle hareket etmesi gerekmektedir. Dijital dünyada teyit mekanizmalarının önemi her geçen gün artmaktadır. Teyit süreci bilgiyi güvenilir kaynaklardan doğrulama yapmayı kapsayan dijital okuryazarlığın mihenk taşlarından biridir. Artık bilgiyi tek bir kaynakla yetinmeyip farklı farklı kaynaklardan araştıran ve doğrulayan, elde edilen bilgiyi irdeleyen, çözümleyen ve eleştiren bir göz oluşturmak zorunlu hâle gelmiştir. Bireyler medyanın oluşturduğu simülasyon evreninde neyin doğru, neyin yanlış olduğunu bulmakta zorlanmaktadır. Birçok içerik ideolojik çerçevelere ve maskeleyen yöntemleriyle farklı algı sistemleri oluşturabilmektedir. Bu bağlamda oluşturulan içeriklerin altında yatan gerçek söylemler doğru analiz edilmeli, manipülatif içerikler tartışılarak değerlendirilmelidir. Sürekli sosyal medya içeriklerine maruz kalan birey sağlam bir filtreleme mekanizması ve güçlü bir kalkan oluşturmak zorundadır. Doğruluk kontrol merkezleri de gerçek olmayan

bilgilerle mücadele, hakikate ulaşma konusunda halka destek vermektedir. Bireyler sosyal medyada aynı zamanda birer içerik üreticisi konumundadır. Bu nedenle; kaliteli, gerçek bilgi üretme ve paylaşma konusunda da her birey gerekli hassasiyeti göstermelidir. Doğru olmayan içeriği paylaşan herkesin, en az üreticisi kadar sorumluluk altına girmesi, asla unutulmaması gereken bir husustur.

Toplumda sağlık okuryazarlığı farkındalığı oluşturmada sağlık alanında faaliyet gösteren resmî kurumlar, sivil toplum örgütleri daha etkin hâle gelmelidir. Dijital platformlar aracılığıyla halk sağlığına yönelik bilinçlendirme kampanyaları düzenlenip, salgın hastalıklar, sağlıklı yaşam vb. konularda halk bilinçlendirilmelidir. Yanlış veya eksik bilgilerin yayılmasını önlemek için medya kuruluşları, sağlık uzmanları ve resmî kurumlarla iş birliği yaparak doğru bilgiye ulaşmada sosyal medya platformlarını daha etkin kullanmalıdır. İçerik üretiminde kreatif ve ilgi çekici formatlarda sunulan yaklaşımlar benimsenerek hedef kitlelerle doğru iletişim stratejileri üzerinden etkileşimli iletişim biçimleri tercih edilmelidir. Bilimsel temellere dayanan bilgilerin üretilmesi ve paylaşılmasının, bireylerin bilgi kaynaklarını eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirmesinin önemi güvenilir, şeffaf ve erişilebilir iletişim stratejilerinin benimsenmesi gerekliliği konularına yönelik eğitim programları ve kamu spotları, kampanyalar düzenlenebilir. Ayrıca, algoritmalar dezenformasyonla mücadelede etkin bir araç olarak da kullanılabilir. Sağlık alanında, sosyal medya ve dijital platformlarda doğru bilgiyi öne çıkaran algoritmaların kullanılması, yanıltıcı içeriklerin yayılmasını azaltabilir.

Dijital dünyada bilgi kirliliği ile mücadelede sosyal medya platformlarının, ilgili kurum ve kuruluşların şeffaflık ve erişilebilirlik noktasında bilgiye ulaşım ve paylaşımında gerekli özen ve hassasiyeti göstermeleri gerekirken, tüm dünya genelinde sağlık okuryazarlığı alanındaki farkındalığın artırılması da nihai hedef hâline getirilmelidir.

Kaynaklar

1) Grech, V. (2017). *Fake news and post-truth pronouncements in general and in early human development. Early human development, 115, 118-120.*

2) Vismara, M., Caricasole, V., Starcevic, V., Cinosi, E., Dell'Osso, B., Martinotti, G., & Fineberg, N. A. (2020). *Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. Comprehensive psychiatry, 99, 152167.8.*

Halk sağlığı temelinde bölgesel sağlık eşitsizlikleri ve çözüm önerileri

Doç. Dr. Mehmet Sait Değer



İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra kamuda ve özel sektörde çeşitli pozisyon ve kademelerde hekim ve yönetici olarak görev yaptı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Doktora Programını tamamladı. Hâlen İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Sağlık, bireylerin ve toplumların refahı için vazgeçilmez bir unsurdur. Anayasamızın 56. Maddesi'nde "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler." denilmektedir. Bu ifade sağlığın insan için temel bir hak olduğunu ve bu hakkın devletin güvencesi altında olduğunu vurgulamaktadır (1).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; hastalıkları önlemek, bireylerin sağlığını korumak ve toplumun sağlık düzeyini geliştirmektir. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin planlanması ve nasıl sunulacağı Sağlık Bakanlığının sorumluluğunda olup Sağlık Hizmetleri Kanununun 3. Maddesi'nde sağlık hizmetlerinin temel esasları: "1) Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir. 2) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilir. 3) Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır." şeklinde belirtilmiştir (2). Fakat ülkemizde çeşitli nedenlerden dolayı

sağlık hizmetlerinin eşit, kaliteli ve verimli sunulamadığı görülmektedir.

Ülkemizde kırsal nüfus oranı, genç ve yaşlı nüfus oranı, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı, doğurganlık hızı, bulaşıcı hastalık insidansı ve kronik hastalık prevalansı gibi göstergeler bölgeler arasında veya aynı bölgede kentsel ve kırsal bölgeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir (3). Kırsal ve kentsel bölgeler arası; coğrafi konum, sosyodemografik özellikler, ekonomik düzey, sağlık tesisleri altyapısı gibi farklılıklar hem bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini etkilemekte hem sağlık çıktılarının önemli ölçüde farklılaşmasına yol açmakta hem de toplumun refah düzeyini etkilemektedir. Bu durum bölgeler arası "sağlık eşitsizlikleri" olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'de sağlık eşitsizlikleri, altyapı yetersizliklerinden kaynaklanan farklılıklardan, sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bölgesel değişikliklerden, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklardan ve etkisiz veya halk sağlığı perspektifinden yetersiz politik müdahalelere kadar geniş bir yelpazede kendini göstermektedir. Bu makale, Türkiye'deki bölgesel sağlık eşitsizliklerinin temel nedenlerini ve sonuçlarını analiz ederek bu eşitsizlikleri gidermeye yönelik kapsamlı çözüm önerileri sunmayı amaçlamaktadır.

1. Kırsal ve Kentsel Bölgeler Arasındaki Sağlık Altyapısı Farklılıklarının Sağlık Üzerindeki Yansımaları

Kırsal bölgelerdeki yetersiz sağlık altyapısı, halk sağlığı açısından önemli riskler ve sonuçlar doğurmaktadır. Ülkemizde büyükşehirler ve batı bölgesinde daha yoğunluklu olmak üzere şehir merkezlerinde yeterli hekim/uzman hekim ve uygun ekipmanlarla donatılmış modern sağlık tesisleri vardır. Kırsal bölgelerde ise ağırlıklı Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) bulunmakta ve genellikle buralarda temel donanım ve personel eksikliği yaşanmaktadır. Özellikle kırsal nüfusu görece fazla olan Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'ndeki kırsal yerleşim alanlarında hekim, diğer sağlık personeli ve donanım eksikliği ön plana çıkmaktadır. Bunun yanında iyi bir planlama olmadan merkezi güzergâhtaki köy veya beldeler yerine perifer bölgelerdeki köylere/yerleşim yerlerine yapılan ASM'ler aile hekimliği sisteminde hekimler tarafından sosyal ve ekonomik açıdan dezavantaj oluşturduğu için tercih edilmemekte ve uzun süre boş kalabilmektedir. Nüfus yoğunluğu az olan köylerde ASM yok ise ve hizmet bölgesinde bulunduğu ASM veya aile hekimliği biriminde aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı bulunmadığı zaman da sürekli sağlık hizmeti sunumunda aksaklıklar yaşan-



maktadır. Bu soruna çözüm olarak perifer ASM'ye İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM) veya Toplum Sağlığı Merkezinden (TSM) hekim görevlendirmesi ile sürekli hizmet sunumu sağlanmaya çalışılmaktadır. Fakat bu bölgelerde yılın çoğu bölümünde yeterli sayıda hekim olmadığı için görevlendirme yapılamamaktadır. Çünkü Sağlık Bakanlığı Devlet Hizmet Yükümlülüğü (DHY) kuralarında aile hekimleri için ağırlıklı devlet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri gibi ikinci basamak sağlık tesislerinin acil bölümlerinde, uzman aile hekimleri için ise yine ikinci basamak sağlık tesislerinde kadrolar açılmaktadır (4). Nihayetinde İSM ve TSM gibi birinci basamak sağlık tesislerine yeteri kadar hekim ve diğer sağlık personeli ataması yapılamadığı için özellikle kırsal bölgelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli sunumunda sorunlar yaşanmaktadır.

Kırsal bölgelerdeki altyapı ve personel eksiklikleri; başta sağlık eğitimi, aile planlaması, gebe, bebek ve çocuk izlemleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde sunulmasına engel olmakta, bulaşıcı hastalıkların erken teşhis ve tedavisini geciktirmekte, kronik hastalıkların yönetimini zorlaştırmakta ve acil durumlarda zamanında müdahaleyi engelleyerek morbidite ve mortalite oranlarını olumsuz etkilemektedir. Temiz suya erişimdeki eşitsizlikler ve yetersiz sanitasyon koşulları, özellikle kırsal bölgelerde su kaynaklı hastalıkların ve salgınların ortaya çıkma riskini artırmak-

tadır. Aşılama gibi temel halk sağlığı hizmetlerinin sürekli sunulmaması ve yaşanan lojistik zorluklar da kırsal bölgelerde bağışıklık oranlarının düşmesine ve aşı ile önlenabilir hastalıkların görülme sıklığının artmasına, toplumsal bağışıklığın zafiyete uğramasına ve nihayetinde salgınların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Şehirlerde ise daha gelişmiş bir altyapı bulunmasına rağmen, hızlı kentleşme ve plansız büyüme bazı halk sağlığı sorunlarını beraberinde getirebilmektedir. Hava kirliliği, yetersiz yeşil alanlar, gürültü kirliliği ve sağlıksız yaşam tarzı gibi faktörler, solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, obezite ve ruh sağlığı sorunları gibi kronik hastalıkların şehirlerde daha yaygın görülmesine sebep olmaktadır. Ayrıca, şehirlerdeki yoğun nüfus ve sağlık kuruluşlarına olan yüksek talep, koruyucu sağlık hizmetlerine (tarama programları gibi) erişimi zorlaştırabilmekte ve bulaşıcı hastalıkların hızla yayılmasına zemin hazırlayabilmektedir.

Toplumların sosyokültürel, ekonomik ve demografik yapıları zaman içerisinde değişiklik gösterebilmektedir. Bu nedenle bireylerin sağlığının korunması ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi için bölgeler arası farklılıkların tespit edilmesi ve sağlık altyapısının geliştirilmesi konusunda bu farklılıkların göz önünde bulundurulması oldukça önemlidir. Ayrıca kırsal ve kentsel böl-

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; hastalıkları önlemek, bireylerin sağlığını korumak ve toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmektir. Ancak Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim açısından bölgeler arası belirgin farklar bulunmaktadır. Kırsal ve kentsel bölgeler arasında sağlık altyapısı, sağlık okuryazarlığı düzeyi ve hizmete erişim gibi alanlarda yaşanan bu farklılıklar, sağlık göstergelerini ve toplumun refahını doğrudan etkilemektedir.

geler arasındaki bu altyapı farklılıklarının giderilmesi, eşit ve erişilebilir sağlık hizmetlerinin sunulması, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi ve toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesi için kritik öneme sahiptir.

2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyindeki Bölgesel Farklılıkların Sağlık Davranışları ve Sonuçları Üzerindeki Etkileri

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklı ilgili bir bilgiye ulaşma, bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve bu bilgileri sağlıklı yaşam kararları almak ve uygulamak için kullanma becerisi olarak ifade edilmektedir (5). Kırsal bölgelerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin genellikle düşük olması, özellikle halk sağlığı açısından önemli sonuçlar doğurmaktadır. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, tütün ve alkol kullanımından kaçınma gibi koruyucu sağlık davranışlarını benimsemede ve sürdürmede daha az başarılı olabilir, hastalık belirtilerini tanımakta gecikebilir, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayabilir ve kronik hastalıklarını yönetmekte zorlanabilirler. Bu bireylerin yanlış veya eksik bilgilere dayalı sağlık uygulamalarına yönelme olasılıkları daha yüksek olabilir, bu da hem bireysel sağlıklarını olumsuz etkileyebilir hem de halk sağlığı çabalarının etkinliğini azaltabilir. Aşılama programları, tarama faaliyetleri ve sağlık eğitimleri gibi halk sağlığı müdahalelerinin başarısı da toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyiyle doğrudan ilişkilidir. Coğrafi konum itibarıyla sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerini kullanma olanakları açısından dezavantajlı bir konumda olan kırsal nüfusun sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, bu nüfusun mevcut sağlık düzeyinin daha da kötüleşmesine yol açabilir. Bu nedenle özellikle kırsal bölgede görev yapan sağlık çalışanlarının çalıştıkları bölgelerdeki nüfusun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi konusunda özendirilmesi ve teşvik edilmesi önem arz etmektedir.

Şehirlerde sağlık okuryazarlığı düzeyi genellikle daha yüksek olsa da özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük kesimlerde ve göçmen popülasyonlarda sağlık okuryazarlığı eksiklikleri görülebilmektedir. Bu durum, bu grupların sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırmakta, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarını düşürmekte ve kronik hastalıkların yönetiminde sorunlara yol açabilmektedir. Diğer taraftan kentsel bölgede yaşayanların sağlık okuryazarlık düzeyinin iyi olması, koruyucu sağlık hizmetlerini önemsemelerine, tedavi edici sağlık hizmetlerini akılcı kullanmalarına, sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürmelerine ve sağlıklarını koruma bakımından daha sorumlu davranmalarına olanak sağlamaktadır.

Sağlık, bireylerin ve toplumların refahı için vazgeçilmez bir haktır.

Anayasamızın 56. Maddesi de bu hakkı güvence altına alarak herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkını tanır. Devletin görevi ise bu hakkın korunmasını ve sağlık hizmetlerinin planlı, eşit ve verimli şekilde sunulmasını sağlamaktır.

Halk sağlığı açısından, tüm bölgelerde ve öncelikle dezavantajlı gruplar olmak üzere tüm sosyoekonomik gruplarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlıklı yaşam davranışlarının teşvik edilmesi ve sağlık hizmetlerinden etkin yararlanılması için temel bir strateji olmalıdır. Bu bağlamda toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesi için okul öncesi dönemden başlayarak bireye yönelik uygulamalar hayata geçirilmelidir. Ayrıca kırsal bölgelere sağlık insan gücünün yeterli düzeye ulaştırılması için yerel veya ulusal istihdam politikaları geliştirilmelidir. Bunun yanında toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi konusunda yerel ve ulusal tüm kurum ve kuruluşlarının iş birliği içerisinde ortak amaca yönelik hareket etmesi oldukça önemlidir.

3. Kırsal ve Kentsel Bölgelerde Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunlarının Sağlık Göstergelerine Etkileri

Sağlık hizmetlerine erişimdeki bölgesel eşitsizlikler, halk sağlığı göstergeleri üzerinde doğrudan ve olumsuz etkilere sahiptir. Kırsal bölgelerde sağlık kuruluşlarına ulaşımın zorluğu, uzun bekleme süreleri, hekim/uzman hekim eksikliği ve maliyet gibi engeller, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden (ör. bağışıklama, taramalar), birinci basamak sağlık hizmetlerinden ve uzman hekim konsültasyonlarından yeterince yararlanmalarını engellemektedir. Bu durum, hastalıkların geç teşhis edilmesine, komplikasyon

riskinin artmasına, tedaviye uyumun azalmasına ve sonuç olarak morbidite ve mortalite oranlarının yükselmesine neden olabilmektedir. Özellikle anne ve çocuk sağlığı hizmetlerine erişimdeki zorluklar, kırsal bölgelerde anne ve bebek ölüm oranlarının şehir merkezlerine göre daha yüksek olmasına sebep olabilmektedir. Acil sağlık hizmetlerine erişimdeki gecikmeler ise hayat kurtarıcı müdahalelerin zamanında yapılamamasına ve engellilik oranlarının artmasına yol açabilmektedir. Sağlık insan gücünün kırsal bölgelerin ihtiyaçlarına göre belirlenmesi için stratejiler geliştirilmesi ve eylemlerin hayata geçirilmesi önem arz etmektedir. Ayrıca kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerinin bölgenin ihtiyaçlarına göre planlanması ve uygulanması hakkaniyet açısından gereklidir.

Şehirlerde ise sağlık hizmetlerine erişim genellikle daha kolay olsa da bazı dezavantajlı grupların (düşük gelirli bireyler, sigortasızlar, göçmenler, engelliler vb.) karşılaştığı ekonomik, sosyal ve kültürel engeller, bu grupların sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmasını zorlaştırmaktadır. Diğer taraftan kentlerde hem birinci hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerine yapılan fazla ve gereksiz başvurular sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan kişilerin erişimde sorun yaşamalarına neden olabilmektedir. Bu durum aynı zamanda birinci basamağın, koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli olmak yerine ağırlıklı olarak tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelmesine yol açabilmektedir. Böylece bireylerin sağlıklarının korunması ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesine asıl katkısı olan koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin odağındaki konumunu yitirebilir. Halk sağlığı açısından, tüm bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine zamanında, uygun maliyetle ve kolaylıkla erişebilmesini sağlamak, sağlıkta eşitlik ilkesinin bir gereği olduğu kadar, toplumun genel sağlık düzeyini iyileştirmek için de hayati öneme sahiptir.

4. Bölgesel Sağlık Eşitsizliklerinin Sağlık Açısından Sosyoekonomik ve Demografik Belirleyicileri

Bölgesel sağlık eşitsizlikleri, sadece sağlık sistemiyle ilgili faktörlerden değil, aynı zamanda geniş bir yelpazede sosyoekonomik ve demografik belirleyicilerden de etkilenmektedir. Kırsal bölgelerde genellikle daha düşük eğitim seviyesi, yüksek işsizlik oranları, düşük gelir düzeyi, yetersiz

beslenme, sağlıksız barınma koşulları ve sosyal destek ağlarının zayıflığı gibi sosyoekonomik faktörler, halk sağlığı açısından önemli riskler oluşturmaktadır. Bu faktörler, bireylerin hastalıklara karşı direncini azaltmakta, kronik hastalıkların ve bulaşıcı hastalıkların daha yaygın görülmesine zemin hazırlamakta ve sağlıklı yaşam davranışlarını benimsemelerini zorlaştırmaktadır.

Demografik faktörler de bölgesel sağlık eşitsizliklerini şekillendirmede önemli bir rol oynamaktadır. Kırsal bölgelerde yaşlı nüfusun yoğunluğu, yaşa bağlı kronik hastalıkların ve sağlık sorunlarının daha sık görülmesine yol açarken, genç nüfusun şehir merkezlerine göçü, kırsal bölgelerdeki sosyal yaşamı etkilemekte ve bu durum sağlık personelinin azalmasına ve sağlık hizmetlerinin sunumunda sürdürülebilirlik sorunlarına neden olabilmektedir. Şehirlerde ise farklı etnik kökenlere sahip popülasyonların yoğunluğu, kültürel farklılıklar ve dil bariyerleri nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık iletişiminde zorluklar yaşanabilmektedir. Halk sağlığı açısından, bölgesel sağlık eşitsizlikleriyle mücadele etmek için, bu sosyoekonomik ve demografik belirleyicilere yönelik bütüncül ve sektörler arası politikalar geliştirilmesi gerekmektedir.

5. Bölgesel Sağlık Eşitsizliklerini Gidermeye Yönelik Halk Sağlığı Odaklı Politik Müdahaleler ve Çözüm Önerileri

Bölgesel sağlık eşitsizliklerinin halk sağlığı perspektifinden giderilmesi, toplumun genel sağlık düzeyini iyileştirmeyi ve sağlıkta eşitliği sağlamayı hedefleyen kapsamlı ve sürdürülebilir politik müdahaleleri gerektirmektedir. Bu bağlamda, aşağıdaki halk sağlığı odaklı çözüm önerileri dikkate alınmalıdır:

Kırsal bölgelerde güçlendirilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve entegre halk sağlığı yaklaşımları: Kırsal bölgelerdeki ASM'lerin ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının personel ve donanım kapasiteleri güçlendirilmeli, koruyucu sağlık hizmetlerine (aşılama, tarama programları, anne ve çocuk sağlığı izlemeleri gibi) daha fazla odaklanılmalıdır. Mobil sağlık ekipleri ve gezici sağlık hizmetleri aracılığıyla ulaşılması zor bölgelere düzenli sağlık hizmeti sunulmalıdır. Tele-sağlık uygulamaları (tele-konsültasyon, tele-eğitim) kırsal bölgelerdeki sağlık personelinin uzman

desteği almasını ve halkın sağlık bilgisine erişimini kolaylaştırabilir. Toplum sağlığı merkezleri aracılığıyla yerel ihtiyaçlara uygun halk sağlığı programları (sağlıklı yaşam eğitimleri, bulaşıcı hastalık kontrolü, çevre sağlığı çalışmaları vb.) yürütülmelidir.

Sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik toplum temelli ve kültürel duyarlı girişimler: Kırsal bölgelerde sağlık okuryazarlığı düzeyini yükseltmek için yerel dilde ve kültürel değerlere uygun eğitim materyalleri ve programları geliştirilmelidir. Toplum liderleri, kanaat önderleri ve sivil toplum kuruluşları aracılığıyla sağlık mesajlarının yaygınlaştırılması ve benimsenmesi teşvik edilmelidir. Okullarda sağlık eğitimine daha fazla önem verilmeli ve müfredatlar güncellenmelidir. Halk sağlığı çalışanlarının iletişim becerileri geliştirilmeli ve bireylerle etkili ve anlaşılır bir iletişim kurmaları sağlanmalıdır.

Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak ulaşım ve mali destek mekanizmaları: Kırsal bölgelerde sağlık kuruluşlarına ulaşımı kolaylaştırmak için hasta nakil hizmetleri (ücretsiz veya düşük maliyetli) yaygınlaştırılmalı ve ulaşım altyapısı iyileştirilmelidir. Uzman hekimlerin kırsal bölgelerde düzenli olarak görev yapmasını sağlayacak teşvik edici politikalar (ek ödemeler, lojman imkânları, kariyer geliştirme fırsatları vb.) uygulanmalıdır. Şehirlerde ise dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak için sosyal destek programları ve sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi önemlidir.

Sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik sektörler arası politikalar: Bölgesel sağlık eşitsizliklerinin temelinde yatan sosyoekonomik ve demografik faktörlerle mücadele etmek için eğitim, istihdam, gelir dağılımı, barınma ve çevre sağlığı gibi alanlarda sektörler arası iş birliği ile bütüncül politikalar geliştirilmelidir. Kırsal bölgelerde ekonomik kalkınmayı destekleyici programlar, eğitim seviyesini yükseltmeye yönelik yatırımlar ve sağlıklı yaşam koşullarını iyileştirici projeler hayata geçirilmelidir.

Bölgesel düzeyde sağlık veri sistemlerinin güçlendirilmesi ve sağlık göstergelerinin izlenmesi: Bölgesel sağlık eşitsizliklerinin boyutlarını ve eğilimlerini izlemek için güvenilir ve ayrıntılı veri toplama sistemleri oluşturulmalı ve analiz edilmelidir. Sağlık göstergelerinin

(hastalık sıklığı, ölüm oranları, bulaşıcı hastalık insidansı vb.) bölgesel düzeyde düzenli olarak izlenmesi ve raporlanması, halk sağlığı müdahalelerinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve politika geliştirme süreçlerine girdi sağlaması açısından kritik öneme sahiptir.

Sonuç

Bölgesel sağlık eşitsizlikleri, halk sağlığı açısından kabul edilemez bir durumdur ve toplumun genel sağlık düzeyini olumsuz etkilemektedir. Kırsal ve kentsel bölgeler arasındaki altyapı farklılıkları, sağlık okuryazarlığı düzeyindeki eşitsizlikler ve sağlık hizmetlerine erişim sorunları, halk sağlığı müdahalelerinin etkinliğini azaltmakta ve sağlıkta eşitlik ilkesinin hayata geçirilmesini engellemektedir. Bu eşitsizliklerin giderilmesi ancak halk sağlığı odaklı, bütüncül ve sürdürülebilir politikalarla mümkündür. Güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum temelli sağlık okuryazarlığı girişimleri, erişimi kolaylaştırıcı mekanizmalar, sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik sektörler arası politikalar ve etkin halk sağlığı izleme sistemleri, bölgesel sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede atılması gereken temel adımlardır. Sağlıklı bir toplumun inşası için, tüm vatandaşların yaşadığı coğrafi konumdan bağımsız olarak eşit ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması, sağlık profesyonellerinin, politika yapıcılarının ve toplumun ortak sorumluluğudur.

Kaynaklar

1) Alu A. Sağlığın Temel Kavramları. Sağlık Yönetimi Dergisi. 2017;1(2):32-41.

2) T.C. Yasalar. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3359&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 22.04.2025).

3) Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Ankara, Türkiye: Sağlık Bakanlığı; 2023:29-55.

4) Değer MS. 112 DHY kurası münhal kadrolarının halk sağlığı açısından değerlendirilmesi. 12. Uluslararası Bilimsel Çalışmalar Kongresi (UBCAK). 2023:297-298.

5) Değer MS., Zoroğlu G. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranlarda sağlık okuryazarlığı ile kanser bilgi yükü ilişkisi. Anatolian Clin. 2021;26(1):108-117.

Sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlıkta eşitsizlikler

Prof. Dr. Temmuz Göncü Şavran



İstanbul'da doğan yazar lisans, lisansüstü eğitimini Anadolu Üniversitesinde tamamladı. Anadolu Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü'ndeki görevine 2001 yılında başladı ve hâlen devam ediyor. Çeşitli uluslararası ve ulusal yayınları ve projeleri bulunan Göncü Şavran'ın akademik çalışmaları sağlık sosyolojisi, beden sosyolojisi, çalışma sosyolojisi ve toplumsal cinsiyet alanlarında yoğunlaşmaktadır.

Dr. Ayşe Güliz Dirimen Arıkan



İstanbul'da doğan yazar, lisans eğitimini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 1996 yılında, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimini ise 2004 yılında tamamladı. Artvin, Bursa ve İstanbul illerinde Devlet Hastaneleri, Entegre İlçe Devlet Hastanesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Semt Poliklinikleri, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması (AÇS-AP) Merkezi gibi sağlık sisteminin farklı basamaklarında uzman doktor olarak çalıştı. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Moleküler Tıp programında ikinci doktora eğitimini 2017 yılında tamamladı. Akademik yaşamına Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğretim üyesi olarak başlayan Dr. Arıkan, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), Avrupa Aile Hekimleri Birinci Basamak Araştırma Ağı (EGPRN), Türkiye Obezite Araştırma Derneği, Afet Araştırmaları Derneği ve Avrupa Hipertansiyon Derneği gibi ulusal ve uluslararası derneklere üyedir. 2021 yılından beri İstanbul Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesinde öğretim üyesi olarak görev yapan yazar, Tıp Eğitimi ve Aile Hekimliği Ana Bilim Dalları Başkanlıklarını yürütmektedir.

Çöp Yolu'nda, davul dengi dengine lafını, "Kanı kurşunlu yiğide, ciğeri tozlu gelin" lafı karşılardı. Bu laf akü işçisi gençlerin peş peşe iplik işçisi kız almasından sonra ortaya çıkmıştı. Akü fabrikasında iki üç yıl çalışan erkeklerin kanına kurşun işler, kanı kurşunlu yiğit iktidarsızlığa düşer, evlenip Çöp Yolu'na çıkamazdı. Bu işçilere bir tek sarım soluk iplik işçisi kızlar varırdı.

(Latife Tekin, Berci Kristin Çöp Masalları)

Sağlık, toplumun en temel kaynaklarından biri. Nasıl ki adalet yalnızca mağdurlar için değil, toplumun tamamının varlığı için gerekliyse; sağlık da yalnızca hastalara özgü bir mesele değil, toplumun tüm üyeleri için ortak bir kamusal gereksinim. Bu nedenle, sağlıklı olma hakkı pek çok anayasa ve uluslararası sözleşmede temel bir insan hakkı olarak tanımlanıyor. Sağlık hizmetlerinin herkese eşit, adil ve nitelikli biçimde sunulması, çağdaş toplumların temel hedeflerinden biri olarak kabul edilmekte. Ancak hukuki tanım ve normatif kabul, fiili eşitlik anla-

mına gelmemekte. Özellikle yoksullar, kadınlar ve göçmenler gibi gruplar hem sağlıklı yaşam koşullarına hem de sağlık hizmetlerine erişim açısından sistematik ve önlenebilir dezavantajlara sahip. Bu durum sağlık eşitsizlikleri olarak kavramsallaştırılmakta. Sağlık eşitsizlikleri, yalnızca bireysel durumların değil; toplumsal yapıların, ekonomi politikalarının ve ataerki ilişkilerin ürettiği yapısal sonuçların birer yansıması.

Günümüzde sağlık sorunları, medya ve kamu politikaları aracılığıyla sıklıkla hareketsiz yaşam tarzı, kötü beslenme ya da sigara kullanımı gibi bireysel tercihlere

indirgenmekte. Bu söylemler, sınıfsal farklılıkları görmezden gelerek sağlık sorunlarını sadece bireylerin kişisel seçimlerinin sonuçları gibi sunmakta. Oysa yetersiz beslenme, obezite ya da tütün kullanımının sosyoekonomik dağılımı üzerine yapılan araştırmalar bu risk faktörlerinin sınıf temelinde dağıldığını göstermekte. Bazı insanların kendilerine daha az dikkat ettikleri için hasta, diğerlerinin sağlıklı seçimler yaptıkları için sağlıklı oldukları yönündeki bireyci söylem hastayı suçlamakla hatta etiketlemekle kalmıyor, aynı zamanda sağlığın sosyal belirleyicilerini görünmez kılıyor. Oysa sağlıklı olmak ya da sağlık



hizmetine ulaşabilmek çoğu zaman bir tercih değil; bireyin doğum yeri, sosyoekonomik konumu, cinsiyeti, etnik kimliği ya da konuştuğu dil tarafından belirlenen bir ayrıcalıktır.

Bu yazıda, sağlıkta eşitsizliklerin farklı boyutları ve sosyal belirleyicileri ele alınacak; kırsal-kentsel sağlık farklılıklarının sonuçları üzerinde durulacak; dezavantajlı gruplar (mülteciler, engelliler, yaşlılar vb.) bakımından sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklar incelenecektir. Ayrıca “kimseyi geride bırakmama” prensibinin, politika tasarımlarına nasıl yansıtılabileceğine dair çözüm önerileri de sunulacaktır.

Sağlığa Erişimde Kırılganlık

Sağlık eşitsizlikleri sağlıklı bir yaşamı mümkün kılan sosyal, kültürel ve ekonomik koşulların eşitsiz dağılımının bir sonucu olarak düşünülebilir. Bu eşitsizlikler, bireylerin sağlık durumlarını baştan belirleyen ve devam ettiren toplumsal dışlanma rejimlerinin bir parçası. Yoksullar ve işsizler, genel sağlık sigortası primlerini ödeyemedikleri için küresel olarak kamu sağlık sisteminin dışında kalabiliyor; bu da özellikle kronik hastalıkların erken tanı ve düzenli izlem gerektirdiği durumlarda büyük bir eşitsizlik yaratıyor. Kaçak ya da kayıt dışı göçmenler yasal konumları olmadığı için sağlık kuruluşlarında reddedilebiliyorlar veya tedavi süreçlerinde sürekli bir belirsizlik ve korku yaşayabiliyorlar. Mevsimlik tarım işçileri ve çocuk işçiler

gibi güvencesiz gruplar ağır ve sağlıksız koşullarda çalıştıkları hâlde ne iş sağlığı hizmetlerinden ne de temel koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanabiliyorlar. Kırsal alanlarda yaşayanlar için sağlık kuruluşlarına erişimde mekânsal uzaklık ve ulaşım eksikliği büyük bir engel iken; düşük eğitim düzeyine sahip bireyler sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını geliştirme ya da tedavi planlarını anlama ve uygulama konusunda dezavantajlıdır. Dil bariyeri, özellikle mülteciler ve göçmenler için yalnızca iletişimsel değil; aynı zamanda güvenlik, mahremiyet ve tedaviye katılım açısından da ciddi sonuçlar doğuruyor. Bazı gruplar ise [örneğin HIV pozitif bireyler, farklı cinsel yönelimi olan (LGBTQI+) bireyler] hem sağlık kurumlarında hem toplumda damgalama ve ayrımcılığa maruz kalabildikleri için ya hizmet almaktan çekinebiliyorlar ya da nitelikli hizmete erişemiyorlar. Bürokratik karmaşıklık ve dijitalleşmenin getirdiği yeni uygulamalar da özellikle kırılgan gruplar için sağlık sistemini daha erişilmez kılabilir. Birçok dijital sağlık işlemi e-randevu sistemleri, teletıp platformları ve sağlık bilgi portalı gibi teknolojik araçlar üzerinden yürütülürken; yaşlılar, düşük dijital okuryazarlığa sahip bireyler veya dil bariyeri yaşayanlar bu araçları kullanmakta zorlanabiliyorlar. Toplumsal cinsiyet de sağlık eşitsizliklerini derinleştiren temel değişkenlerden biri olarak karşımıza çıkıyor. Kadınlar, özellikle bakım emeğinin yükünü taşıyanlar, sağlık hizmetlerine zamanında ulaşmada ciddi engellerle karşılaşabiliyorlar; üreme

Sağlık eşitsizliklerinin bir yanı sağlıklı bir yaşam sürmek için gerekli kaynaklara erişememekle ilgiliyken diğer yanı sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde karşılaşılan sistematik sorunlarla ilgilidir. Diğer bir deyişle sağlık hizmetlerine erişim, yalnızca hizmetin varlığı ve sunum biçimiyle değil, aynı zamanda bu hizmeti kullanacak bireylerin sosyoekonomik, kültürel ve demografik özellikleriyle de şekillenmekte.

sağlığı hizmetlerine erişim konusunda da yapısal kısıtlamalar, kültürel tabular ve sağlık çalışanlarının tutumları belirleyici olabiliyor. Kadınların yaşadığı ayrımcılık, sıklıkla cinsiyet rolleriyle iç içe geçmiş şekilde hem toplumsal hem de kurumsal düzeyde yinelenmekte. Tüm bu farklı engeller, sağlık eşitsizliklerinin tesadüfi ya da bireysel eksiklerden değil, toplumsal yapının sistematik olarak bazı grupları dışarıda bırakan doğasından kaynaklandığını açıkça ortaya koymakta. Literatürde, sağlıklı yaşam için gerekli kaynaklara ve sağlık hizmetlerine erişimin sınıf, sosyal statü, meslek, toplumsal cinsiyet, vatandaşlık konumu, etnik köken, cinsel yönelim, eğitim düzeyi gibi çok sayıda değişken tarafından etkilendiğini ortaya koyan çalışmalar mevcut (Cabañero-Garcia et al., 2025; Bammert et al., 2024; Alemu et al., 2024).

Eşitsizliklerin Birikimselliği ve Kesişimselliği

Sağlık eşitsizlikleri, yalnızca tekil ve anlık dezavantajlardan değil, zaman içinde biriken ve birbirini pekiştiren yapısal koşullardan kaynaklanmakta. Dezavantajların birikimselliği kavramı, yaşam süreci boyunca karşılaşılan ve üst üste binen eşitsizliklerin bireylerin durumlarını giderek daha da kötüleştirdiğini ifade ediyor. Örneğin çocuklukta yetersiz beslenme ve sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, ilerleyen yaşlarda kronik hastalıkların görülme olasılığını artırırken, düşük sosyoekonomik konum nedeniyle bu hastalıkların tedavisinde de yetersizlik yaşanabiliyor. Yaşam süreci yaklaşımı da benzer şekilde bireylerin sağlıklarının yaşamın erken dönemlerinden itibaren şekillendiğini ve sosyal, ekonomik, çevresel faktörlerin zaman içinde sağlıkta kalıcı eşitsizlikler yarattığını vurgulamakta. Bu yaklaşım, sağlık eşitsizliklerinin sadece bugünkü koşullardan değil, geçmiş deneyimlerin ve uzun vadeli sosyal dışlanma süreçlerinin bir sonucu olduğunu gösteriyor. Diğer bir deyişle sağlıkta görülen farklar ve eşitsizlikler sadece bireysel tercihlerin ya da genetik faktörlerin değil, toplumsal yapıların ve politikaların uzun süreli etkilerinin birer yansımasıdır.

Öte yandan, sağlık eşitsizliklerini anlamak için yalnızca zamansal bir birikimden değil, aynı anda işleyen çoklu kimlik eksenlerinden kaynaklanan kesişimsel eşitsizliklerden de söz etmek önemli.

Kimberlé Crenshaw'ın (1989) ortaya koyduğu kesişimsellik kuramı, bireylerin yalnızca tek bir kimlik üzerinden değil; cinsiyet, ırk, sınıf, engellilik, cinsel yönelim gibi çoklu toplumsal konumlar üzerinden maruz kaldıkları ayrımcılık biçimlerinin iç içe geçtiğini ve bu birleşik etkilerin benzersiz bir dezavantaj yarattığını savunmakta. Patricia Hill Collins (2008) ise bu çoklu baskı sistemlerini "egemenlik matrisi" (matrix of domination) kavramıyla açıklayarak, sağlık gibi alanlarda da bu eşitsizliklerin yapısal düzeyde üretildiğini belirtmekte. Örneğin göçmen bir kadının sağlık hizmetlerine erişimi hem cinsiyetçi normlar hem ırk temelli ayrımcılık hem de düşük sosyoekonomik konum nedeniyle aynı anda kısıtlanabiliyor. Dolayısıyla kesişimsel analiz, sağlık eşitsizliklerini tek boyutlu değil, çok katmanlı bir biçimde değerlendirmeye olanak sağlıyor ve politika üretiminde daha adil ve kapsayıcı yaklaşımların geliştirilmesine zemin hazırlıyor.

Sağlık Hizmetlerine Erişimde Çok Boyutlu Eşitsizlikler

Sağlık eşitsizliklerinin bir yanı sağlıklı bir yaşam sürmek için gerekli kaynaklara erişememekle ilgiliyken diğer yanı sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde karşıla-

Dünya Sağlık Örgütü tarafından benimsenen "Kimseyi Geride Bırakmama" ilkesi, evrensel kapsayıcılık ve eşitlik hedeflerini vurgulayan temel bir politika çerçevesi ve sağlık hizmetlerine erişimde hiçbir bireyin veya dezavantajlı grubun dışlanmamasını hedefliyor. Bu ilke özellikle marjinalize edilmiş (aykırılaştırılmış), yoksul, etnik azınlıklar, göçmenler, engelliler ve diğer kırılgan grupların sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmeye odaklanıyor.

şılan sistematik sorunlarla ilgilidir. Diğer bir deyişle sağlık hizmetlerine erişim, yalnızca hizmetin varlığı ve sunum biçimiyle değil, aynı zamanda bu hizmeti kullanacak bireylerin sosyoekonomik, kültürel ve demografik özellikleriyle de şekillenmekte. Günümüzde erişim, sağlık sistemlerinin sunum kapasitesi ile kullanıcıların ihtiyaç, beklenti ve özellikleri arasındaki uyum derecesi olarak tanımlanmakta ve hem arz hem de talep yönlü dinamiklerin etkileşimiyle açıklanmakta. Bu nedenle etkin ve eşitlikçi bir sağlık hizmeti için, kullanıcıların karşılaştığı yapısal ve bireysel engellerin sistem düzeyinde göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim, ulaşılabilirlik, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik, karşılanabilirlik, anlaşılabilirlik ve süreklilik boyutlarını karşılamalı. Şimdi dilerseniz her bir boyutu ayrı ayrı ele alalım.

Erişilebilirlik, sağlık hizmetlerinin nice-liksel-niteliksel varlığı, personel sayısı ve altyapı gibi yapısal unsurları kapsar. Uzman doktor, hemşire ve teknisyen eksikliği ile donanım yetersizliği bu alanın temel sorunlarıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sonrası hasta sayısı artsa da bazı uzmanlık alanlarında ve bölgelerde hizmet açığı sürüyor. Örneğin özellikle Kuzeydoğu, Güneydoğu ve Orta Doğu Anadolu'da hizmet kalitesinde ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler sürüyor, bazı hastalar katkı payı ve ilaç maliyetleri nedeniyle hizmetlerden tam olarak faydalanamıyorlar (Uğur & Turgil, 2021). Sayıları yıllar içinde artmış olsa da sağlık profesyonelleri doğu illerine ve kırsal alanlara kıyasla İstanbul, Ankara ve İzmir gibi metropollerde ve sosyoekonomik açıdan gelişmiş bölgelerde daha fazla yoğunlaşıyor (Çınaroğlu, 2021). Programla birlikte kamu hastaneleri performansa dayalı sistemle yönetilmeye başlandı, özel sektörün payı büyürken kamu hizmetlerinin kapsamı daraldı. Bu durum, sağlık sistemini kamu yararından çok piyasa mantığına göre şekillendirerek kamu-özel ayrımını artırdı. Neoliberal politikalar dünya genelinde sağlık hizmetlerini kısa süreli, tedavi odaklı hâle getirirken, koruyucu hizmetlerin ve sosyal belirleyicilere dönük müdahalelerin önemi azaldı (Szymborska & Szymborski, 2025; Gönç, 2017; Glasgow & Schrecker, 2016). Türkiye'de koruyucu hizmetlere ayrılan kaynakların sınırlılığı, sistemin ancak hastalık ortaya çıktığında devreye girmesine ve kronik hastalık yönetiminde yetersizliğe yol açıyor.



Ulaşılabilirlik, sağlık kurumlarına fiziksel erişimi ifade eder. Türkiye'de kırsal bölgelerdeki kurum eksikliği, ulaşım sorunları ve personel dengesizliği bu erişimi zorlaştırıyor (Pala, 2021). 2023 yılında yüz bin kişiye düşen hekim sayısı Türkiye ortalaması 239 iken İstanbul'da 368, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 155 (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025, s.224). Elbette bölge ortalamaları farklı değerlerin birleşiminden oluşuyor, örneğin uzman hekim sayısı İstanbul'da 24.601 iken üçü de Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan Şırnak'ta 270, Batman'da 471, Diyarbakır'da 1.600 (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025, s.253). Dolayısıyla ortalama değerler, hizmet sunumundaki gerçek kapasite farklarını maskeleyerek politika tasarımında yanıltıcı sonuçlar doğurabiliyor. Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri azaltan bir sistem olan aile hekimliği sistemi de bazı bölgelerde hâlâ zayıf işliyor. Örneğin Köse (2022) 2012-2019 yılları arasında İstanbul, Batı Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde aile hekimliği sistemin etkinliğinin düşük olduğunu ortaya koymuş, bir başka çalışmada ise illerin sosyoekonomik düzeyi arttıkça aile hekimliğinin etkinliğinin de arttığı belirtilmiştir (Keskin, 2018).

Karşılabilirlik, hizmetin ekonomik olarak erişilebilir olmasını ifade ediyor. Katkı payları, reçete ücretleri ve özel hastane farkları düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetine ulaşmasını zorlaştırıyor.

Kayıt dışı çalışanlar ve göçmenler ise finansal engellerle karşılaşılıyor. Bu durum, sınıfsal ayrışmayı büyütüyor ve sağlık hakkının eşitsiz kullanılmasına neden oluyor. Türkiye'de sigorta yaygın ama prim borcu olanlar ve kayıt dışı çalışanlar hizmeti maddi nedenlerle erteleyebiliyor.

Anlaşılabilirlik ve kabul edilebilirlik, hizmetin bireyin bilgi düzeyine uygun, kültürel değerlere ve beklentilere duyarlı olmasını gerektiriyor. Düşük sağlık okuryazarlığı, özellikle yaşlı ve eğitimsiz bireylerde sağlık hizmetinden faydalanmayı zorlaştırıyor. Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeyinin özellikle yaşlı ve düşük eğitilmiş bireylerde düşük ve eğitim seviyesi düşük olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığının yetersizliği sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımı zorlaştırıyor (Durusu Tanrıöver vd., 2014; Kozak & Aykul, 2021).

Özetle, sağlık hizmetine erişim sadece fiziksel değil; coğrafi, ekonomik, kültürel ve bilişsel boyutları da içeriyor. Sosyal devletin bu alandaki rolü zayıfladıkça, özellikle yoksullar, göçmenler ve dezavantajlı gruplar hizmetlerden yeterince yararlanamıyor ve sağlık eşitsizlikleri giderek derinleşiyor.

Neoliberalizm ve Sağlık Eşitsizlikleri

Sağlığın temel belirleyicilerinden olan yaşama ve çalışma koşullarını anlamak için, bu koşulları şekillendiren neoliberal

politikaların etkisini incelemek gerekir. Neoliberalizm, devletin ekonomik ve toplumsal alanlardaki rolünü azaltarak temel hizmetlerin piyasaya devrini savunur. Bu yaklaşım eğitimi, sağlığı ve konutu bireysel sorumluluğa indirirken, devletin refahı önceleyen müdahalelerini ekonomik verimsizlik olarak görür. Neoliberal politikalar, sağlıklı beslenme ve beden sağlığı gibi belirleyiciler üzerinde olumsuz etkiler yaratır. Uzun ve güvensiz çalışma saatleri, düşük ücretli işler ve yoksulluk, sağlıklı gıdaya erişimi ve fiziksel hareketliliği kısıtlar. Düşük gelirli bireyler genellikle ucuz ve sağlıksız gıdalara yönelmekte, düzenli fiziksel aktiviteye zaman bulamamaktadır. Bu da obezite ve kronik hastalıkların yayılmasına yol açar. Neoliberal dönüşüm, sadece sağlık hizmetlerine erişimi değil, sağlıklı yaşam koşullarını da sınırlar.

1980 sonrası yükselen bu politikalar, refah devletinin sosyal işlevlerini zayıflattı ve sağlık hizmetlerinde köklü değişiklikler yarattı. Kamusal ve eşitlikçi sağlık anlayışı yerini piyasa mantığına, bireysel sorumluluğa ve performans ölçütlerine bıraktı. Sağlık, artık bir hak değil, bireysel tercihlerin sonucu olarak görülüyor ve birey, sistemin muhatabı değil, ödeme gücüne göre hizmete ulaşan bir "müşteri"ye indirgeniyor. Türkiye'de bu dönüşüm, 2003'te başlayan SDP ile somutlaştı. Kamu kurumları işletme mantığıyla yeniden yapılandırıldı, özel sektör teşvik edildi. Performansa dayalı ücretlendirme ve katkı payı uygulamaları

sağlık hizmetlerini ticarileştirdi, hizmetin niteliği ile bireyin ekonomik ve sosyal konumu arasındaki bağ belirginleşti. Bu süreçte koruyucu sağlık hizmetleri geri planda kalırken, dezavantajlı gruplar sistemin dışında kaldı.

Neoliberal sağlık politikalarının en çarpıcı sonucu, eşitsizliklerin bireysel sorumluluk söylemiyle meşrulaştırılması oldu. Sağlıkla ilişkili risk faktörleri, yapısal nedenlerden çok bireyin tercihleri, bilgi düzeyi ve motivasyonu ile açıklanmaya başlandı; bu da sosyal belirleyicilerin (gelir, eğitim, istihdam, çevre, beslenme, barınma koşulları vb.) etkisini görünmez hâle getirdi. Türkiye’de, yoksul mahallelerde yaşayan bireylerin sağlıklı beslenme, obezite, diyabet ve solunum yolu vd. hastalıklara daha sık yakalanması gibi örnekler yalnızca kişisel sorumsuzlukla değil; aynı zamanda sistematik yoksulluk, mekânsal eşitsizlik ve sağlık okuryazarlığındaki farklılıklarla açıklanabilecek sosyal bir arka plana sahip. Ancak mevcut politikalar bu çok boyutlu eşitsizlikleri tanımak yerine, bireyleri “sağlık yatırımcısı” olarak konumlandırmakta ve sağlıklı yaşam tarzını sürdüremeyenleri dolaylı olarak “suçlu” ilan etmekte. Bu durum, sağlık sisteminin eşitlikçi işlevini zayıflatmakla kalmıyor, aynı zamanda yoksulların maruz kaldığı sağlık sorunlarını bireysel başarısızlık olarak yeniden üretiyor.

Sonuç olarak, neoliberal sağlık politikaları yalnızca eşitsizlikleri artırmakla kalmadı, aynı zamanda bu eşitsizlikleri bireysel yaşam tarzı söylemiyle örtbas eden bir ideolojik hegemonya üretti. Bu hegemonya, yapısal engellerle karşılaşan bireylerin sağlık hizmetlerine erişim sorunlarını “kişisel tercih” ya da “bilinç eksikliği” ile açıklayarak, sağlık alanında sosyal adalet ve eşitliği zayıflatıyor.

Kimseyi Geride Bırakmamak Nasıl Mümkün?

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından benimsenen “Kimseyi Geride Bırakmama” ilkesi, evrensel kapsayıcılık ve eşitlik hedeflerini vurgulayan temel bir politika çerçevesi ve sağlık hizmetlerine erişimde hiçbir bireyin veya dezavantajlı grubun dışlanmamasını hedefliyor. Bu ilke özellikle marjinalize edilmiş (aykırılaştırılmış), yoksul, etnik azınlıklar, göçmenler, engelliler ve diğer kırılgan grupların sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmeye odaklanıyor. DSÖ, bu



grupların sağlık ihtiyaçlarının görünür kılınması ve sağlık sistemlerinin bu ihtiyaçlara uygun olarak güçlendirilmesi için stratejik rehberlik sağlamakta. İlke, sadece sağlık hizmetlerinin fiziki erişimi değil; ekonomik, kültürel ve bilgiye dayalı erişilebilirliği de kapsamakta.

Sağlık, yalnızca bireylerin biyolojik durumu değil, aynı zamanda vatandaşlık hakları, siyasal temsil ve toplumsal katılım biçimleriyle iç içe geçmiş bir toplumsal hak. Bu nedenle, sağlıkta adaleti sağlamak için, sağlık sisteminin işleyişinden çok daha geniş bir siyasal zeminde mücadele verilmeli. Diğer bir deyişle sağlık eşitsizliklerinin çözümüne yönelik yaklaşımlar yalnızca teknik ve sektörel müdahalelerle sınırlandırılmamalı; bu eşitsizliklerin beslendiği tarihsel, politik, kültürel ve yapısal ilişkilerin dönüşümünü hedefleyen kapsayıcı ve eleştirel bir demokratik tutum gerekli. Bu bağlamda radikal demokrasi yaklaşımı, özellikle de kesişimsel ve birikimsel sağlık eşitsizliklerinin çözümünde yalnızca reformist değil, kurucu ve dönüştürücü bir çerçeve sunuyor. Ernesto Laclau ve Chantal Mouffe’un (1985) geliştirdiği radikal demokrasi anlayışı, toplumsal taleplerin çoğulculuk temelinde bir araya gelerek hegemonik düzenin dışlayıcı normlarıyla mücadele edebileceğini ve bu yolla yeni bir eşitlik rejiminin kurulabileceğini savunur. Bu yaklaşım, homojen, nötr ve soyut bir yurttaşlık idealinin ötesine geçerek, farklılıkların – sınıfsal konum, etnik kimlik, cinsiyet, engellilik, göçmenlik

durumu gibi – tanındığı, meşrulaştırıldığı ve siyasal olarak temsil edildiği bir kamusal alan hayal eder, ancak temsil tek başına yeterli olmaz. Sağlık politikalarının eşitlikçi hâle gelmesi ancak bu tür bir çoğulcu ve katılımcı siyasal düzende mümkün. Örneğin göçmenler, engelliler, cinsel yönelimi farklı (LGBTQI+) bireyler ve yoksullar gibi marjinalleştirilmiş (aykırılaştırılmış) grupların yalnızca temsili değil, karar alma süreçlerinde etkin bir özne olarak yer almaları sağlandığında sağlık eşitsizliklerinin kök nedenleriyle yüzleşmek mümkün hâle geliyor. Radikal demokrasinin sağlık politikaları alanına uygulanması, sadece hizmet sunumunun adil hâle getirilmesiyle sınırlı kalmayıp, sağlık hizmetlerinin nasıl üretileceğine, kimin ihtiyaçlarının önceleneceğine ve hangi toplumsal grupların bu süreçte söz sahibi olacağına dair sorulara da politik yanıtlar üretmeyi zorunlu kılmakta.

Radikal demokrasi, toplumsal talepleri sınırlı kaynaklar için rekabet eden sesler olarak değil, ortak bir adalet mücadelesinde buluşan dayanışma biçimleri olarak görür. Bu anlayış, sağlık hizmetlerine eşit erişimin ötesinde, sağlıklı belirleyen yapısal koşulların – barınma, eğitim, çevre, çalışma koşulları, sosyal dışlanma gibi – bütüncül biçimde ele alınmasını ve dönüştürülmesini gerektirmekte. Nancy Fraser’in (1997) adaletin üç boyutuna dair çerçevesi – maddi kaynakların adil dağılımı, toplumsal kimliklerin tanınması ve karar süreçlerine katılım – sağlık eşitsizliklerinin çok boyutlu doğasını

kavramak açısından açıklayıcı. Fraser'a göre adalet için yalnızca ekonomik eşitsizliklerin giderilmesi yeterli değil, kültürel görünürlük ve siyasal özneleşme de gerekir.

Bu çerçevede radikal demokrasinin "kimseyi geride bırakmama" ilkesi, sağlık politikalarının toplumsal eşitlik temelinde yeniden inşası için güçlü bir zemin sunar. Sağlığı piyasa malı ya da bireysel sorumluluk değil, kolektif bir hak olarak tanıyan bu yaklaşım; sosyal devletin güçlendirilmesini, kapsayıcı ve katılımcı kamusal sağlık hizmetlerinin inşasını zorunlu kılar. Bütün bunlara dayanarak farklı toplumsal grupların ihtiyaçlarını gözetken, eşit temsile dayalı ve karar alma süreçlerine katılımı esas alan demokratik bir sağlık sisteminin, yalnızca daha adil bir sağlık ortamı yaratmakla kalmayacağı, aynı zamanda toplumsal adaletin bütününe yönelik dönüşümün de temelini oluşturacağına şüphe yok.

Kaynaklar

Alemu, F.W., Yuan, J., Kadish, S. et al. (2024). Social determinants of unmet need for primary care: a systematic review. *Syst Rev* 13, 252.

Atılğan, E. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkileri. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 18(96), 8-23.

Bambra, C. (2011). Work, worklessness and the political economy of health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(9), 746-750.

Bammert, P., Schüttig, W., Novelli, A. et al. (2024). The role of mesolevel characteristics of the health care system and socioeconomic factors on health care use – results of a scoping review. *Int J Equity Health* 23, 37.

Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285-293.

Brown, W. (2015). *Undoing the demos: Neoliberalism's stealth revolution*. Zone Books.

Cabañero-Garcia, E., Martinez-Lacoba, R., Pardo-Garcia, I. et al. (2025). Barriers to health, social and long-term care access among older adults: a systematic review of reviews. *Int J Equity Health* 24, 72.

Collins, P. H. (2008). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2nd ed.). Routledge.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8> (Erişim Tarihi: 25.06.2025).

Çınaroğlu, S. (2021). Türkiye'de iller düzeyinde sağlık personeli dağılımı ve daha etkin politika ihtiyacı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 235-254.

DSÖ. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution> (Erişim Tarihi: 23.06.2025).

DSÖ. (2025). Global strategy: Leave no one behind. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/mca/global-strategy---leave-no-one-behind> (Erişim Tarihi: 23.06.2025).

Durusu Tanrıöver, H., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, F. N., Çakır, B., & Akalın, E. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları. <https://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cda186a2b33001a409.pdf>

Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160-1177.

Elbek, O., & Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Demeği Bülteni*, 12(1), 33-44.

Fraser, N. (1997). *Justice Interruptus: Critical Reflections on the "Postsocialist" Condition*. Routledge.

Glasgow, S., & Schrecker, T. (2016). The double burden of neoliberalism? Noncommunicable disease policies and the global political economy of risk. *Health & Place*, 39, 204-211.

Göç Araştırmaları Demeği (GAR). (2000). İstanbul'daki sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engeller ve çözüm önerileri. Göç Araştırmaları Demeği. https://gocarastimlari.demegi.org/wp-content/uploads/GAR_MSF_saglik.pdf.

Gönc, T. (2017). Neoliberal Politikaların Küresel Düzeyde Sağlık Üzerindeki Etkileri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 159-178.

Gönc Şavran, T. (2014). Sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri: Eskişehir'de kırsal ve kentsel alanlarda kadın sağlığı. *Fe Dergi*, 6(1), 96-115.

Graham, H. (2009). *Understanding health inequalities* (2nd ed.). Open University Press.

Harris, B., Goudge, J., Ataguba, J. E., McIntyre, D., Nxumalo, N., Jikwana, S., & Chersich, M. (2011). Inequities in access to health care in South Africa. *Journal of Public Health Policy*, 32(1), 102-123.

Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.

Kaihanen, A. M., Virtanen, L., Buchert, U., Välimäki, T., Hietapakka, L., Hörhammer, I., & Terkamo-Moisio, A. (2022). Towards digital health equity: A qualitative study of the challenges experienced by vulnerable groups in using digital health services in the COVID-19 era. *BMC Health Services Research*, 22, 188.

Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42(2), 727-754.

Keskin, H.İ. (2018). Türkiye'de aile sağlığı merkezlerinin teknik etkinliğinin araştırılması: veri zarflama analizi ve süper ekinlik yaklaşımı. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(13), 173-185.

Kozak, F., & Çevik Akyıl, R. (2021). Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(3), 122-132.

Köse, A. (2022). Aile Hekimliği Performans Sisteminin İstatistik Bölge Düzeyinde Etkinlik Analizi ile Değerlendirilmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi* 13, 303-323.

Laclau, E., & Mouffe, C. (1985). *Hegemony and Socialist Strategy: Towards a Radical Democratic Politics*. Verso.

Latife Tekin, Berci Kristin Çöp Masalları, Adam Yayınları, 1. Baskı, 1984 s.42.

Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18.

Mair, J. L., Hashim, J., Thai, L., Tai, E. S., Ryan, J. C., Kowatsch, T., Müller-Riemenschneider, F., & Edney, S. M. (2025). Understanding and overcoming barriers to digital health adoption: a patient and public involvement study. *Translational Behavioral Medicine*, 15(1), ibaf010.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.

Mouffe, C. (2000). *The Democratic Paradox*. Verso.

Navarro, V. (2007). Neoliberalism as a class ideology; or, the political causes of the growth of inequalities. *International Journal of Health Services*, 37(1), 47-62.

Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, 39(3), 423-41.

Pala, K. (2021). Türkiye'de sağlık alanında eşitsizlikler (İstanPol Politika Raporu No. 2021-006). İstanbul Politik Araştırmalar Enstitüsü. <https://istanpol.org/Uploads/ContentManagementFile/2021-006-turkiyede-saglik-alaninda-esitsizlikler-1.pdf> (Erişim Tarihi: 23.06.2025).

Schrecker, T., & Bambra, C. (2015). How politics makes us sick: Neoliberal epidemics. *Palgra ve Macmillan*.

Sen, G., & Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *Global Public Health*, 3, 1-12.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health (Social Determinants of Health Discussion Paper 2, Policy and Practice). World Health Organization.

Szymborska, H., Szymborski, J. (2025). Public health outcomes and the neoliberal health system in Poland. *Rev Evol Polit Econ*.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklen-ti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf>.

Uğur, Z.B., Tırgil, A. (2021). Regional health disparities in the aftermath of health systems reforms in Turkey. *JHESP*, 3, 137-169.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The solid facts* (2nd ed.). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326568>.

Wu, J., Yang, Y., Sun, T., & He, S. (2024). Inequalities in unmet health care needs under universal health insurance coverage in China. *Health Economics Review*, 14, 2.

Kimseyi geride bırakmamak: küresel göç ve mülteci sağlığında tecrübeler ve beklentiler

Dr. Erman Gedikli



2013 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi İktisat Bölümü'nden mezun oldu. 2016 yılında Avrasya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünden İşletme Yüksek Lisans derecesi aldı. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi doktora programını 2021 yılında tamamlayarak doktor ünvanı kazandı. 2017 yılından itibaren İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü'nde görev yapmaya devam eden Dr. Gedikli; tesis yönetimi, çok kriterli karar verme yöntemleri, sağlık turizmi, sağlık kurumları yönetimi alanları üzerine çalışmaktadır.

Konuyu iyice anlamak için girizgah öncelikle 'göçmen' ve 'mülteci' kelimelerini tanımlamak ve bu surette farklarını ortaya çıkarmakla yapılmalıdır. Göçmen 'Uluslararası sınırlar içinde veya ötesinde bir yerden başka bir yere hareket eden kişi' olarak; mülteci ise 'Menşe ülkelerinin dışında bulunan ve zulüm, silahlı çatışma, şiddet veya ciddi kamu düzensizliği sonucunda kendi ülkelerinde zulüm görmekten veya hayatlarına, fiziksel bütünlüklerine veya özgürlüklerine yönelik ciddi bir tehditten korktukları için uluslararası korumaya ihtiyaç duyan kişi' şeklinde tanımlanmaktadır (1, 2). Göçmenlik için nedenler oldukça geniş tutulmuş iken, mültecilikte zaruriyet durumunun vurgulandığını ifade etmek de mümkündür.

Uluslararası Göç Örgütüne göre, 2020 yılı ortası itibarıyla yaklaşık 281 milyon kişi doğduğu ülkenin dışında yaşamaktadır; bu sayı, 1990'a kıyasla 128 milyon kişi artmış ve 1970'teki tahmini sayının ise üç katını aşmıştır (3). Bu durumun hem göçmen ve mülteciler için hem de varış ülkeleri açısından çok daha

fazla sağlık ile ilişkili problemlere gebe olacağını ifade etmek mümkündür. Nitekim, yerinden edilme ve göç, bireylerin sağlık durumunu belirleyen temel faktörler arasında yer almaktadır. Bu nedenle, göç ve yerinden edilmenin nedenlerini anlamak; sağlık sistemlerinin, politika yapıcılarının ve uygulayıcıların, mültecilerin ve göçmenlerin sağlığını koruma ve geliştirme çabalarına önemli katkı sağlayabilir (4, 5).

Göç ve yerinden edilmenin çok boyutlu nedenleri bulunmaktadır. Bu nedenler arasında kentleşme, nitelikli iş gücünün göçü (beyin göçü), geride kalan ailelere sağlanan para transferleri, ayrımcılık, insan kaçakçılığı ve insan ticareti ile iklim değişikliği yer almaktadır (6-8);

- Çatışma ve savaş ortamları, insanların zorla yerlerinden edilmesine yol açmakta ve hem fiziksel hem de ruhsal sağlık üzerinde kalıcı hasarlar bırakabilmektedir.
- Kentleşme, plansız göçlerle birlikte sağlık altyapısına aşırı yük bindirmek ve bulaşıcı hastalıklar gibi riskleri artırmaktadır.

- Nitelikli iş gücünün göçü (beyin göçü), köken ülkelerde sağlık sistemlerinde uzman açığına ve hizmet sunumunda aksamalara neden olmaktadır.
- Geride kalan ailelere sağlanan para transferleri, ekonomik açıdan destek sunsa da özellikle çocuklar olmak üzere aile bireyleri sağlık ve psikolojik risklerle karşı karşıya kalmaktadır.
- Ayrımcılık, dil ve kültürel farklılıklar, yabancı düşmanlığını tetikleyerek göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlamaktadır.
- İnsan kaçakçılığı ve insan ticareti, göçmenleri ciddi fiziksel ve psikolojik travmalara maruz bırakmaktadır.
- İklim değişikliği, doğrudan afetler (sel, kuraklık) ve dolaylı olarak kaynak kıtlığı, yetersiz beslenme ve bulaşıcı hastalıkların artması gibi etkilere milyonlarca insanın sağlığını tehdit etmektedir.

Dünya çapında göçmen ve mülteci akımı yukarıda ifade edilen nedenlerle farklı lokasyonlarda vuku bulmaya



devam etmektedir. Örneğin Ukrayna ve Gazze'nin yanı sıra Suriye, Yemen, Orta Afrika Cumhuriyeti, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Sudan, Etiyopya ve Myanmar gibi ülkelerdeki çatışmalar milyonlarca kişinin yerinden edilmesine yol açmıştır. 2022 ve 2023 yıllarında Pakistan, Filipinler, Çin, Hindistan, Bangladeş, Brezilya ve Kolombiya'da iklim kaynaklı afetler büyük çaplı yerinden edilmelere neden olmuştur. Ayrıca, Şubat 2023'te Türkiye ve Suriye'yi etkileyen depremler sonucunda on binlerce kişi hayatını kaybetmiş; mart ayına kadar Türkiye'de milyonlarca kişi göç etmek zorunda kalmış ve Suriye'de çok sayıda insan evsiz bırakılmıştır (9, 10).

2020 yılı itibarıyla yaklaşık 11 milyon kişiyi kapsayan Meksika-Amerika Birleşik Devletleri hattı, günümüzde dünyanın en yoğun uluslararası göç koridoru olarak öne çıkmaktadır. Onu, büyük ölçüde Suriye iç savaşının tetiklediği zorunlu göç hareketleriyle Türkiye'ye yönelen Suriyeli mültecilerin oluşturduğu Suriye-Türkiye koridoru izlemektedir. Rusya ile Ukrayna arasındaki göç hareketliliği ise, özellikle 2014 ve 2022 yıllarındaki çatışmaların ardından artış göstermiş olup, küresel ölçekte en yoğun göç koridorları arasında yer almaktadır (3).

2022 yılında Türkiye, çoğunluğu Suriyeli olmak üzere yaklaşık 3,6 milyon mülteciye ev sahipliği yaparak üst üste yedinci kez dünyanın en fazla mülteci barındıran ülkesi olmuştur. Pakistan ve İran, Afgan mülteciler açısından başlıca ev sahibi ülkeler olarak ilk 10 içinde yer alırken; Uganda, Rusya, Almanya, Sudan, Polonya, Bangladeş ve Etiyopya da bu sıralamada öne çıkan diğer ülkelerdir. Genel olarak mültecilerin yaklaşık yüzde 70'i, menşe ülkelerine komşu bölgelerde barındırılmıştır (3).

Göçmen ve Mültecilerin Sağlığı

Mülteciler ve göçmenler, göçün farklı aşamalarında (menşe ülkede, geçiş sürecinde ve varış ülkesinde) sağlığa zarar veren koşullara maruz kalmaktadır. Ayrıca varış ve geçiş ülkelerindeki statüleri onları genellikle sosyal sigorta programlarından dışlarken, yasal statüleri veya sınır dışı edilme korkuları sağlık sorunlarına karşı savunmasızlıklarını artırabilmektedir.

Yerinden edilme süreçleri ve hizmet kesintileri, sağlık bakımının sürekliliğini zorlaştırmakta, bu da hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlık göstergelerinde olumsuz sonuçlara yol açmaktadır.

2020 yılı itibarıyla yaklaşık 11 milyon kişiyi kapsayan Meksika-Amerika Birleşik Devletleri hattı, günümüzde dünyanın en yoğun uluslararası göç koridoru olarak öne çıkmaktadır. Onu, büyük ölçüde Suriye iç savaşının tetiklediği zorunlu göç hareketleriyle Türkiye'ye yönelen Suriyeli mültecilerin oluşturduğu Suriye-Türkiye koridoru izlemektedir. Rusya ile Ukrayna arasındaki göç hareketliliği ise, özellikle 2014 ve 2022 yıllarındaki çatışmaların ardından artış göstermiş olup, küresel ölçekte en yoğun göç koridorları arasında yer almaktadır.

Nitekim, göç ve yerinden edilmenin etkileri yalnızca göçmen ve mültecilerle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda varış, geçiş ve menşe ülkelerindeki toplumların sağlık ve refah durumlarını da belirleyici şekilde etkilemektedir (11, 12). Çatışmalar, gelir eşitsizliği, ekonomik dalgalanmalar, hızlı kentleşme ve iklim değişikliği gibi makro düzeydeki faktörler ise hem göç hareketlerini hem de bireylerin sağlık durumunu doğrudan etkileyen dinamikler arasında yer almaktadır (13-15).

Barınma: Mülteciler ve göçmenler için barınmanın önemli bir faktör olduğu kötü yaşam ortamları, solunum yolu hastalıkları, depresyon gibi olumsuz fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Göç yasaları yeterince gelişmemiş ya da yoğun göç dalgalarıyla karşı karşıya olan ülkelerde, kişiler terk edilmiş oteller, nakliye konteynerleri, açık hava kampları, depolar ya da diğer resmî olmayan yerlerdeki geçici gözaltı merkezlerinde tutulabilmektedir. Bu nedenle mültecilerin ve göçmenlerin sağlığını olumsuz etkileyen çevresel belirleyiciler ayrıca dikkate alınmalıdır. Bunlar arasında solunum sağlığını bozabilen kötü hava kalitesi; kamplardaki temiz suya erişim sorunları veya hijyenin sağlanamadığı durumlar; bulaşıcı hastalıkların yayılmasına katkıda bulunabilen yetersiz ısıtma veya aşırı kalabalık gibi kötü konut ve yaşam koşulları yer alır (13, 16). Göçmen ve mültecilere yönelik muayenelerde teşhis edilen sağlık sorunlarının, yaşam koşullarını yansıttığını ifade etmek mümkündür. Büyük ölçüde aşırı kalabalık, su ve havalandırma eksikliği ile kötü beslenmeye bağlı hastalıklardan oluştuğu tespit edilmiştir (17).

Çalışma şartları: Mülteciler ve göçmenler, genellikle güvenliklerinin ve esenliklerinin tehlikede olduğu düşük ücretli sektörlerde kirli, tehlikeli, zor işlerde ve düşük ücretli yüksek riskli sektörlerde istihdam edilmektedir. Bu tür işlerde koşullar genellikle kötü olup, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit eden risklerle, hatta istismarlarla karşı karşıya kalabilirler (13).

Kadınlar, yaşlılar ve çocuklar: Göçmen ve mülteciler için tehditler, riskler ve kırılganlıklar bölgeler arasında ve gruplar içinde farklılık gösterebilir. Özellikle bazı gruplar, bu sorunlardan daha fazla etkilenmektedir; çatışma bölgelerinden gelen gençler, belgesiz çocuklar, refakatsiz ve yalnız seyahat

Türkiye'nin göçmen ve mülteci sağlığı alanında geliştirdiği bütüncül hizmet modeli; çok dilli personel yapısı, kültürel uyum gözetilen uygulamaları ve uluslararası iş birlikleriyle öne çıkmakta ve başka ülkeler için örnek teşkil edebilecek nitelik taşımaktadır. Bununla birlikte, hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği adına personel eğitiminin güçlendirilmesi, toplum katılımının artırılması ve izleme-değerlendirme mekanizmalarının daha da etkin hâle getirilmesi önem arz etmektedir.

eden çocuklar ve yaşlı bireyler bu gruplara örnektir. Ayrıca düşük kaliteli ve yetersiz konutlarda yaşayan mülteci ve göçmen çocukların sağlık sorunları yaşama olasılığı, daha kaliteli konutlarda yaşayan çocuklara kıyasla çok daha fazladır (13).

Erişebilirlik: Mülteciler ve göçmenler, sağlık hizmetlerine erişim konusunda hem genel nüfusla paylaşılan hem de statülerine özgü çeşitli engellerle karşı karşıyadır. Genel erişim engelleri arasında sağlık hizmetlerinin maliyeti, hizmet noktalarının coğrafi uzaklığı ve sağlık sistemlerindeki yapısal eksiklikler öne çıkmaktadır. Bununla birlikte, göçmenlik statüsünün sınırlı tanınması veya cepten yapılan yüksek harcamalar gibi durumlar, özellikle göçmenlere özgü erişim kısıtları yaratmaktadır.

Mülteciler ve göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlayan başlıca engeller arasında kurumsal ve idari yapıların yetersizliği yer almakta; bu durum,

hizmetlerin göçmenlere yönelik açık, düzenli ve kapsayıcı biçimde sunulmasını zorlaştırmaktadır. Ayrıca dil ve kültürel bariyerler, hastaların sağlık hizmetlerini doğru şekilde anlamasını, talep etmesini ve hizmetten memnun kalmasını engellemektedir. Sağlık çalışanlarının ayrımcı tutumları ise göçmenlerin sağlık sistemine olan güvenini sarsarak, bu bireylerin başvuru sıklığını azaltmaktadır. Ulaşım ve finansal zorluklar, özellikle kırsal alanlarda veya sınır bölgelerinde yaşayan mülteci ve göçmenlerin hizmetlere erişimini sınırlarken; doğrudan ve dolaylı sağlık maliyetleri de hem ilk temas hem de ileri tedavi süreçleri açısından önemli engeller oluşturmaktadır (13).

Tüm bu zorluklara ek olarak, temel ilaçlara erişimin sınırlı olması, mültecileri ve göçmenleri kendi kendilerine ilaç kullanmaya yöneltmektedir. Özellikle antibiyotik gibi reçetesiz temin edilebilen ilaçların bilinçsiz kullanımı, uzun vadede antimikrobiyal direnç gibi ciddi sağlık tehditlerine yol açabilmektedir. Öte yandan, aşılama konusundaki politikalar da netlikten uzak; mülteci ve göçmenler için hangi aşılardan ne zaman ve nasıl uygulanacağı ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Bu durum, göçmen statüsüne bağlı kısıtlamalarla birleştiğinde, aşılarla erişimi daha da karmaşık ve belirsiz hâle getirebiliyor (13).

Finansman: Doğrudan ve dolaylı sağlık maliyetleri, bölgeler arasında sağlık hizmetlerine erişimin önündeki en büyük engellerdir. Mülteciler ve göçmenler genellikle cepten ödeme maliyetlerini karşılamakta büyük zorluk içindedir. Neticede sağlık hizmetlerine yerel nüfustan daha az harcama yapma imkânına sahiptirler. Kapsayıcılığın düşük olduğu ve maliyetlerin yüksek olduğu bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim daha da zorlaşmış olacaktır. Ancak bazı çalışmalar, mültecileri ve göçmenleri sağlık kapsamına dâhil etmektense hariç tutmanın ev sahibi ülkeler açısından daha maliyetli olduğunu göstermektedir (13).

Göçmen ve Mültecilere Yönelik Hizmet Sunumu ve Politikalar

Yerinden edilme ve göç bağlamıyla ilgili temel düzenlemelerden biri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan Uluslararası Sağlık Tüzüğüdür (UST). UST mültecilere ve göçmenlere özgü olmamakla birlikte yasal olarak bağlayıcıdır ve üye devletler; giriş noktalarında

(deniz, hava ve kara geçişleri), ihtiyati bir yaklaşımla hastalıkların uluslararası yayılmasını önlemek, bunlara karşı korunmak, kontrol etmek ve halk sağlığı müdahalesi sağlamak için belirli halk sağlığı temel kapasiteleri geliştirmekle yükümlü kılar (18).

Uluslararası Sağlık Tüzüğü haricinde sağlığı temel bir öncelik olarak ele alan ve bölgesel boyutlarda göçü yönetebilmek adına da farklı girişimler bulunmaktadır. Örneğin Avrupa Komisyonu Göç Sağlık Programı; Asya bölgesini kapsayan Kolombo Süreci; Latin Amerika ve Karayip ülkelerini kapsayan Quito Deklarasyonu (18-21).

Ayrıca, DSÖ'nün Sağlık ve Göç Programı, Mültecilerin ve Göçmenlerin Sağlığının Geliştirilmesi Küresel Eylem Planında (2019-2023) küresel, bölgesel ve ülke düzeylerinde uygulanmasına yardımcı olmak ve tüm önceliklerini ele almak da dâhil olmak üzere sağlık ve göç konularında küresel liderlik sağlamak için stratejik bir taahhüt olarak oluşturulmuştur. Bunlar arasında halk sağlığı müdahalelerinin uygulanması, sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin teşvik edilmesi ve kalitesinin sağlanması, mülteci ve göçmenlerin ihtiyaçlarına duyarlı sağlık politikalarının yaygınlaştırılması için savunuculuk yapılması ve sağlığın sosyal belirleyicileri ile mücadele kapasitesinin güçlendirilmesinin yanı sıra eğilimlerin izlenmesi ve raporlanması için bir hesap verebilirlik çerçevesi ve göstergelerin geliştirilmesi yer almaktadır (22, 23).

Dünyanın farklı bölgelerinde, dil, kültür, coğrafya, göç ve yerinden edilmenin bileşenlerindeki farklılıklar nedeniyle otoriteler bölgelere özgü politikalar geliştirmiştir ve deneyimler yaşanmıştır.

Kuzey Amerika'da göçmen sağlığı politikaları, eyalet düzeyindeki düzenlemelerin farklılıkları ile şekillenmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) tarafından belirlenen protokoller doğrultusunda, ülkeye girişten önce yetkilendirilmiş hekimlerce bulaşıcı hastalık taramaları ve aşılama yapılmaktadır. Ancak ülke içerisinde hizmet kapsamı göçmenlerin yasal statüsü ve bulundukları eyalete göre farklılık göstermektedir. Kanada'da ise Geçici Federal Sağlık Programı (Interim Federal Health Program) ile mülteciler ve sığınmacılar, eyalet sağlık sistemine dâhil olana kadar temel, acil

ve önleyici sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Program ayrıca bulaşıcı hastalık taramaları, aşı güncellemeleri ve aile hekimliği sistemine yönlendirmeyi içermektedir (24, 25).

Asya'da göçmen hareketliliğinde iş gücünün göçü ve çevresel risklerin etkisi ön plandadır. Bu bölgede ülke girişlerinde sağlık taramaları yapılsa da hizmet sürekliliği ve kapsayıcılık sınırlı kalmaktadır. Örneğin Tayland sınır göçmen kamplarında Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve bulaşıcı hastalıklara yönelik tedaviler yürütmektedir. Ayrıca mobil klinikler vasıtasıyla göçmen işçilerin hizmetlere erişiminin artırılması hedeflenmiştir. Yoğun işçi göçü alan ve görece zengin olan bölgelerde ülke giriş ve sonrasında hizmet sunumu standardize edilmeye çalışılır. Örneğin Katar'da çalışma vizesi öncesi ve sonrası muayene zorunlu iken, kronik bakım gerektiren durumlarda sağlık hizmetlerinin finansmanı işveren bazlı sigorta sistemi ile sağlanır (26, 27).

Afrika'da göçmen sağlığı girişimleri kıtasal düzeyde politika geliştirme hedefleri ile desteklenir; kaynak kısıtlarına rağmen bazı ülkeler hak temelli uygulamalar geliştirmeyi amaçlamıştır. Örneğin Nijer'de transit göçmenlere yönelik bulaşıcı hastalık taraması ve acil bakım hizmetlerinin sunumu yapılırken, Uganda'da mülteci kamplarına entegre edilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri sunulmaktadır. Güney Afrika Cumhuriyeti'nde ise bazı eyaletlerde bulaşıcı hastalıkların tedavisi göçmenlere de sağlanmaktadır (28, 29).

Avrupa Birliği genelinde göçmenlerin sağlık durumunu izlemek ve uygun hizmetlere yönlendirmek amacıyla geliştirilen politikalar, genellikle erken sağlık taramaları, bulaşıcı hastalıkların tespiti, ruh sağlığı desteği ve anne-çocuk sağlığı hizmetlerini kapsamaktadır. Avrupa'daki deneyimler; göçmen sağlığı hizmetlerinde en önemli engellerin dil bariyerleri, kültürel uyumsuzluklar ve sağlık sistemleri hakkındaki bilgi eksikliği olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle birçok ülke, kültürel arabuluculuk, tercüman hizmetleri ve sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik programlar geliştirmiştir (30).

Avrupa ülkeleri arasında uygulamalar değişkenlik gösterse de ortak eğilim, bulaşıcı hastalık taraması, ruh sağlığı desteği ve çocuk sağlığı hizmetlerine

öncelik verilmesi yönündedir. Örneğin Avusturya'da öncelik bulaşıcı hastalıkların erken tespiti önceliklendirilmiş aynı zamanda dil ve kültür engellerini aşmak amacıyla kültür aracılarında destek alınmaktadır. Almanya'da ise kapsayıcılık odaklı politikalar önceliklendirilmiştir. Ancak bölgelere göre farklılıklar yaşanabiliyor; bazı eyaletler mültecilere erken aşamada kapsamlı sağlık hizmeti sunarken, diğerlerinde daha kısıtlı bir erişim söz konusudur. İtalya'da ilk kabul merkezlerinde hem bulaşıcı hem de kronik hastalıklar için sağlık kontrolleri gerçekleştirilmekte, sonrasında yerel sağlık otoriteleri ile sivil toplum kuruluşları arasındaki iş birlikleri ile süreç yürütülmektedir. Yunanistan'da adalara ulaşan göçmenler için hızlı sağlık değerlendirmesi ve acil bakım önceliklidir. İsveç'te tüm yeni gelenler için gönüllü sağlık muayeneleri önerilmekte, sağlık çalışanlarına dil desteği ve kültürel hassasiyet eğitimleri sağlanmaktadır. Birleşik Krallık'ta ise göçmen sağlığı merkezleri aracılığıyla bulaşıcı hastalık taramaları yapılmakta, ruh sağlığı desteği sunulmakta ve sosyal entegrasyonu destekleyici hizmetler verilmektedir. Bu örnekler, her ülkenin kendi sağlık sistemi ve göç politikaları doğrultusunda farklı ancak ortak hedefe odaklanan uygulamalar geliştirdiğini göstermektedir (30).

Türkiye Örneği

Türkiye, göçmen ve mülteci nüfusun yalnızca belli bir bölgede değil, ülke genelinde dağılmış olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında farklı yönetsel ve organizasyonel yaklaşımlar geliştirmek durumunda kalmıştır. Bu doğrultuda Türkiye, özellikle DSÖ ile iş birliği içerisinde, sağlık hizmetlerinin göçmen ve mültecilere etkili bir şekilde ulaştırılmasını amaçlayan çeşitli düzenlemeleri hayata geçirmiştir.

Bu sürecin önemli bir adımı olarak, Türkiye'de yaşayan Suriyeli mülteciler arasından doktor, hemşire ve sağlık ter-cümanı gibi profesyoneller belirlenmiş, çeşitli eğitim programlarıyla desteklenerek birincil sağlık hizmetlerinde aktif rol almaları sağlanmıştır. Bu uygulama, hem dil hem de kültürel uyum açısından hizmet sunumunu kolaylaştırmış; 2016 yılında çıkarılan ve DSÖ destekli bir eğitim sürecini içeren düzenleme ile bu sağlık personelinin Türkiye sağlık sistemi içinde görev almasına olanak tanınmıştır.



Türkiye, geçici koruma kapsamındaki bireyler için sağlık hizmetlerini iki temel modelde sunmaktadır: Gönüllü Sağlık Hizmetleri ve Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM). Her iki model de yasal düzenlemelerle tanımlanmış, hizmetlerin sürekliliğini ve kalitesini güvence altına almak amacıyla izleme-değerlendirme süreçleriyle desteklenmiştir (31, 32).

Gönüllü Sağlık Hizmetleri, genellikle sivil toplum kuruluşları ve yardım dernekleri tarafından ücretsiz olarak sunulan; özellikle ruh sağlığı, psikososyal destek ve fiziksel rehabilitasyon gibi alanlara odaklanmış hizmetleri içermektedir. Bu hizmetler, Sağlık Bakanlığının belirlediği standartlara uygun şekilde, Türk sağlık çalışanlarının sorumluluğunda ve geçici koruma altındaki göçmen personelin katkısıyla sunulmakta; hizmet süreçleri düzenli olarak kayıt altına alınmakta ve her altı ayda bir izin yenileme prosedürüne tabi tutulmaktadır.

Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM), aile hekimliği modeline benzeyen yapısıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlardır. Özellikle Suriyeli nüfusun yoğun olduğu bölgelerde kurulan bu merkezler, temel sağlık hizmetlerine ek olarak, kamu hastanelerine uzak ya da mülteci nüfusu 20 binin üzerinde olan yerleşimlerde faaliyet gösteren 'güçlendirilmiş GSM' yapısıyla dahiliye, kadın doğum ve psikososyal destek hizmetlerini de kapsamaktadır.

Bu merkezler, Avrupa Birliği tarafından finanse edilen SIHHAT Projesi kapsamında geliştirilmiş ve çift dilli personel ile hasta yönlendirme sistemleri sayesinde erişilebilirliği artırmayı hedeflemiştir. GSM'lerde sadece Suriyeli sağlık çalışanları değil, aynı zamanda Arapça ve Türkçe bilen yönlendirme görevlileri ile çeşitli destek personelleri de görev almaktadır. Yapısal olarak bu merkezler, "Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimleri Yönetmeliği"ne uygun şekilde "TSM Bağlı Birimi" statüsünde faaliyet göstermektedir. Veriler ise dijital olarak "Muayene Bilgi Yönetim Sistemi" aracılığıyla kaydedilmekte ve takip edilmektedir (33).

Türkiye'nin göçmen ve mülteci sağlığı alanında geliştirdiği bütüncül hizmet modeli; çok dilli personel yapısı, kültürel uyum gözetilen uygulamaları ve uluslararası iş birlikleriyle öne çıkmakta ve başka ülkeler için örnek teşkil edebilecek nitelik taşımaktadır. Bununla birlikte, hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği adına personel eğitiminin güçlendirilmesi, toplum katılımının artırılması ve izleme-değerlendirme mekanizmalarının daha da etkin hâle getirilmesi önem arz etmektedir.

Ancak burada vurgulanması gereken en önemli konu Türkiye'nin merkezi yönetim ile sağlık sistemini organize etmesidir. Küresel ölçekte desantralize edilmiş bir sağlık sisteme sahip ve farklı yoğunluktaki göçmen ve mülteci

akımına uğrayan ülkelerin özgün yönetim modelini benimsemeleri gereklidir. Buna ek olarak Türkiye'nin göçmen ve mültecilere yönelik sağlık hizmeti sunumunda SIHHAT Projesi'nden sağlanan finans kaynakları da göz ardı edilmemesi gereken önemli bir konudur. Sadece yönetim ve personel kaynağına sahip olmak değil, aynı zamanda finansal sürdürülebilirlik de önem arz etmektedir.

Sonuç

Günümüzde göçmen ve mültecilerin sağlığı, artık sadece bir insani yardım konusu değil, aynı zamanda küresel sağlık güvenliğinin ayrılmaz bir parçası olarak ele alınması gereken çok boyutlu bir meseledir. Göç olgusunun kalıcılığı düşünüldüğünde, sağlık sistemlerinin bu yeni gerçekliğe göre kendini yeniden yapılandırması kaçınılmazdır. Sağlığa erişimin bir ayrıcalık değil, evrensel bir insan hakkı olduğu gerçeğinden hareketle, mültecileri ve göçmenleri sistem dışında bırakmak, yalnızca bireylerin yaşam hakkını zedelemeyiz; aynı zamanda toplumların genel sağlık direncini de zayıflatır.

Bugün geldiğimiz noktada, sağlık sistemlerinin başarısı yalnızca hastalıkları tedavi edebilme kabiliyetiyle değil; aynı zamanda kırılgan grupları gözetilerek, kapsayıcı ve sürdürülebilir politikalar üretebilme kapasitesiyle ölçülmektedir. Türkiye'nin geliştirdiği uygulamalar bu

anlamda güçlü bir zemin oluşturmuştur ancak mevcut yapının geleceğe dönük daha da güçlenmesi için atılması gereken bazı önemli adımlar mevcuttur.

Öncelikle, veri temelli politika yapımı hayati önem taşımaktadır. Mülteci ve göçmenlerin sağlık durumuna ilişkin güvenilir, güncel ve bağlamsal bilgilerin toplanması, analiz edilmesi ve politika döngüsüne entegre edilmesi, etkili planlama ve kaynak yönetiminin temelini oluşturur. Bu noktada, yalnızca hizmet sunum verilerinin değil; hizmete erişim engelleri, memnuniyet düzeyi ve sağlık okuryazarlığı gibi sosyal belirleyicilerin de izlenmesi önerilmektedir.

Göçmen ve mültecilerin sadece hizmet alıcısı değil, aynı zamanda hizmetlerin şekillendirilmesinde söz sahibi olabileceği mekanizmaların oluşturulması, sahadaki uyumu ve sahiplenmeyi artıracaktır. Geri bildirim mekanizmaları, danışma kurulları ve yerel iş birlikleri bu anlamda kritik araçlardır. Suriyeli sağlık çalışanlarının sistem içinde görev alması yönündeki uygulamalar önemli bir model sunmakta ancak bu modelin sürdürülebilirliği için küresel ölçekte yasal çerçevenin daha da netleştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Tüm bu yapısal ve stratejik yaklaşımların ötesinde en temel gerçeklik şudur: göçmenlerin ve mültecilerin sağlığına yatırım yapmak, sadece halk sağlığını güçlendiren bir strateji değil, aynı zamanda insan onuruna yakışır bir yaşamı savunmanın ifadesidir. Bu konuda ihmalkâr davranmak, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi'nin "kimseyi geride bırakmama" ilkesine ve DSÖ'nün "en kırılganlara hizmet" anlayışına da doğrudan aykırıdır.

Sonuç olarak, göçmen ve mültecilere yönelik sağlık hizmetlerinin geleceği; izleme ve değerlendirme mekanizmalarının güçlendirilmesine, hesap verebilirliğe dayalı uygulama modellerinin yaygınlaştırılmasına ve toplumun her kesimini içine alan dayanışmacı bir anlayışa bağlıdır. Bu dönüşüm sadece göçmenlerin değil; hepimizin daha adil, sağlıklı ve dirençli bir geleceğe ulaşmasının anahtarıdır.

Kaynaklar

1) International Organization for Migration (IOM). (2019). *Glossary on migration* (No. 34). Geneva: International Organization for Migration. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf (Erişim Tarihi: 24.03.2025).

2) United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2021). *UNHCR master glossary of terms*. Geneva: UNHCR. <https://www.unhcr.org/glossary/> (Erişim Tarihi: 07.04.2025).

3) McAuliffe, M., & Ochoa, L. A. (Eds.). (2024). *World migration report 2024*. Geneva: International Organization for Migration (IOM).

4) Kennedy, S., Kidd, M. P., McDonald, J. T., & Biddle, N. (2015–2016). The healthy immigrant effect: Patterns and evidence from four countries. *Journal of International Migration and Integration*, 16(2), 317–332.

5) Moullan, Y., & Jusot, F. (2014). Why is the "healthy immigrant effect" different between European countries? *European Journal of Public Health*, 24(Suppl 1), 80–86.

6) Internal Displacement Monitoring Centre. (2021). *GRID 2021: Global report on internal displacement*. Geneva: Internal Displacement Monitoring Centre. <https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2021/> (Erişim Tarihi: 05.04.2025).

7) Rigaud, K. K., de Sherbinin, A., Jones, B., Bergmann, J., Clement, V., Ober, K., et al. (2018). *Groundswell: Preparing for internal climate migration*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29461> (Erişim Tarihi: 27.03.2025).

8) Butler, C. D. (2014). *Climate change and global health*. Boston, MA: CABI.

9) International Organization for Migration (IOM). (2023). *2023 earthquakes displacement overview – Türkiye*. March. <https://www.iom.int> (Erişim Tarihi: 03.04.2025).

10) Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC). (2022). *Global report on internal displacement 2022*. IDMC. <https://www.internal-displacement.org> (Erişim Tarihi: 22.03.2025).

11) International Labour Organization (ILO), & Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2018). *How immigrants contribute to developing countries' economies*. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/development/how-immigrants-contribute-to-developing-countries/economies_9789264288737-en (Erişim Tarihi: 30.03.2025).

12) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugees and migrant health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311347> (Erişim Tarihi: 06.04.2025).

13) World Health Organization. (2022). *World report on the health of refugees and migrants*. Geneva: World Health Organization.

14) Nielsen, R., Akey, J. M., Jakobsson, M., Pritchard, J. K., Tishkoff, S., & Willerslev, E. (2017). *Tracing the peopling of the world through genomics*. *Nature*, 541, 302–310.

15) Esipova, N., Ray, J., & Pugliese, A. (2015). *How the world views migration*. Geneva: International Organization for Migration. https://publications.iom.int/system/files/pdf/how_the_world_gallup.pdf (Erişim Tarihi: 03.04.2025).

16) Global Detention Project. (2022). *Immigration detention centres* [Website]. Geneva: Global Detention Project. <https://www.globaldetentionproject.org/detention-centres/list-view> (Erişim Tarihi: 25.03.2025).

17) Kuehne, A., van Boetelaere, E., Alfani, P., Fotso, A., Elhammali, H., Khamala, T., et al. (2021). Health of migrants, refugees and asylum seekers in detention in Tripoli, Libya, 2018–2019: Retrospective analysis of routine medical programme data. *PLOS ONE*, 16(6), e0252460.

18) World Health Organization. (2016). *International Health Regulations (2005)* (3rd ed.). Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246107> (Erişim Tarihi: 08.04.2025).

19) Proceso de Quito. (2021). *What we do? Origins of the Quito process*. Panama City: Proceso de Quito. <https://www.procesodequito.org/en/what-we-do> (Erişim Tarihi: 21.03.2025).

20) International Organization for Migration (IOM). (2022). *International technical meeting on human mobility of Venezuelan citizens in the region* (Quito process). <https://www.iom.int/international-technical-meeting-human-mobility-venezuelan-citizens-region-quito-process> (Erişim Tarihi: 29.03.2025).

21) European Commission. (2016). *Migrants' health*. Brussels: European Commission. https://ec.europa.eu/health/social-determinants/migrantshealth_en (Erişim Tarihi: 02.04.2025).

22) World Health Organization. (2019). *Global action plan on promoting the health of refugees and migrants, 2019–2023*. In *Seventy-second World Health Assembly*, Geneva, 20–28 May 2019: Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization.

23) World Health Organization. (2019). *Promoting the health of refugees and migrants*. In *Seventy-second World Health Assembly*, Geneva, 20–28 May 2019 (p. 53) (WHA72(14)). Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328432> (Erişim Tarihi: 09.04.2025).

24) Moyce, S. C., & Schenker, M. (2017). Occupational exposures and health outcomes among immigrants in the USA. *Current Environmental Health Reports*, 4(3), 349–354.

25) La Spina, E. (2019). Categories of exclusion in access to health care for migrants in Canada: A comparative perspective. *Revista de Derecho Político*, 1(105), 197–224.

26) World Health Organization. (2018). *Health of refugees and migrants: Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward*. WHO Regional Office for South-East Asia. https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/health-of-refugees-and-migrants-searo-2018.pdf?sfvrsn=b7c1ad1f_1 (Erişim tarihi: 4 Nisan 2025).

27) Ali, M., Howady, F., Munir, W., Karim, H., Al-Suwaidi, Z., Al-Maslami, M., (2020). Drug-resistant tuberculosis: An experience from Qatar. *Libyan Journal of Medicine*, 15(1), 1744351.

28) Logie, C. H., Okumu, M., Mwima, S., Hakiza, R., Chemutai, D., & Kyambadde, P. (2020). Contextual factors associated with depression among urban refugee and displaced youth in Kampala, Uganda: Findings from a cross-sectional study. *Conflict and Health*, 14(1), 45.

29) de Gruchy, T., & Vearey, J. (2020). "Left behind": Why implementing migration-aware responses to HIV for migrant farm workers is a priority for South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 19(1), 57–68.

30) Optimity Advisors. (2020). *Report on the health status of newly arrived migrants and refugees in EU/EEA* (Chafea Service No. 20177111). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

31) Yamey, G., Shretta, R., & Binka, F. N. (2014). The 2030 sustainable development goal for health. *BMJ*, 349.

32) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (t.y.). *Göçmen sağlığı hizmetleri*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/gsm.html> (Erişim Tarihi: 04.04.2025).

33) sKüçük, A. (2020). Türkiye'de göç ve sağlık politikaları analizi: "SIHHAT Projesi" örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20(47), 473–496.

Küresel sağlık politikalarının yönetişimi, pandemi anlaşması ve Türkiye

Prof. Dr. Osman Hayran



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra aynı üniversitede Halk Sağlığı ihtisası yaptı. Zorunlu hizmetini Kocaeli Sağlık Müdürlüğünde tamamladı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalına geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesini kurmak üzere Dekan olarak görevlendirildi. Dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe Üniversitesinde Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, hâlen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Pandemiler, göçler, çevre sorunları, iklim değışikliği, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik gibi sorunlar ulusal sınırları aşan dinamiklere sahiptir.

Bu nedenle çözümleri için uluslararası iş birliği zorunludur. Öte yandan ülkelerin sağlık alanındaki uluslararası rolleri dış politika ve kalkınma stratejileri ile de yakından ilişkilidir. Bu ilişki dinamiklerini anlamak ve doğru tartışmak için iki kavram ön plana çıkmaktadır: Küresel Sağlık Yönetişimi ve Küresel Sağlık Diplomasisi.

Küresel sağlık yönetişimi; küresel sağlık sorunlarına yönelik karar alma, politika belirleme ve uygulama süreçlerinin, ülkeler, uluslararası kuruluşlar, sivil toplum örgütleri, özel sektör ve akademi gibi çok aktörlü bir yapı tarafından yürütülmesi anlamına gelmektedir. Sadece devletler arası ilişkilerle değil sivil toplum, özel sektör ve akademik kurumların da katılımıyla şekillenmesi en önemli özelliğidir. Paydaşlarla etkileşim ve iş birliği anlamına gelen bu özellik yönetişim kavramını yönetimden ayıran en önemli farktır.

Bu tür uluslar üstü ve sivil toplumu da kapsayan yapılanmaları başarmak için şimdiye kadar geliştirilmiş en önemli araç ise diplomasıdır. Diplomasi kavramı ülkeler arasındaki sorunların savaş yerine karşılıklı görüşmeler, değış-tokuşlar ve uzlaşmalar yoluyla daha rahat çözülebileceğı fikrinden hareketle ortaya çıkmıştır. Başlangıçta sınır güvenliği, ticaret gibi konularda önem taşıyan diplomasi; zaman içerisinde bulaşıcı hastalık salgınları, çevre kirlenmesi gibi sorunların da güvenlik sorunu hâline dönüşebilmesi nedeniyle sağlık konularında da gündeme gelmiştir. Günümüzde tüm bu ilişki dinamiklerinin sağlıklı yürütülmesi anlamında kullanılan kavram küresel sağlık diplomasisi kavramıdır (1).

Ülkelerin sağlıkla ilgili küresel sorunlara karşı politikalarını dış ilişkiler düzleminde sürdürmesini ifade eden küresel sağlık diplomasisi sağlık bakanlıklarının yanı sıra, dışişleri bakanlıkları, ulusal kalkınma ajansları ve uluslararası örgüt temsilcilerini de kapsayan bir kavramdır. Amaç küresel sağlığa katkı sağlamak, bunu yaparken de ülke çıkarlarını koruyacak bir müzakere zemini oluşturmaktır.

COVID-19 pandemisi döneminde önemi artmış; aşı diplomasisi, sınır ötesi kamusal sağlık sorunları için iş birliği ve sağlık sistemlerinin dayanıklılığı gibi konular öne çıkmıştır. Sağlık diplomasisinin ülkelerin yumuşak güç kapasitelerini artıran stratejik bir alan olma özelliğı de bulunmaktadır.

Çok Oyunculu Olmanın Anlamı

Küresel sağlık yönetişimine ilişkin deneyimler incelendiğinde var olan çok sayıdaki oyuncu arasında dördünün ön plana çıktığı görülmektedir: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Bankası (DB), Küresel Fon ve Aşı İttifakı-Gavi (Küresel Aşı ve Bağışıklama İttifakı).

Bunlardan DSÖ ve DB devletler arası kuruluşlar olarak üye ülkelerle bürokratik düzen içerisinde yatay programlar yürütmekte iken diğer ikisi sorun odaklı ve çözüm temelli dikey programlar yürütmektedir. DSÖ ve DB "eski", diğerleri "yeni" tür oyuncular olarak adlandırılmaktadır. Yeni tür oyuncuların ortaya çıkış nedeni DSÖ'nün artık büyük küresel sağlık programlarını yöneteme-



diği, DB'nin de ya konulara yeterince odaklanmadığı ya da faaliyetleri ve etkisi konusunda yeterince şeffaf olmadığı yönündeki inançlardır (2).

Uygulamadan çok finansman amaçlı bir kamu-özel iş birliği örneği olan Küresel Fon, 2002 yılında İsviçre'de Birleşmiş Milletler (BM) tarafından kurulmuştur. İlk ve en büyük bağışçısı Bill-Melinda Gates Vakfı'dır. HIV/AIDS, tüberküloz (TB) ve sıtma ile mücadele etmek, herkes için daha sağlıklı, daha güvenli ve daha eşitlikçi bir gelecek sağlamak amacını güden küresel bir ortaklıktır. Bu sorunlardan en çok etkilenen ülkelerin sağlık sistemlerini ve pandemiye hazırlığını güçlendirmek amacıyla yılda 5 milyar ABD dolarından fazla fon oluşturmakta ve yatırım yapmaktadır (3).

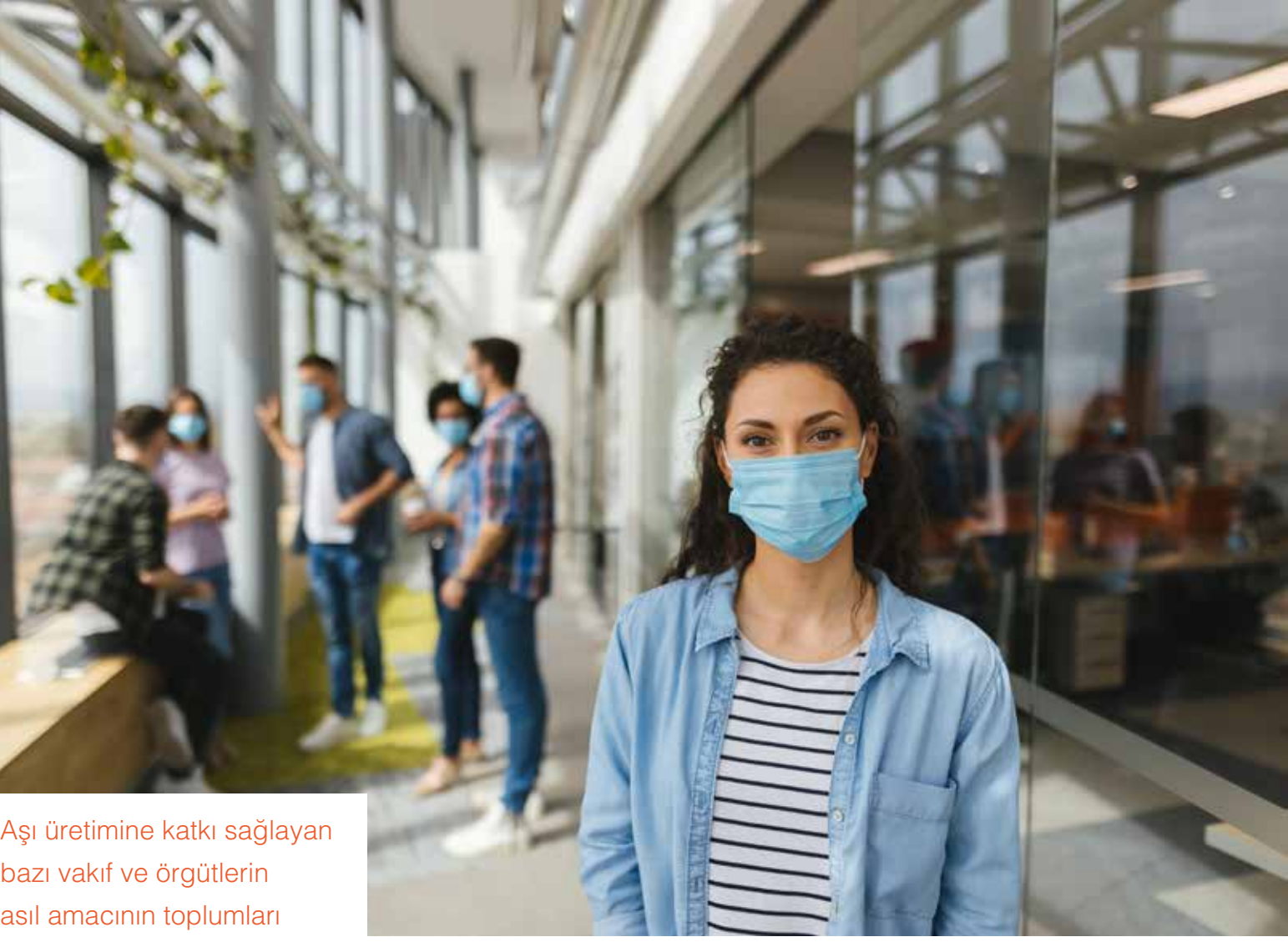
Küresel Aşı ve Bağışıklama İttifakı sözcüklerinin kısaltması olan ve kısaca 'Aşı İttifakı' olarak adlandırılan 'Gavi' ise yoksul ülkelerin aşıya erişimini artırmak amacıyla 2000 yılında kurulmuş uluslararası bir kamu-özel ortaklığıdır. İttifakın kurucuları UNICEF, Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, Bill-Melinda Gates Vakfı'dır (4).

Bu dört ana oyuncunun rol dağılımı kesin çizgilerle ayrılmamış olmakla birlikte karışmayacak biçimde şekillenmiştir. DSÖ ve DB ülkelere teknik konularda destek sağlamakta iken diğer ikisi teknik destek için gerekli olan finansmanı karşılamaktadır. Başka bir deyişle DSÖ sorunlarla mücadelede izlenecek yolları, standartları, normları, uluslararası düzenlemeleri ve anlaşmaları belirlemede, DB bu düzenlemeler için ülke Hazine Bakanlıkları ile temas hâlinde uzun vadeli yatırımlar için ihtiyaç duyulan kredileri sağlamakta, Küresel Fon ve Gavi ise teknik konularda ihtiyaç duyulan finansmana destek olmaktadır.

Ana oyuncular bunlar olmakla birlikte Yeryüzü Doktorları ve Sınır Tanımayan Doktorlar gibi mesleki sivil toplum örgütleri; Kızılay, Kızılhaç gibi köklü yardım kuruluşları; ABD'deki USAID, Danimarka'daki DANIDA, Japonya'daki JICA, ülkemizdeki TİKA benzeri uluslararası yardım ve dayanışma amaçlı devlet kuruluşları; ilaç ve aşı endüstrisi gibi çok sayıda paydaşın küresel sağlık politikalarının sürdürülmesinde önemli yeri ve rolü bulunmaktadır.

Küresel sağlık yönetişimine ilişkin deneyimler incelendiğinde var olan çok sayıdaki oyuncu arasında dördünün ön plana çıktığı görülmektedir: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Bankası (DB), Küresel Fon ve Aşı İttifakı-Gavi (Küresel Aşı ve Bağışıklama İttifakı).

Bunlardan DSÖ ve DB devletler arası kuruluşlar olarak üye ülkelerle bürokratik düzen içerisinde yatay programlar yürütmekte iken diğer ikisi sorun odaklı ve çözüm temelli dikey programlar yürütmektedir. DSÖ ve DB "eski", diğerleri "yeni" tür oyuncular olarak adlandırılmaktadır.



Aşı üretimine katkı sağlayan bazı vakıf ve örgütlerin asıl amacının toplumları kısırlaştırmak, insanların bedenine çip yerleştirerek onları yönetmek olduğu gibi uçuk fikirlerden başlayarak bazı yardım kuruluşlarının yardım malzemelerinin ticaretini hatta organ ticareti yaptığı gibi zaman zaman soruşturmalara da konu olabilen iddialar, komplo teorileri, söylenti ve dezenformasyonlar yaygındır. Günümüzün iletişim teknolojileri ve sosyal medya ortamları bu tür infodemiler için uygun bir zemin oluşturmaktadır.

Paydaş yelpazesinin genişliği ve oyuncu sayısının fazlalığı sağladığı yararlar kadar sorunlara da yol açmaktadır. Hizmetlerin sunumu ile kaynakların kullanımında şeffaflık ve verimlilik gibi geleneksel sorunların yanı sıra DSÖ ve DB gibi kuruluşların ülkelerin egemenlik haklarına müdahale ettiği yolundaki düşünceler, çeşitli sivil toplum örgütlerine ilişkin komplo teorileri önemli sorunlar olarak ön plana çıkmaktadır.

DSÖ'nün önerdiği düzenlemelerle, DB'nin ise sağladığı krediler karşılığında ülkelerin bağımsızlığına, egemenlik haklarına müdahale ettiği şeklindeki iddialar çok dile getirilse de oluşturulan mekanizmalar, şeffaflık ve etik hassasiyetler sayesinde bu tür müdahale iddialarının önüne geçmek mümkün olmaktadır. Ancak, finansman sağlayan sivil toplum örgütlerine ilişkin komplo teorileri için aynı şeyi söylemek mümkün değildir.

Örneğin aşı üretimine katkı sağlayan bazı vakıf ve örgütlerin asıl amacının toplumla-

rı kısırlaştırmak, insanların bedenine çip yerleştirerek onları yönetmek olduğu gibi uçuk fikirlerden başlayarak bazı yardım kuruluşlarının yardım malzemelerinin ticaretini hatta organ ticareti yaptığı gibi zaman zaman soruşturmalara da konu olabilen iddialar, komplo teorileri, söylenti ve dezenformasyonlar yaygındır. Günümüzün iletişim teknolojileri ve sosyal medya ortamları bu tür infodemiler için uygun bir zemin oluşturmaktadır.

Pandemi Anlaşması

Küresel sağlık politikalarının yönetişimi konusundaki en güncel örnek Pandemi Anlaşmasıdır. Bu anlaşma DSÖ öncülüğünde, küresel sağlık krizlerine özellikle pandemilere karşı daha koordineli, adil ve etkili bir yanıt oluşturmayı amaçlayan uluslararası bir çerçeve sözleşmedir. Resmî adı "Pandemilerin Önlenmesi, Hazırlığı ve Yanıtı için Uluslararası Anlaşma" olup, 2021'de DSÖ tarafından COVID-19 pandemisinden alınan dersler nedeniyle gündeme gelmiştir.

İlk adım olarak Şubat 2022’de DSÖ öncülüğünde üye devletler, uluslararası kuruluşlar, özel sektör ve sivil toplumu da içerecek şekilde konuyla ilgili tüm paydaşların yer aldığı bir Hükümetlerarası Müzakere Kurulu (INB) oluşturulmuştur. Kurul tarafından yapılan 13 kapsamlı toplantı sonrasında ortaya çıkan Pandemi Anlaşması taslağına Nisan 2025’te son şekli verilerek 19-27 Mayıs 2025 tarihleri arasında 78.si düzenlenecek olan Dünya Sağlık Asamblesinde görüşülmek üzere hazırlanmıştır. Bu yazı yayımlandığında büyük olasılıkla anlaşma taslak olmaktan çıkıp uluslararası bir belge hâline gelmiş olacaktır.

Hazırlanan metinde yer alan öneriler özet olarak şu şekilde sıralanmaktadır (5): I) Bir patojen erişim ve bilgi, fayda paylaşım sisteminin kurulması, II) Pandemilerin önlenmesi için ‘Tek Sağlık’ yaklaşımını da kapsayacak şekilde somut önlemler alınması, III) Coğrafi olarak çeşitlilik gösteren araştırma ve geliştirme kapasitelerinin oluşturulması, IV) Pandemiyle ilgili sağlık ürünlerinin üretimi için teknoloji ve ilgili bilgi, beceri ve uzmanlık transferinin kolaylaştırılması, V) Yetenekli, eğitilmiş ve multidisipliner ulusal ve küresel sağlık acil durum insan gücünün harekete geçirilmesi, VI) Bir finansal koordinasyon mekanizmasının kurulması, VII) Hazırlıklı olma, hazır olma, sağlık sistemi işlevleri ve dayanıklılığını güçlendirme amaçlı somut önlemler alınması, VIII) Küresel bir tedarik zinciri ve lojistik ağının kurulması.

Hazırlanan öneri taslağı, ülkelerin kendi sınırları içindeki halk sağlığı konularını ele alma konusundaki egemenlik haklarına vurgu yaparak taslak anlaşmadaki hiçbir hükmün DSÖ’ye ulusal yasaları veya politikaları yönlendirme, emretme, değiştirme, dayatma ya da ülkelere yolcuları yasaklama veya kabul etme, aşılama zorunluluğu, tanı-tedavi önlemleri uygulama, sokağa çıkma yasakları uygulama gibi belirli eylemlerde bulunma yetkisi verdiği şeklinde yorumlanmamasını öngörmektedir.

Bu şekilde uluslararası örgütlerin ülkelerin egemenlik haklarına müdahale konusundaki kaygılarının giderilmesi amaçlanmıştır. Pandemi gibi ülkeler arasındaki coğrafi ve siyasi sınırları tanımadan, insanlar arasındaki ırksal, etnik, kültürel, sosyal ve ekonomik farklılıkları ayırt etmeden her insanın sağlığını tehdit edebilen sorunlar karşısından küresel

önlemlerin alınması kaçınılmazdır. Bu anlaşma bu yöndeki çabaların önemli bir ürünüdür.

Ülkemizde Durum

Son yıllarda önemli bir medikal turizm destinasyonu olmanın yanı sıra 4 milyona yakın mülteciye ev sahipliği de yapması nedeniyle Türkiye uluslararası sağlık hizmetleri anlamında önemli bir yere, deneyime ve birikime sahiptir. Nitekim COVID-19 pandemisi dönemi çeşitli eksikliklerine karşın ülkemizin başarılı bir sınavdan geçtiği dönem olmuştur. Bu dönemde gerek Sağlık Bakanlığının halkı bilgilendirme toplantıları gerek akademisyenlerden oluşan bilimsel kurul kararları gerekse DSÖ ve aşı-ilaç endüstrisi ile yürütülen ilişkiler çeşitli şeffaflık tartışmalarına konu olmuş olsa da çok oyunculu küresel sağlık yönetimi adına başarılı örneklerdir.

Öte yandan yakın zamana kadar çeşitli Afrika, Orta Doğu, Orta Asya ve Balkan ülkelerinde Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı (TİKA), Yeryüzü Doktorları (YYD) öncülüğünde yürütülen sağlık hizmetleri sunum ve yardım projeleri ile Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından afet durumunda çeşitli ülkelere yapılan yardımlar küresel sağlık diplomasisi adına önemli örneklerdir. Ne var ki profesyonel beceri ve kapasite eksikliği nedeniyle kalıcı etkiler oluşturamayan bu faaliyetlerin ekonomik sorunlar nedeniyle son yıllarda ivme kaybettiği de bir gerçektir. Ülkemizin kültürel yapısı toplumsal yardımlaşma, dayanışma, paylaşma gibi insani değerler açısından çok zengin olmakla birlikte yönetim anlayışımız bu değerleri sistematik şekilde topluma yararlı şekle dönüştürecek profesyonel bilgi ve kapasite oluşturma becerisinden ne yazık ki yoksundur.

Örneğin uluslararası sağlık örgütlerinde görev alan eleman sayımız yok denecek kadar azdır. Sivil toplum örgütlenmemiz çok zayıf ve yetersizdir. Yetersizliğin önündeki başlıca engel ise resmî ideoloji tarafından oluşturulmuş olan “dış güçler” paranoyası engelidir. YYD ve benzeri sivil toplum örgütlerinin faaliyetleri bile devlet tarafından düzenlenmekte, yönetilmektedir. Bunun uzantısı olarak yabancı sivil toplum örgütlerine karşı ön yargı ile bakılmakta, iş birliğine girmekten kaçınılmaktadır. Örneğin DB’den ve AB’den maddi yardım, kredi almak için talep oluşturulup sıra beklenirken uluslararası

örgütlerin finansman desteğine kuşku ile yaklaşılmaktadır. Bu kuruluşlarla ortak faaliyet yürütenlerin “etki ajanı” damgası yeme olasılığı hayli fazla olduğundan uluslararası dolaşımdaki fonlardan yeterince yararlanılamamaktadır.

Özetlemek gerekirse, küresel sağlık sorunları ile mücadele için küresel sağlık yönetimi ve diplomasisi şarttır. Başarılı bir küresel sağlık yönetimi için konuyla ilgili tüm taraflarda olması gereken başlıca özellikler ise şeffaflık, verimlilik ve sektörler arası iş birliğidir. Ülkemizin bu konularda başarılı olması için daha güçlü bir sivil toplum örgütlenmesine ve sağlık diplomasisi alanında nitelikli insan gücü kapasitesi oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1) Hayran O. Küresel Sağlık Sorunları ve Sağlık Diplomasisi. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, 2016; 40:56-59. <https://sdplatform.com/kuresel-saglik-sorunlari-ve-saglik-diplomasisi/> (Erişim Tarihi: 24.06.2025).

2) Clinton C, Sridhar D. Governing Global Health: Who Runs the World and Why? Oxford University Press, 2017. <https://global.oup.com/academic/product/governing-global-health-9780190253271?cc=gb&lang=en&#> (Erişim Tarihi: 24.06.2025).

3) <https://www.theglobalfund.org/en/about-the-global-fund/> (Erişim Tarihi: 23.04.2025).

4) <https://www.gavi.org/our-alliance/about> (Erişim Tarihi: 23.04.2025).

5) <https://www.who.int/news/item/16-04-2025-who-member-states-conclude-negotiations-and-make-significant-progress-on-draft-pandemic-agreement> (Erişim Tarihi: 23.04.2025).

Evrensel sağlık kapsamının sürdürülebilirliğinde tamamlayıcı sağlık sigortasının rolü

Dr. Nihal Kalaycı Oflaz



2005 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesinde İktisat Bölümü'nde lisans eğitimini, 2011 yılında Sakarya Üniversitesi İşletme Yönetimi alanında yüksek lisansını tamamladı. Sağlık sektöründe başladığı çalışma yaşamına İstanbul Medipol Üniversitesi Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı görevi ile devam etti. Sağlık sektöründeki tecrübesi ve iktisat eğitimi sırasında edindiği bilgileri birleştirerek sağlık ekonomisi alanında hazırladığı doktora tezi ile 2018 yılında doktora eğitimini tamamladı. İstanbul Medipol Üniversitesi İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesinde Dr. Öğretim Üyesi olarak görev yapmakta olup iktisat politikası ve sağlık ekonomisi alanında çalışmalarına devam etmektedir.

Dr. Olcay Özen



2005 yılında Anadolu Üniversitesi İstatistik Bölümünden mezun oldu. Sağlık Yönetimi yüksek lisansını 2015 yılında, aynı alanda doktora eğitimini 2020 yılında İstanbul Medipol Üniversitesinde tamamladı. 2010 yılı itibarıyla Medipol Üniversitesi Rektörlük Özel Kalem Müdürü olarak görev yapmakta olup, 2021 yılından bu yana da İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetiminde Dr. Öğretim Üyesi olarak çalışmalarına devam etmektedir.

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarından biri olan "Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam" amacının alt hedeflerinden biri olan "Evrensel Sağlık Kapsamı" tüm bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine finansal zorluk yaşamadan erişebilmesini hedeflemektedir. Ancak artan sağlık harcamaları, yaşlanan nüfus, teknolojik gelişmeler, kronik hastalık yükündeki artış, sağlığa zararlı ürünlerin tüketimindeki artış, sağlık okuryazarlığının yetersizliği gibi etkenler sağlık harcamalarını artırırken sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Bu noktada finansal sürdürülebilirliği sağlamaya yönelik gelir artışı sağlayan, harcamaları kontrol eden ve sağlık hizmetlerine olan talebin yönetilmesini sağlayan araçların kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Tamamlayıcı

Sağlık Sigortası (TSS), kamusal gelirlerin artışına destek olan bir araç olarak görülmektedir. TSS, kamu sistemini destekleyen ve bireylerin cepten yaptığı harcamaları azaltan, hizmet çeşitliliğini artıran ancak sosyal eşitsizlikleri artırma riski olan bir araç olarak ifade edilebilir. Sağlıkta hakkaniyet ya da eşit erişim konusunda sosyal problemlere neden olabileceği tartışılan tamamlayıcı sağlık sigortası sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine ya da evrensel sağlık kapsamına gerçekten katkı sağlayabilir mi? Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre, temel sağlık hizmetlerine erişim yaklaşık iki milyar insan için hâlâ mali zorluklara neden olurken; 1,3 milyardan fazla insan temel hizmetlere ve ilaçlara erişim konusunda sorunlarla karşılaşmaktadır (1). Bu nedenle bu soruya öncelikle evrensel sağlık kapsamı ve

sağlık kapsamına alınan temel sağlık hizmetlerini açıklayarak cevap vermek gerekmektedir.

Evrensel Sağlık Kapsamı ve Finansal Sürdürülebilirliği

Herkese sağlık güvencesi hedefi doğrultusunda 1978 Alma-Ata Deklarasyonu ile temel sağlık hizmetlerinin dünya ölçeğinde tüm nüfusa yaygınlaştırılması benimsenmiş olsa da dünya genelinde sağlık hizmetlerinin herkese yaygınlaştırılması için yıllık 50 milyar dolar civarında bir kaynağa ihtiyaç duyulması sağlık hizmetlerinin kapsamı yerine öncelikli hizmetlerin sunulması anlayışının WHO ve UNICEF gibi kuruluşlarca benimsenmesine neden olmuştur (2). Geline nokta da herkese sağlık güvencesi hedefi Sürdürülebilir



Kalkınma Hedefleri ile somutlaştırılmış, sağlık ve kaliteli yaşam ana hedefine bağlı olarak Evrensel Sağlık Kapsamı 2030 yılına kadar ulaşılması hedeflenen bir alt hedef olarak saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü evrensel sağlık kapsamını, tüm insanların ihtiyaç duydukları kaliteli sağlık hizmetlerinin tamamına, ihtiyaç duydukları zaman ve yerde, mali sıkıntı çekmeden erişebilmeleri olarak tanımlamaktadır. DSÖ, evrensel sağlık kapsamını üç temel boyutta açıklamaktadır. Bu boyutlar; **1) Kapsanan nüfus:** Tüm nüfusun sağlık güvencesine alınmasını ve sigortalı/sigortasız ayrımını ortadan kaldırmayı esas alır. **2) Temel sağlık hizmetleri:** Tanı, tedavi, rehabilitasyon ve önleyici hizmetler olmak üzere temel sağlık hizmetlerinin kapsama alınması benimsenmiştir. **3) Mali koruma:** Bireylerin sağlık hizmetleri nedeniyle yoksullaşmasının önüne geçmeyi, cepten yapılan sağlık harcamalarının payının azaltılmasını önlemeyi hedeflemektedir. Bu üç boyutla ilişkili olarak kapsanan hizmetlerin finansmanı ve sunulan temel sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ülkeler arasında farklılıklar sergilenmesine neden olmaktadır (3). Her ne kadar finansman boyutu özellikle COVID-19 pandemisinden sonra evrensel sağlık kapsamının sürdürülebilirliği konusunda endişe yaratmaya başlasa da COVID-19

pandemisi öncesinde de Evrensel Sağlık Kapsamı açısından ilerlemenin sağlanmasında küresel bir duraksama süreci yaşanmaktaydı. Evrensel sağlık kapsamının alt hedefleri olan SKH 3.8.1, "Hizmet Kapsamı Endeksi" ile takip edilmektedir. 100 üzerinden puanlanan bu endeksin küresel değeri 2015 yılında 65 puan iken yavaş bir ilerleme hızı ile 2019 yılında 68 puana yükselmiş ve 2021 yılına kadar bu seviyede seyretilmiştir. DSÖ'ye göre bu yavaş ilerlemeye bağlı olarak 4,5 milyar insan temel sağlık hizmetlerinden tam olarak faydalanamamıştır. Evrensel Sağlık Kapsamının diğer alt hedefi olan SKH 3.8.2, "Mali Koruma"yı ifade etmekte olup nüfusun maruz kaldığı katastrofik sağlık harcamalarının boyutunu ölçülemektedir. Katastrofik sağlık harcamaları, bir hane halkının toplam tüketim harcamasının (veya gelirinin) yüzde 10'unu veya daha fazlasını (%25) aşan cepten sağlık harcamaları olarak tanımlanır (1, 3). 2023 Küresel İzleme Raporu'na göre, 2000 yılında dünya genelinde katastrofik sağlık harcamalarına maruz kalan nüfus oranı yüzde 9,6 iken, 2019 yılında bu oran yüzde 13,5'e yükselmiş ve 1 milyardan fazla kişiyi etkilemiştir. Dahası, 2019 yılında cepten sağlık harcamaları nedeniyle 344 milyon insan aşırı yoksulluğa, 1,3 milyar insan ise göreceli yoksulluğa sürüklenmiştir (1).

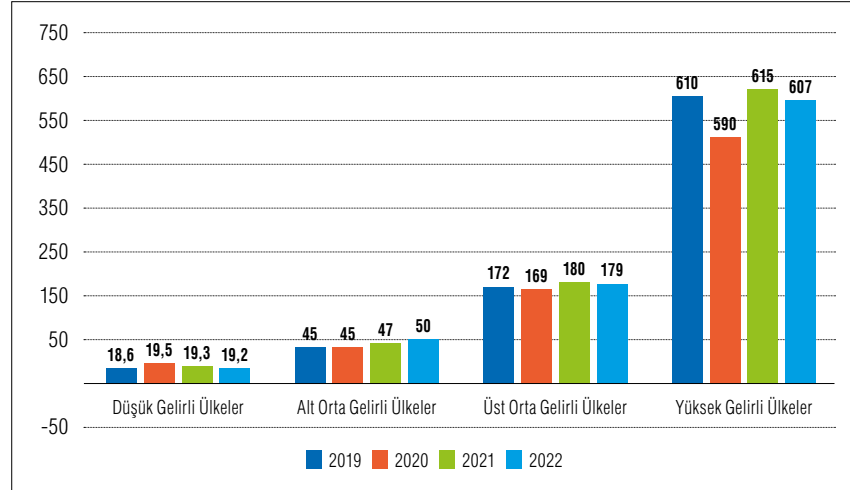
Herkese sağlık güvencesi hedefi doğrultusunda 1978 Alma-Ata Deklarasyonu ile temel sağlık hizmetlerinin dünya ölçeğinde tüm nüfusa yaygınlaştırılması benimsenmiş olsa da dünya genelinde sağlık hizmetlerinin herkese yaygınlaştırılması için yıllık 50 milyar dolar civarında bir kaynağa ihtiyaç duyulması sağlık hizmetlerinin kapsamı yerine öncelikli hizmetlerin sunulması anlayışının WHO ve UNICEF gibi kuruluşlarca benimsenmesine neden olmuştur.

Grafik-1'de Dünya Bankasının gelir grubu sınıflandırmasına göre kişi başına ortalama cepten sağlık harcamasına ilişkin verilere yer verilmiştir.

Yüksek gelirli ülkeler hariç tüm gelir gruplarında 2022 yılında kişi başına cepten sağlık harcamaları, COVID-19 öncesi olan 2019 seviyesinin üzerinde gerçekleşmiştir. Oransal artış incelendiğinde; 2019-2022 yılları arasında düşük gelirli ülkelerde kişi başına düşen ortalama cepten sağlık harcaması artışı yüzde 3 olup düşük ve yıllar içinde nispeten istikrarlı bir seyir göstermektedir. Alt orta gelirli ülkelerde 2019-2022 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcamalarındaki artış yüzde 11'dir. Bu durum cepten ödeme yükünün arttığını göstermektedir. En yüksek oransal artış bu ülke grubunda gerçekleşmiştir. 2021'de 47 dolar olan harcama, 2022'de 50 dolara yükselmiştir. Üst orta gelir grubundaki ülkelerde 2019-2022 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcamalarındaki artış yüzde 4'tür. Harcamalarda pandemi sonrasında küçük ama istikrarlı bir artış görülmektedir. Bu ülke grubunda cepten yapılan sağlık harcamaları diğer gruplara göre daha yüksektir. Bu durum sağlık hizmetlerinin daha pahalı olduğu veya kamu desteğinin yeterince güçlü olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Yüksek gelirli ülkeler ise cepten ödeme yükünde düşüş yaşanan tek gelir grubudur. Bu değişimin düşüş yönünde olmasının nedeni yüksek gelirli ülkelerde kamu sağlık harcamalarının artışı gösterdiği ve sosyal güvenlik kapsamının genişlemiş olabileceği şeklinde değerlendirilebilir.

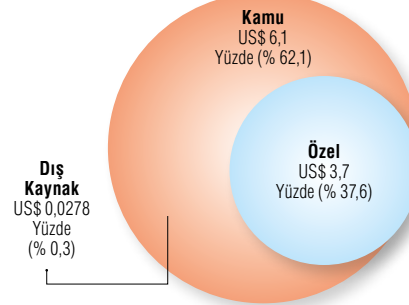
Günümüzde artan sağlık harcamalarının başlıca nedenleri; nüfusun yaşlanması, tıbbi teknolojilerin gelişmesi ve artan maliyetlerdir (4, 5, 6). Bununla birlikte kronik hastalık yükündeki artış, uzun vadeli bakıma yönelik artan talep finansal sürdürülebilirliği zorlaştırabilmektedir (7). Sağlık sistemlerinin finanse edilmesinde artan sağlık harcamalarına ilave olarak kamu kaynaklarının iktisadi problemler nedeniyle daralması, COVID-19 pandemisi gibi öngörülemez riskler nedeniyle kamu bütçesine yük oluşturan ilave baskıların ortaya çıkması gibi problemler finansal sürdürülebilirliğin sağlanamaması endişesi yaşanmasına neden olmaktadır. Finansal sürdürülebilirlik, sağlık sistemlerinin gelirlerinin, harcamalarını karşılamaya yeterli olması durumunu ifade etmektedir. Vergi temelli sistemlerin dayanıklılığı ve sigortalıların

Grafik 1. Gelir grubuna göre kişi başı ortalama cepten sağlık harcaması, dolar cinsinden (2019-2022)



Kaynak: World Health Organization, 2024.

Grafik 2. Küresel Sağlık Harcamaları, 2022
US\$ 9.8 Trilyon



Kaynak: World Health Organization, 2024.

Dünya Sağlık Örgütüne göre, temel sağlık hizmetlerine erişim yaklaşık iki milyar insan için hâlâ mali zorluklara neden olurken; 1,3 milyardan fazla insan temel hizmetlere ve ilaçlara erişim konusunda sorunlarla karşılaşmaktadır.

katkılarından oluşan sigorta sistemlerinin etkinliği finansal sürdürülebilirliğin sağlanması açısından önem taşımaktadır (3). 2022 yılında küresel olarak gerçekleşen sağlık harcamaları Grafik 2'de sunulmuştur.

Grafiğe göre 2022 yılında toplam sağlık harcaması küresel olarak 9.8 trilyon ABD doları olarak gerçekleşmiştir. Bu harcamaların 6.1 trilyon dolarını yani yüzde 62.1'ini kamu harcamaları oluşturmaktadır. Yani sağlık hizmetleri büyük oranda devlet bütçesi, sosyal sigorta sistemleri veya kamu fonları yoluyla karşılanmaktadır. Özel harcamalar 3.7 trilyon dolar yani harcamaların yüzde 37.6'sına karşılık gelmektedir. Dış kaynaklar ise 0.0278 trilyon dolar (yaklaşık 27.8 milyar dolar) yani yüzde 0.3'tür. Gelişmekte olan ülkelerde genellikle bağışlar, uluslararası kuruluşlar veya kalkınma yardımları şeklinde gerçekleşmektedir. Dış kaynakların küresel düzeyde önemsiz bir paya sahip olması dış finansmanın toplam sağlık harcaması içindeki rolünün çok sınırlı olduğu şeklinde de yorumlanabilir.

Finansman yöntemi açısından ele alındığında, ulusal sağlık sistemlerinin büyük ölçüde genel vergilerden finanse edildiği, sosyal sağlık sigortası sistemlerinde finansman tipik olarak sağlık sigorta primleri ve vergilendirmenin kombinasyonundan oluştuğu görülmektedir. Özel sağlık sigortası ise her zaman gönüllülük esasına dayanmakla birlikte özel sağlık sigortasının satın alınmasının devlet tarafından sübvansede edilmesi de söz konusu olabilmektedir (6). Bu bağlamda öncelikle sağlıktaki karmaşık finansman yapısı Şekil 1'de sağlık harcamalarının ana finansman kaynakları ile finansman planları arasındaki ilişki açısından şematize edilmiştir.

Şekil 1 sağlıkta finansman sisteminin genel yapısını göstermektedir. Sağlıkta finansman yapısının üç ana finansman

kaynağı gösterilmektedir: **1) Ulusal kamu kaynakları:** Vergiler ve diğer yerel kamu gelirleri, sosyal sigorta katkıları. **2) Ulusal özel kaynaklar:** Diğer yerel özel gelirler, hane halkının doğrudan ödemeleri. **3) Dış kaynaklar:** Sağlık için dış yardımlar, hükümet programlarına dış yardım. Bu kaynaklar, farklı finansman programları aracılığıyla sağlık hizmetlerini finanse etmektedir. Bunlar: Hükümet Planları, Sosyal Sağlık Sigortası (SSS), Zorunlu Özel Sağlık Sigortası, Gönüllü Sağlık Sigortası ve Hükümet Dışı Kuruluş Programları ve diğer üçüncü taraf programlarından oluşmaktadır.

Finansman sistemi fark etmeksizin sağlık hizmetlerini finanse eden sosyal güvenlik sistemleri sürdürülebilirlik riski ile karşı karşıyadır. Dünya Bankasının 2024 yılında yaptığı tahminleri, çoğu düşük gelirli ve orta gelirli 41 ülkenin önümüzdeki beş yıl içinde hükümet harcamalarında durgunluk veya daralmayla karşı karşıya kalacağını göstermektedir. Düşük gelirli ülkelerdeki hükümetler GSYİH'nin yüzde 2'sinden azını sağlığa harcayacağını öngörürken, alt-orta gelirli ülkelerdeki hükümetlerde bu oran yüzde 3'ten azının harcayacağı yönünde tahminleri içermektedir. Dünya Bankası, hükümet bütçelerinin genel boyutunun küçülmesine ek olarak, sağlık için ayrılan payın da azaldığını ortaya koymaktadır (8).

Evrensel kapsama sahip ülkeler (örneğin Almanya, Fransa, İsveç, İngiltere) genellikle kamu finansman oranı yüksek, cep-ten ödeme oranı düşük sağlık sistemine sahip ülkelerdir. Kamu kaynaklı sağlık harcamalarının etkin yönetimi ile evrensel sağlık kapsamı mali açıdan sürdürülebilir kılınabilmektedir (9). Finansal sürdürü-

lebilirliğin sağlanması konusunda bir diğer örnek Tayland'dır. Ülkede 2002'de başlatılan evrensel sağlık sistemi, düşük gelirli gruplarını kapsayan "30 Baht Programı" ile desteklenmiştir. Program ile 20 yılda finansal erişim artmış, cep-ten harcamalar yüzde 30'dan yüzde 11'e düşmüştür (10). Tayland'da 2002 yılında, hane halkının yüzde 4,06'sı katastrofik sağlık harcamalarıyla karşı karşıya kalırken, 2021'de bu oran yüzde 2,10'a düşmüştür. Finansal sürdürülebilirliğin sağlanması için 2023-2027 döneminde sağlık harcamalarının GSYH'nin yüzde 5'ini ve kamu harcamalarının yüzde 20'sini aşmaması hedeflenmektedir (11).

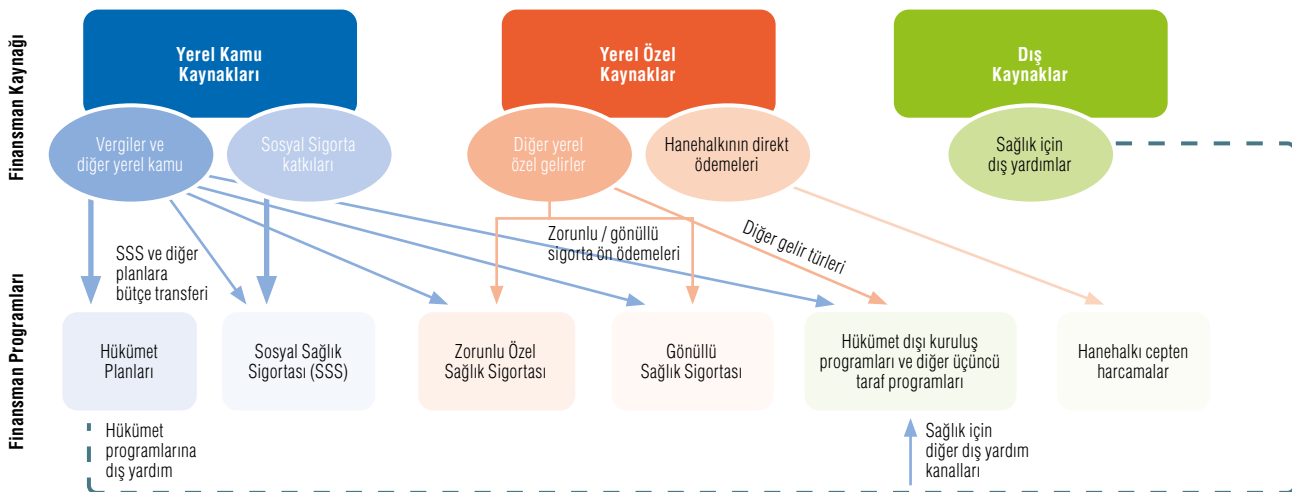
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS)

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, özel bir sağlık sigortası türü olup hizmetlerin kapsamadığı ya da kamu tarafından yalnızca belirli bir kısmının karşılandığı (örneğin yasal kullanıcı katkı payları gibi) durumları içerir ve tüm nüfusun yararlanmasına açık bir uygulamadır. Avrupa Birliği ülkelerinde kullanımı oldukça yaygındır (12). TSS'nin farklı ülkelerdeki uygulama örnekleri incelendiğinde Fransa'da kamu sisteminin yanında yaygın olarak tamamlayıcı sigorta kullanılmaktadır. Güney Afrika da özel sağlık sigortasını evrensel sağlık kapsamının tamamlayıcısı olarak kullanan ülkelerden biridir (13). Güney Afrika, 2022 yılında yüzde 46 pay ile gönüllü sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranının en yüksek olduğu ülkelerden biri olmuştur (14). Fransa'da TSS'nin yaygın kullanımı kamu sistemiyle entegrasyonun güçlü olmasına bağlanırken, Güney Afrika'da bu durum sosyal eşitsizlikleri

artırıcı bir etki yaratmaktadır. Temel sağlık sigortası ve özel tamamlayıcı paketlerden yararlanan ülkelerden biri de Hollanda'dır. Avusturya, Belçika, Şili, Danimarka, Estonya, Almanya, İsrail, Japonya, Kore gibi OECD ülkelerinde ise gönüllü tamamlayıcı sağlık sigortasından yararlanılmaktadır (15). Benzer şekilde, Hırvatistan, Avustralya ve Fransa gibi ülkelerde gönüllü sağlık sigortasına yapılan bütçe transferleri, düşük gelirli grupların hizmete erişimini artırma amacı taşımaktadır. Özellikle Hırvatistan'da bu destekler, tamamlayıcı sağlık sigortasının sosyal koruma işleviyle bütünleşmesini sağlamaktadır (16).

TSS'nin Olumlu/Olumsuz Etkileri ve Evrensel Sağlık Kapsamı ile İlişkisi

Olumlu Etkileri: Kamu üzerinde sağlık sisteminin yükünü azaltabilir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası nedeniyle özel sağlık kuruluşlarında artan sağlık talebi kamu hastaneleri üzerindeki yükü hafifletebilir. Kamu sistemlerinde yüksek bekleme sürelerinin olduğu durumlarda, bireylere hızlı erişim sunarak sistemi rahatlatılabilir. Bekleme sürelerinin azaltılması içinde katkı sağlayabilir (17). Bu durum Türkiye özelinde kamu hastanelerinin geri ödeme yöntemi olan global bütçenin daha verimli kullanılmasını sağlayabilir. Özel sağlık kuruluşlarına erişimin kolaylaşması ile hizmet sunumunun daha hızlı gerçekleşmesi söz konusu olabilir. Bu sayede de sağlık hizmeti yararlanıcılarının sağlık sonuçlarındaki iyileşme hızlanabilir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından yararlanan bireylerin sayısındaki artış sigorta sektöründe rekabeti artırarak daha kaliteli ve daha



Şekil 1. Sağlık harcamalarında ana finansman kaynakları ile finansman planları arasındaki ilişki
Kaynak: World Health Organization, 2024.



uygun fiyatlı hizmet sunumuna olanak sağlayacaktır. Sigortalıların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşımının kolaylaşması ve sigortalı sayısının artması toplumun sağlık seviyesinde ve paralelinde toplumsal refahın artışı sağlayabilecektir.

Olumsuz Etkileri: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kişilerin cepten ödeme yaparak edindikleri bir hizmet olduğu için düşük gelirli bireylerin sigortalanamamaları, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının önünde bir engel oluşturabilir. Bu durumda sağlıkta hakkaniyeti olumsuz etkileyecek ve eşitsizlikleri derinleştirebilecektir (18). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerin sahip olabileceği bir hizmet hâline dönüştüğünde sağlıkta alt ve orta gelire sahip bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını engelleyebilir. Sigortaların özel sektörde geçerli olması, özel sağlık sunucularının daha da ticarileşmesine sebep olabilir. Bu durum sağlık hizmetlerinin finansal olarak erişimine engel oluşturabilir. Sigortaya olan talebin artması sigorta

şirketlerinin kârlarını artırabilmelerine olanak yaratacağından şirketler primleri kendi çıkarları doğrultusunda yükseltebilirler. Sigortaların kişiye özel olması, sağlık durumu ve beklentilere göre farklı sigorta planlarının bulunması, bireyler için karmaşaya sebep olabilir.

Tamamlayıcı Sigortaların ESK ile ilişkisi

Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının olumlu ve olumsuz etkileri değerlendirildiğinde evrensel sağlık kapsayıcılığı ile olan ilişkisi destekleyici ya da ayrıştırıcı yönüyle karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda TSS, temel sağlık hizmetlerinin dışında kalan hizmetleri kapsayarak, kamusal sistemlerin tamamlayıcısı olabilir. Özellikle; diş, göz, estetik, özel oda gibi hizmetler açısından bu rolü anlamlıdır (17).

Kaliteli sağlık hizmetine sadece özel kesimde arayan bireyler kamu sistemine olan talebin ve güvenin azalmasına neden olabilir (3). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, evrensel sağlık kapsamının hizmet çeşitliliği ve finansman çeşitliliği açısından katkı

sağlayabilmekte fakat regülasyonsuz ya da kontrolsüz bırakıldığında eşitsizliğin artışına neden olabilmekte ve kamusal sistemin zayıflamasına yol açabilmektedir. Gelir grupları arasında yarattığı eşitsizlik ayrıştırıcı bir role bürünmesine sebebiyet vermektedir (18).

Tamamlayıcı sağlık sigortalarının kamu sağlık sistemi ile entegre edilerek temel sağlık hizmetlerinin devlet tarafından güvence altına alınması ve düşük gelirli bireyler için sağlık hizmetlerine yönelik sağlanan sübvansiyonlar sağlık sisteminde eşitlikçi bir yapının güçlendirilmesine katkı sunabilmektedir (1, 19). Bu yaklaşım, evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşmada hem mali koruma hem de hizmete erişim açısından sosyal adaletin sağlanmasında etkili bir yöntem olarak değerlendirilmektedir (20).

Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları

Türkiye’de TSS, Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK) bağlı sigortalı bireylerin, SGK ile anlaşmalı özel hastanelerde

bazı sağlık hizmetlerinden fark ücreti ödmeden faydalanabilmelerine olanak tanımaktadır. Türkiye Sigorta Birliği verilerine göre 2023 yılı itibarıyla yaklaşık 4 milyon kişi TSS kapsamındadır. Bu oran, genel nüfusa göre değerlendirildiğinde yaklaşık yüzde 4,5'tir (21). Ancak bu sistemin etkililiği, bireylerin SGK'lı olmaları, başvuru özel hastanesinin hem SGK hem de ilgili sigorta şirketi ile anlaşmalı olmasına bağlıdır. Türkiye'de TSS poliçeleri genellikle ayakta ve yatarak tedavi hizmetleri için düzenlenmekte olup, poliçe kapsamı sigorta şirketine göre değişmektedir. Mevcut düzenlemeye göre, sigorta başlangıcından önce var olan hastalıklar sigorta kapsamında yer almamaktadır (22).

TSS uygulamaları kamu hastanelerinin yükünü azaltma potansiyeline sahip olmakla birlikte, özel sağlık kuruluşlarına yöneliş artırarak sağlık hizmetlerinde iki ayrı sistemin oluşmasına neden olabilir. Ayrıca, TSS sahipliği gelir düzeyine göre değişmekte ve bu durum sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik yaratabilmektedir (12). Bu nedenle, düşük gelirli bireylerin TSS kapsamına alınabilmeleri için kamu sübvansiyonlarının sağlanması ve devletin düzenleyici rolünün güçlendirilmesi gerekmektedir (23, 10).

Sonuç

Evrensel sağlık kapsamının sürdürülebilirliği açısından TSS'nin oynayabileceği rol hem finansal hem de sosyal boyutlarıyla dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. TSS, kamu sağlık sistemine destek sağlayarak finansal yükü azaltabileceği gibi, hizmet sunumunun hızlanmasına katkıda bulunması ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırarak genel sağlık seviyesinin yükselmesine katkı sunabilmesi gibi olumlu özelliklere sahiptir. Ancak, gelir düzeyine bağlı olarak erişim farklılıkları yaratması ve sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirme potansiyeli, bu sistemin kullanılması tercih edilecekse dikkatle düzenlenmesini zorunlu kılmaktadır.

Finansal açıdan bakıldığında, TSS kamu harcamalarının daha verimli kullanılmasını destekleyebilir, sigorta sektöründeki rekabeti artırarak kalite ve maliyet dengisinin sağlanmasına yardımcı olabilir. Ancak özel sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve sigorta primlerinin artması gibi riskler, düzenleyici politikaların önemini ortaya koymaktadır.

Sosyal etkiler bakımından, TSS düşük gelirli bireylerin hizmetlere erişimini zorlaştırma riski taşıdığı gibi, eşitsizlikleri artırıcı bir unsur olarak da ortaya çıkabilir. Bu nedenle, TSS uygulamaları düşük gelirli gruplar için sübvansiyonlarla desteklenebilir ve kamu sistemiyle entegre şekilde yürütülebilir.

Politika düzeyinde, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası sistemlerinin sosyal koruma ilkesini güçlendirecek şekilde yapılandırılması gerekmektedir. Devletin düzenleyici ve denetleyici rolünü etkin biçimde üstlenmesi hem mali sürdürülebilirlik hem de sağlıkta hakkaniyet ilkesi açısından kritik önemdedir.

Evrensel sağlık kapsamının sürdürülebilirliğini sağlamak için yalnızca finansman değil, aynı zamanda hizmet erişimi ve kalite gibi alanlarda da bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. TSS, doğru tasarlanırsa bu bütüncül yapının önemli bir tamamlayıcısı olabilir.

Türkiye açısından değerlendirildiğinde, TSS hâlihazırda yalnızca SGK ile anlaşmalı özel hastaneler için geçerlidir. Dolayısıyla kamusal koruma ile yeterli bağ sağlanmadığı sürece evrensel kapsama ulaşılması önünde önemli bariyerler ile karşı karşıyadır. Bununla birlikte gönüllü ve cepten ödemeler ile finanse edilmesi ise sağlık hizmetlerine eşit erişimin önündeki diğer bir engel olarak görünmektedir.

Kaynaklar

- 1) World Health Organization & World Bank. (2023). *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: WHO.
- 2) Yaşar G. & Ceyhan R. (2018). Sağlık Güvence-sinde Evrensel Sağlık Kapsamı ve Gelişimi, *Çalışma Ortamı Dergisi*, Cilt.158, ss.20-22, 2018. <https://calismaortami.fisek.org.tr/icerik/saglik-guvenesinde-evrensel-saglik-kapsami-ve-gelisimi/> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).
- 3) World Health Organization. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).
- 4) Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2016). *Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259400> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).
- 5) OECD (2017). *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability*.
- 6) OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
- 7) Scheil-Adlung, X. (2015). *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*. ILO. <https://www.ilo.org/publications/long-term-care-ltc-protection-older-persons-review-coverage-deficits-46> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

8) World Bank (2025). *Universal health coverage*. <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

9) OECD (2023). *OECD Health Statistics 2023*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-data.html> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

10) World Health Organization, & World Bank. (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259817> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

11) National Health Security Office. (2022). *20 positive changes contributed by Thai UCS*. <https://eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/20-positive-changes-contributed-by-Thai-UCS/486/EN-US> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

12) Özer, Ö., Gözlü, M., Karsavuran, S., & Gözlü, K. (2014). Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (42).

13) Van den Heever, A. M. (2012). *The role of insurance in the achievement of universal coverage within a developing country context: South Africa as a case study*. *BMC Public Health*, 12(Suppl 1), 5.

14) World Data Atlas. (2025). *South Africa - Voluntary health insurance as a share of current health expenditure*, https://opendataforafrica.org/atlas/South-Africa/topics/Health/Health-Expenditure/Voluntary-health-insurance-as-a-share-of-current-health-expenditure?utm_source=chatgpt.com, (Erişim Tarihi: 21.07.2025).

15) OECD (2024). *OECD Health Statistics 2024 Definitions, Sources and Methods*, <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

16) World Health Organization (2024). *Global spending on health: emerging from the pandemic*. Geneva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379750/9789240104495-eng.pdf?sequence=1> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

17) Colombo, F., & Tapay, N. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. OECD Health Working Papers.

18) Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W., & van de Voorde, C. (2013). *Voluntary health insurance in Europe: Role and regulation*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/326316> (30.05.2025).

19) UHC2030 (2023). *Universal Health Coverage (UHC) Message Sheet for 2023*. <https://www.uhc2030.org> (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

20) Kutzin, J., Yip, W., & Cashin, C. (2016). *Alternative financing strategies for universal health coverage*. In R. M. Scheffler (Ed.), *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy: Volume 1* (267-309). World Scientific.

21) Türkiye Sigorta Birliği (2023). *2023 Yılı Sektör Raporu*. https://www.tsb.org.tr/content/Broadcasts/TSB_2023_YILI_SEKTOR_RAPORU.pdf (Erişim Tarihi: 30.05.2025).

22) Sosyal Güvenlik Kurumu (2024). *Sağlık Uygulama Tebliği*. Resmi Gazete.

23) Askarzade, E., Gorji, H. A., & Arabloo, J. (2024). *The Role of Supplementary Insurance in Achieving Universal Health Coverage: A Comprehensive Review*. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 38, 28.

Sağlık ekonomisi ve sağlık harcamalarının makroekonomik etkileri

Prof. Dr. Yusuf Çelik



Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nden 1990 yılında mezun oldu. Yüksek lisans ve doktorasını Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Ana Bilim Dalında tamamladı. Hacettepe ve Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümlerinde sağlık politikası, sağlık ekonomisi, sağlık hizmetleri finansmanı ve sağlık yönetimi konularında lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde dersler verdi. Hâlen Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde görev yapmaktadır. Ulusal ve uluslararası düzeyde proje ve yayınlara sahiptir.

Sağlık harcamaları, sağlık sonuçları ve ekonomik performans arasında kritik bir kesişim noktasıdır. Ekonomiler geliştikçe, sağlık yatırımlarının rolü giderek daha önemli hâle gelmekte; verimliliği, iş gücü arzını ve makroekonomik istikrarı etkilemektedir. Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki, gelişmiş kamu sağlığı ile sürdürülebilir ekonomik performans arasındaki çift yönlü nedenselliği vurgulayan çalışmalarla kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Bu makale, sağlık ekonomisinin teorik ve ampirik temellerini incelemekte ve sağlık harcamalarının makroekonomik etkilerini çeşitli bağlamlarda değerlendirmektedir. Ayrıca, sürdürülebilir kalkınma için dengeli sağlık yatırımı stratejilerinin gerekliliğini vurgulayan politika çıkarımlarını tartışmaktadır.

Sağlık ekonomisi ve bunun makroekonomik etkileri, dünya çapında politika tartışmalarının merkezindedir. Sağlık harcamaları, hem yaşam kalitesini artıran bir tüketim mali hem de uzun vadeli verimliliği ve ekonomik büyümeyi destekleyen bir yatırım mali olarak görülmektedir.

Gelişmiş ekonomilerde artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirlik konusunda endişelere yol açarken, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine yetersiz yatırım iş gücü verimliliğini ve ekonomik ilerlemeyi kısıtlamaktadır.

Sağlık ekonomisi, sağlık sistemlerindeki kaynakların verimli tahsisine odaklanır ve sağlık hizmetlerinin maliyet, fayda ve eşitliğini inceler. Öte yandan makroekonomik çalışmalar, sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYH), istihdam ve yoksulluğun azaltılması gibi göstergeler üzerindeki toplam etkilerini dikkate alır. Son araştırmalar, kamu sağlık harcamalarındaki yüzde 10'luk bir artışın, özellikle güçlü beşerî sermaye temellerine sahip ülkelerde, GSYH büyümesine önemli katkıda bulunabileceğini göstermektedir.

Bu makale şu araştırma sorularını ele almaktadır: I) Sağlık harcamaları makroekonomik performansı nasıl etkiler? II) Sağlık ekonomisi ile ekonomik büyüme arasındaki bağı açıklayan teorik çerçeveler nelerdir? III) Sağlık harcamalarının olumlu ve olumsuz makroekonomik etkilerine dair hangi ampirik kanıtlar mevcuttur?

Sağlık Ekonomisi ve Makroekonomik Büyüme Üzerine Teorik Perspektifler

Sağlık harcamaları, makroekonomik performans ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi açıklayan çeşitli teorik modeller mevcuttur. Bu modeller genellikle sağlığın, beşerî sermaye, içsel büyüme ve verimlilik unsurları üzerinden ekonomik büyümede oynadığı role vurgu yapar. Aşağıda en dikkat çeken modeller yer almaktadır:

Beşerî Sermaye (Human Capital) Teorisi

Sağlık ekonomisinin makroekonomik performansla bağlantısının temeli, beşerî sermaye teorisine dayanmaktadır. Sağlık, verimliliği, bilişsel gelişimi ve iş gücü piyasasına katılımı etkileyen beşerî sermayenin temel bir bileşeni olarak kabul edilir. Daha sağlıklı nüfuslar, daha verimli iş gücü, daha uzun çalışma ömürleri ve azalan devamsızlık oranlarıyla katkıda bulunur. Becker'in beşerî sermaye modeli, eğitim ve sağlık yatırımlarının, fiziksel sermaye yatırımlarıyla benzer getiriler sağladığını ve GSYH büyüme eğilimlerini etkilediğini

ileri sürer. Becker, Human Capital (1975) adlı eserinde beşerî sermayeyi, bireyin üretkenliğini ve kazanç potansiyelini artıran beceri, sağlık ve bilgi seti olarak kavramsallaştırmıştır. Becker'in beşerî sermaye modeli, eğitim, mesleki eğitim ve sağlık yatırımlarını fiziksel sermaye yatırımlarına benzer şekilde ele alır. Nasıl ki makineler ve altyapı üretimi artırıyorsa, beşerî sermayeye yapılan yatırımlar da bireylerin ve dolayısıyla ekonominin üretken kapasitesini artırır.

Bireyler ve hükümetler, beklenen getiriler (örneğin daha yüksek ücret, artan verimlilik veya ekonomik büyüme) yatırım maliyetlerini (örneğin sağlık harcamaları veya eğitim ücretleri) aştığında beşerî sermayeye yatırım yaparlar. Becker, genel beşerî sermaye (işler arasında transfer edilebilen beceriler) ve özel beşerî sermaye (yalnızca belirli işverenlere özgü beceriler) arasında ayrım yapmıştır. Sağlıktaki iyileşmeler genellikle genel beşerî sermaye kategorisine girer ve tüm ekonomiye fayda sağlar. Model, sağlık ve eğitim arasındaki tamamlayıcılıklara vurgu yapar. Sağlıklı bireyler daha iyi öğrenir, eğitilmiş bireyler ise daha sağlıklı yaşam tarzlarını benimseme konusunda daha yetkindir; bu da beşerî sermaye birikiminin pekiştirici bir döngüsünü oluşturur. Becker'in çerçevesi, sağlık harcamalarını yalnızca tüketim olarak değil, ekonomik büyümenin bir motoru olarak konumlandırması nedeniyle sağlık ekonomisinde özellikle önemlidir. Becker'in teorisine göre sağlık iyileşmeleri, iş gücüne katılım oranlarını artırır, devamsızlığı azaltır ve bilişsel yetenekleri geliştirir; tüm bunlar makroekonomik açıdan olumlu sonuçlar doğurur.

Solow Büyüme Modeli ve Uzantıları

Solow büyüme modelinde sağlık, verimliliğin bir belirleyicisi olarak genişletilmiştir. Bu çerçevede sağlık harcamaları, iş gücü girdilerinin verimliliğini artırarak toplam faktör verimliliğinin yükselmesine katkıda bulunur. İçsel büyüme modelleri ise nüfus sağlığında meydana gelen sürekli iyileşmelerin, teknolojik benimsemeyi ve yenilikçiliği teşvik ederek uzun vadeli ekonomik büyümeyi sürdürebileceğini öne sürmektedir.

Klasik Solow Büyüme Modeli (Solow, 1956), çığır açıcı olmasına rağmen, başlangıçta ekonomik büyümenin temel belirleyicileri olarak yalnızca fiziksel sermaye, iş gücü ve teknolojiyi dikkate

almıştır. Ancak sonraki ampirik bulgular, uzun vadeli büyümeyi sürdürmede beşerî sermayenin -özellikle eğitim ve sağlığın- kritik rolünü vurgulamıştır. Bu nedenle, Mankiw, Romer ve Weil (1992) gibi ekonomistler, Solow modelini beşerî sermayeyi ek bir üretim faktörü olarak içerecek şekilde genişletmiştir. Bu yaklaşımlar, ülkeler arasındaki gelir farklılıklarını ve sağlık yatırımlarının makroekonomik performans üzerindeki etkilerini açıklamada oldukça faydalı olmuştur. Daha sağlıklı nüfuslar daha üretkendir, daha hızlı öğrenir ve yenilik ile iş gücü piyasasına daha fazla katkı sağlar. Örneğin Sinha (2024), Hindistan'da kamu sağlık harcamalarının daha yüksek olduğu eyaletlerin, daha yüksek denge gelir seviyelerine daha hızlı yakınsadığını belirterek Solow çerçevesinde sağlıkla desteklenen beşerî sermayenin önemini vurgular.

Genişletilmiş Solow modeli, sağlık hizmetlerini iş gücü verimliliğini doğrudan etkileyen bir unsur olarak görür. Sağlıklı bireyler daha uzun saatler çalışabilir, yeni teknolojilere daha kolay uyum sağlar ve hastalık nedeniyle işten geri kalma olasılıkları daha düşüktür. Bishnoi ve Boora (2025), Hindistan'ın Kerala eyaleti gibi sağlık yatırımlarının görece yüksek olduğu bölgelerin, daha sağlıklı ve daha iyi eğitilmiş iş gücü sayesinde daha yüksek büyüme oranları sergilediğini savunmaktadır.

Bunun yanı sıra, sağlık sonuçlarındaki iyileşmeler yaşam beklentisini artırabilir, bu da bireylerin daha uzun süre iş gücünde kalmasına ve daha fazla deneyim kazanmasına olanak tanır; bu durum uzun vadede ekonomik çıktıya katkı sağlar. Böylece daha iyi sağlık, daha yüksek verimlilik ve gelir yaratır; bu da daha fazla sağlık yatırımı yapılmasını mümkün kılar ve olumlu bir döngü oluşturur.

Teknolojik değişim, Solow modelinin merkezinde yer alır ve sağlık, teknoloji benimsemenin faydalarını artırabilir. Yeterli beslenmiş ve bilişsel açıdan sağlıklı bir nüfus, gelişmiş teknolojileri daha etkili bir şekilde kullanabilir ve bu da toplam faktör verimliliğini artırır. Ramnebro (2025), iyi sağlık sistemlerine sahip ülkelerde doğrudan yabancı yatırımların ve teknoloji transferlerinin daha etkili olduğunu çünkü çalışanların yeni teknolojileri daha iyi kullanabildiğini vurgular.

Geliştirilmiş Solow modeli, sağlık politikalarının sürdürülebilir ekonomik büyüme için daha geniş bir stratejinin parçası olması gerektiğinin altını çizer. Önleyici sağlık hizmetleri, hastalık kontrolü ve beslenmeye yapılan yatırımlar yalnızca refahı artırmakla kalmaz, aynı zamanda kaliteye göre düzeltilmiş iş gücü arzını artırarak üretim fonksiyonunu yukarı doğru kaydırır. Sağlık harcamalarını büyüme stratejilerine dahil etmeyen ülkeler, düşük denge büyüme patikalarında sıkışıp kalabilirler.

Grossman Sağlık Sermayesi Modeli (1972)

Michael Grossman'ın modeli (1972), Becker'in beşerî sermaye kavramını genişleterek sağlığı, yaşla birlikte yıpranan ve sağlık yatırımlarıyla artırılabilen dayanıklı bir sermaye stoku olarak ele alır. Bireyler, tıbbi bakım, egzersiz, beslenme ve diğer girdiler aracılığıyla "sağlık üretirler". Makroekonomide bu model, kamu ve özel sağlık harcamalarının iş gücü verimliliğini ve dolayısıyla GSYH'yi doğrudan nasıl etkilediğini açıklar.

Sağlık, hem bir tüketim malı (fayda sağlayan) hem de bir yatırım malıdır (üretken zamanı ve kazanç potansiyelini artırır). Sağlık harcamaları iki yönlü bir rol oynar: (a) Tüketim olarak sağlık, yaşam kalitesini artırarak bireysel refahı yükseltir, (b) yatırım olarak ise sağlık, daha sağlıklı bir iş gücüne yol açarak dolaylı yoldan verimliliği artırır. Bu çift yönlü rol, politika önceliklerini anlamak açısından kritik öneme sahiptir; zira ülkeler, sağlık harcamalarının kısa vadeli refah faydaları ile uzun vadeli ekonomik getirileri arasında denge kurmak zorundadır.

Diğer Modeller

İçsel Büyüme Teorileri, beşerî sermaye birikimini -sağlık dâhil- sürdürülebilir büyümenin bir motoru olarak ele alır. Sağlık yatırımları, etkin iş gücü stokunu artırır ve eğitim ile verimlilikte olumlu dışsallıklar (spillover etkileri) yaratır. Sağlık harcamaları, ölçek getirilerini artıran ve uzun vadeli büyümeyi destekleyen yenilik ve bilgi birikiminin itici gücü olarak görülür. Örneğin Lucas (1988), sağlıklı bireylerin bir ekonomide kolektif üretkenliği artırdığını öne sürerek beşerî sermaye dışsallıklarının altını çizmiştir.

Bloom-Canning-Seiler Sağlık ve Ekonomik Büyüme Modeli, David Bloom ve çalışma arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiş olup sağlığı iş gücü

verimliliği, demografik değişimler ve tasarruf davranışları aracılığıyla ekonomik büyümeye bağlar. Daha sağlıklı nüfuslar daha uzun yaşar, emeklilik için daha fazla tasarruf yapar ve daha yüksek iş gücü katılımına katkıda bulunur. Bu model, "sağlıktan servete" geri besleme döngüsünü vurgular; yani daha iyi sağlık sonuçları ekonomik büyümeyi hızlandırır ve bu da daha yüksek sağlık harcamalarını finanse eder.

Nesiller Üstü Modeller (Overlapping Generations Models - OLG), sağlık hizmetleri ve demografik yapıları uzun vadeli ekonomik büyüme analizine entegre eder. Bu modeller, yaşlanan toplumlarda sağlık harcamalarının iş gücü verimliliğini, tasarrufları ve emeklilik sistemlerini nasıl etkilediğini inceler. OLG modelleri, makroekonomik politika araştırmalarında, özellikle sağlık ve sosyal programların mali sürdürülebilirliğini analiz etmek için yaygın olarak kullanılır.

Nelson-Phelps Teknoloji Yayılımı Modeli (1966), beşerî sermayenin (sağlık dâhil) bir toplumun yeni teknolojileri benimseme ve uygulama yeteneğini artırdığını ileri sürer. Daha sağlıklı nüfuslar yeniliklere daha hızlı uyum sağlayabilir ve bu da daha yüksek üretkenlik artışına yol açar. Model, sağlık harcamalarının teknoloji benimseme verimliliğini artırarak büyümeyi dolaylı olarak teşvik ettiğini gösterecek şekilde genişletilmiştir.

Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Sonuçlar Üzerine Ampirik Kanıtlar

Olumlu Etkiler

Çeşitli ampirik çalışmalar, sağlık harcamaları ile ekonomik performans arasında güçlü ve pozitif bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Örneğin Rugchatjaroen ve arkadaşları (2025), Tayland'ın sağlık farkındalık politikalarının, hastalık prevalansını azaltarak ve iş gücü katılımını artırarak beklenen GSYH büyümesine önemli ölçüde katkı sağladığını tespit etmiştir. Benzer şekilde, Mikava ve Gabritchidze (2025), bulaşıcı olmayan hastalık yönetimi yatırımlarının, uzun vadede sağlık maliyetlerini düşürürken iş gücü verimliliğini artırdığını vurgulamaktadır.

Schindler ve Scott (2025) tarafından yapılan çok ülkeli bir çalışma, kronik hastalıkların Birleşik Krallık'ta yıllık üretkenliğin yüzde 7'sinden fazlasını

kaybettirdiğini ortaya koymuştur. Araştırmacılar, etkili sağlık harcamalarının uzun dönemli engellilikleri önleyerek ve sağlık yükünü azaltarak bu kayıpları hafiflettiğini savunmaktadır.

Olumsuz ve Nötr Etkiler

Faydalarına rağmen, aşırı veya verimsiz sağlık harcamaları nötr veya olumsuz makroekonomik etkilere yol açabilir. Verimsiz sağlık sistemlerinin bulunduğu ülkelerde yüksek harcamalar, iyi sağlık sonuçları veya verimlilik artışları ile sonuçlanmayabilir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin aşırı kamu borçlanmasıyla finanse edilmesi, enflasyon ve borç birikimi gibi makroekonomik dengesizliklere neden olabilir.

Sağlık Harcamalarının Makroekonomik Etkileri

Sağlık harcamaları, makroekonomik sonuçları doğrudan ve dolaylı birçok kanal üzerinden etkiler. Bu kanallar arasında verimlilik artışı, iş gücü katılımı, demografik değişimler ve mali etkiler yer alır.

Sağlık yatırımları, devamsızlığı ve düşük verimlilikle çalışmayı (presenteeism) azaltarak üretkenliği artırır. Daha sağlıklı çalışanlar görevlerini daha verimli bir şekilde yerine getirir, bu da iş gücü saat başına üretimi artırır. Örneğin Birleşik Krallık'ta diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik rahatsızlıklar, yıllık GSYH'nin yüzde 3-4'ü kadar üretkenlik kaybına neden olmaktadır. Önleyici sağlık programları bu kayıpları azaltabilir.

Sağlık sonuçlarındaki iyileşmeler, daha yüksek yaşam beklentisi ve düşük bebek ölüm oranlarıyla birlikte iş gücü dinamiklerini etkiler. Sağlıklı ve daha uzun yaşayan bir nüfus, aktif iş gücünü koruyarak ve bağımlılık oranını düşürerek ekonomik büyümeye katkıda bulunur. Buna karşılık, sağlık yatırımlarının yetersiz olduğu ülkelerde yüksek hastalık yükü, iş gücü arzını azaltır ve sosyal koruma harcamalarını artırır.

Sağlık harcamaları, özellikle yüksek gelirli ülkelerde, devlet bütçelerinin önemli bir bileşenidir. Artan sağlık yatırımları uzun vadede verimlilik artışı yoluyla mali faydalar sağlasa da açık finansmanla desteklenirse kamu maliyesi üzerinde baskı yaratabilir. Örneğin 2000'li yılların başında Güney Afrika'nın HIV/AIDS programlarına yönelik kamu sağlık finansmanını azaltması, artan hastalık

yükü ve ölüm oranları nedeniyle ekonomik maliyetleri ciddi şekilde artırmış, bu da mali yükü büyütüştür.

Sağlık harcamaları, tıbbi teknolojiler ve ilaçlardaki yenilikleri teşvik ederek sektörler arası olumlu yayılma etkileri yaratır. Rugchatjaroen ve arkadaşları (2025), sağlık araştırmalarına ve dijital sağlık altyapısına öncelik veren ülkelerin, teknolojik benimseme sürecini hızlandırarak ekonomik büyümeyi teşvik ettiğini belirtmektedir.

Sağlık Harcamalarının Makroekonomik Etkileri Üzerine Küresel Bazı Örnekler

Tayland'ın kapsamlı sağlık farkındalık politikası, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi nasıl desteklediğine dair önemli bir örnektir. Rugchatjaroen ve arkadaşları (2025), önleyici sağlık programlarına yapılan yatırımların hastane başvurularını ve iş gücü devamsızlığını azalttığını, bunun da 2025 yılına kadar GSYH'de yüzde 2'lik bir artış sağladığını göstermektedir. Ülkenin evrensel sağlık sigortası (UHC) odaklı yaklaşımı, sürdürülebilir büyümenin kritik bileşenleri olan eşitlik ve sosyal istikrarı da güçlendirmiştir.

Schindler ve Scott (2025), kronik hastalıkların Birleşik Krallık'ta önemli makroekonomik maliyetlere yol açtığını, iş gücü verimliliğini etkilediğini ve sağlık hizmetlerine olan talebi artırdığını vurgulamaktadır. Ulusal Sağlık Servisi (NHS) her yıl kronik hastalıkların tedavisi için milyarlarca pound harcarken, dolaylı ekonomik maliyetler (örneğin iş gücü kaybı) doğrudan tıbbi maliyetleri aşmaktadır. Bu bulgu, sağlık müdahalelerinin ve artan önleyici harcamaların önemini ortaya koymaktadır.

Mikava ve Gabritchidze (2025), Gürcistan'daki bulaşıcı olmayan hastalıkların ekonomik yükünü ve yetersiz sağlık altyapısının ekonomik kalkınmayı nasıl engellediğini tartışmaktadır. Çalışmaları, kamu sağlık sistemine yapılan hedefli yatırımların, uzun vadede tedavi maliyetlerini azaltarak ve iş gücü etkinliğini artırarak harcamaların 3-4 katı oranında geri dönüş sağlayabileceğini göstermektedir.

Evans (2025), Güney Afrika'da HIV/AIDS ve tüberküloz programlarına yönelik kamu sağlık harcamalarındaki kesin-

tilerin, düşük verimlilik ve artan sağlık maliyetleri gibi ciddi makroekonomik sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Çalışma, sağlık bütçelerinde kısa vadeli mali kısıtlamaların, artan hastalık yükü nedeniyle uzun vadeli ekonomik durgunluğa yol açabileceğini öne sürmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sağlık harcamalarının makroekonomi ve ekonomik büyüme üzerindeki etkilerine ilişkin tartışmalar ve ampirik bulgular temelinde aşağıdaki öneriler öne çıkmaktadır:

a. Önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesi:

Aşı programları ve yaşam tarzı müdahaleleri gibi önleyici önlemler, uzun vadede önemli ekonomik faydalar sağlamaktadır. Örneğin Tayland'ın sağlık politikaları, önleyici sağlık hizmetlerinin hastane başvurularını azaltarak iş gücü verimliliğini artırdığını göstermektedir.

b. Sağlık finansmanı mekanizmalarının güçlendirilmesi:

Devletler, bütçe açıklarına aşırı bağımlılığı önlemek için kamu-özel iş birlikleri ve sağlık sigortası modelleri dâhil olmak üzere sürdürülebilir finansman mekanizmalarını benimsemelidir. Evans (2025), yetersiz finanse edilen sağlık sistemlerinin ekonomik maliyetinin, bütçe kesintilerinden kaynaklanan mali tasarrufları fazlasıyla aşabileceğini vurgulamaktadır.

c. Sağlığın makroekonomik planlamaya entegrasyonu:

Sağlık harcamaları tek başına ele alınmamalı, makroekonomik planlamanın ayrılmaz bir parçası olarak görülmelidir. Sağlık yatırımını daha geniş ekonomik politikaların içine yerleştiren ülkeler, daha yüksek ve kapsayıcı büyüme oranlarına ulaşmaktadır.

d. Teknolojik yeniliklerin teşvik edilmesi:

Dijital sağlık altyapısı ve biyoteknoloji yatırımları, sağlık hizmeti sunumunu geliştirirken uzun vadeli sağlık maliyetlerini düşürmek için kritik öneme sahiptir. Sağlık odaklı teknolojik yenilikler, özellikle yüksek teknoloji sektörlerinde ekonomik büyümenin katalizörü olarak hareket edebilir.

kanıtlara rağmen çeşitli zorluklar devam etmektedir:

- Yatırım getirilerinin ölçülmesi:

Sağlık harcamalarının makroekonomik getirilerini nicelendirmek, yatırım ile etki arasındaki zaman gecikmesi nedeniyle oldukça karmaşıktır.

- Erişim eşitsizliği:

Kırsal ve kentsel alanlar arasındaki sağlık hizmeti erişimindeki eşitsizlikler, sağlık yatırımlarının ekonomik faydalarını sınırlandırabilir.

- Yaşlanan nüfus:

Nüfus yaşlanmasıyla birlikte sağlık harcamaları önemli ölçüde artacak ve bu da devletler için mali zorluklar yaratacaktır.

Gelecekteki araştırmalar, sağlık harcamalarını uzun vadeli büyümeyi etkileyen içsel bir değişken olarak ele alan dinamik makroekonomik modelleme üzerine yoğunlaşmalıdır. Sağlık harcamaları, yalnızca sosyal yatırımlar değil; aynı zamanda verimliliği, istihdamı ve uzun vadeli mali istikrarı şekillendiren stratejik ekonomik araçlardır. Diğer ülkelerden elde edilen ampirik kanıtlar, etkili sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi desteklediğini, sağlık hizmetlerine yetersiz yatırım yapılmasının veya kaynakların yanlış tahsis edilmesinin ise ciddi makroekonomik sonuçlara yol açabileceğini göstermektedir. Politikacılar, sağlık hizmetlerinin ekonomik planlamadaki merkezi rolünü kabul etmeli ve önleyici bakım, sürdürülebilir finansman ve yenilikçiliğe öncelik vermelidir.

Kaynaklar

Abrianti, S., & Suchaina, S. (2025). Peran Pendidikan dan Kesehatan dalam Mengurangi Ketimpangan dan Kemiskinan di Indonesia: Pendekatan Human Capital. *Jurnal Ekonomi-Qu*, 15(1), 56-65. <https://jurnal.untirta.ac.id/index.php/Ekonomi-Qu/article/view/34720> (Erişim Tarihi: 29.07.2025).

Barma, R., Reza, F., Kabir, Z., Shammi, M., & Tareq, S. M. (2024). Implementation of environmental management plans in the transport sector development projects: A case study of two mega projects in Bangladesh. *Case Studies on Transport Policy*, 18, 101298.

Becker, G. S. (1975). *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education. Second Edition*, National Bureau of Economic Research, New York. <https://www.nber.org/system/files/chapters/c3730/c3730.pdf> (Erişim Tarihi: 29.07.2025).

Bishnoi, N. K., & Boora, G. (2025). *Economic Growth and Productivity Analysis of Kerala: A Growth Accounting Approach*. Gargi, *Economic Growth and Productivity Analysis of Kerala: A Growth Accounting Approach*.

Bloom, D. E., Canning, D., & Seiler, S. (2004). The effect of health on economic growth: A production function approach. *World Development*, 32(1), 1-13.

Evans, R. W. (2025). *The Economic Costs of Public Health Spending Cuts: HIV/AIDS and Tuberculosis in South Africa*. *AIDS and Tuberculosis in South Africa*.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.

Lucas, R. E. (1988). On the mechanics of economic development. *Journal of Monetary Economics*, 22(1), 3-42.

Mankiw, N. G., Romer, D., & Weil, D. N. (1992). A contribution to the empirics of economic growth. *The quarterly journal of economics*, 107(2), 407-437.

Mikava, N., & Gabritchidze, S. (2025). *Economic Burden And Policy Gaps In Noncommunicable Disease Management In Georgia: A Health Economics Perspective*. *Agora International Journal Of Economical Sciences*, 19(1), 220-235.

Nelson, R. R., & Phelps, E. S. (1966). Investment in humans, technological diffusion, and economic growth. *American Economic Review*, 56(1/2), 69-75.

Pattanakooha, P., & Preechametta, A. (2025). *Healthcare in Life Cycle Economy: Theoretical Model and Simulation*. *Thailand and The World Economy*, 43(1), 19-39.

Ramnebro, M. (2025). *Foreign aid as a catalyst for FDI-driven development*. Lund University Publications. <https://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=9199173&fileId=9199174> (Erişim Tarihi: 29.07.2025).

Romer, P. M. (1990). Endogenous technological change. *Journal of Political Economy*, 98(5), 71-102.

Rugchatjaroen, K., Chaiyasuk, S., & Kanjanapongporm, A. (2025). *Anticipated Growth in Healthcare Spending: The Role of Thailand's Comprehensive Health Awareness Policy*. *F1000Research*, 14, 598.

Samarawickrama, P. A., Fernando, G., Bernadeen, R., Jayasuriya, N., & Pathirana, U. (2025). *Macroeconomic determinants of child mortality in low and lower-middle-income nations*. *International Journal of Sociology and Social Policy*. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ijssp-02-2025-0128/full/pdf> (Erişim Tarihi: 29.07.2025).

Schindler, Y., & Scott, A. J. (2025). *The macroeconomic impact of chronic disease in the United Kingdom*. *The Journal of the Economics of Ageing*, 100590. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212828X25000453> (Erişim Tarihi: 29.07.2025).

Sinha, J. K. (2024). *Unraveling India's Economic Tapestry: Analyzing the Convergence of Growth Patterns among Indian States and Prospects for the Future*. *Asian Journal of Economics and Finance*, 6(4), 357-379. [https://www.arfjournals.com/image/catalog/Journals%20Papers/AJEF/2024/No%204%20\(2024\)/3_Jitendra%20Sinha.pdf](https://www.arfjournals.com/image/catalog/Journals%20Papers/AJEF/2024/No%204%20(2024)/3_Jitendra%20Sinha.pdf) (Erişim Tarihi: 29.07.2025).

Solow, R. M. (1956). A contribution to the theory of economic growth. *The quarterly journal of economics*, 70(1), 65-94.

Sağlık harcamaları ile ekonomik performans arasındaki bağlantıya dair güçlü

Türkiye’de sağlık teknolojileri değerlendirme yol haritası: politika perspektifi

Doç. Dr. Rabia Sucu



Amerika Birleşik Devletleri merkezli küresel bir sivil toplum kuruluşu olan MSH (Management Sciences for Health)’te Sağlık Politikası ve Finansmanı Kıdemli Baş Teknik Danışmanı olarak görev yapmaktadır. Küresel sağlık sistemleri ve yenilikler alanında, özellikle sağlık ekonomisi, sağlık teknolojisi değerlendirme (HTA) ve pazar erişimi konularında liderlik üstlenmektedir. MSH’den önce Türkiye’de çeşitli kamu kurumlarında görev alan Dr. Sucu; kanıta dayalı tıp, HTA, fiyatlandırma, geri ödeme ve klinik kalite alanlarında çalışmıştır. HTAi (Uluslararası Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Birliği) eski başkanı, Türkiye Kanıta Dayalı Tıp Derneği kurucu başkanı ve Avrasya HTA Girişimi başkanıdır. Aile hekimliği uzmanı olan Dr. Sucu, 20 yılı aşkın deneyimiyle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sunmaktadır. 150’den fazla bilimsel yayını, on kitabı ve yüzlerce uluslararası sunumu bulunmaktadır.

“Sen yola çık, yol sana görünür.”
Mevlana Celaleddin-i Rumi

Başlığa kanıp da bu yazıyı okuyarak Türkiye’de Sağlık Teknolojileri Değerlendirmesi (STD) [Health Technology Assessment – HTA] kurumsallaşması için bir yol haritası göreceğinizi sanıyor olabilirsiniz. Eğer beklentiniz o ve “kurumsallaşma yol haritası yoksa ben yokum” diyorsanız devam etmeyin. Ama “bu yol çok meşakkatli, o zaman biraz öykülendirelim” dersiniz gelin birlikte devam edelim. Nihayetinde yine bir yol haritası konuşacağız, ama bu öncekilerden biraz farklı olacak.

Sanıyorum yirmi yılı aşkın STD kariyerimde Türkiye için STD yol haritasını defalarca sundum. Kendi STD yolculuğum ümit, hüznün, hayal kırıklığı, keyif, takdir ve tenkit döngüsü içinde geçti ama hep yeniden ümide döndüm. Türkiye’de olan ve olacaklara dair bakışım da aynı döngüde ilerledi. Bu süreçte çok şey öğrendim; anlamadıklarımı tecrübeyle ve yaş aldıkça daha iyi kavradım. Ama bazı şeyler var ki hâlâ aklım almaz. STD’de gelemediğimiz nokta da sanıyorum bunlardan en önemlisi. Ama neden? Mevlana’nın dediği gibi “yola çıksaydık yol görünecekti” de biz sahi neden yola çıkamadık? Ya da belki çıktık da neden yolun devamı bize görünmedi?

Bundan 22 yıl önce, henüz yirmili yaşlarda, Tıp Fakültesinden yeni mezun olmuş, aile hekimliği asistanlığı yaparken programı dondurup yurt dışına taşınmıştım. O dönemde STD ile tanıştım ve İtalya’da yüksek lisans programına başladım. Öğrendiklerim beni heyecanlandırıyor, sağlık sistemi üzerine olabilecek etkisini anladıkça Türkiye’de yapılabilecekleri düşünüyor, bu süreçte nasıl rol alabileceğimi merak ediyordum.

Yüksek lisans arasında Türkiye’ye geldiğimde babamın bir arkadaşı aracılığıyla Sağlık Bakanlığında o dönem görevli olan bir müsteşar yardımcısından randevu aldım. Büyük heyecanla gittim. Ne yaptığımı, neler öğrendiğimi anlattım, sorular sordum ve yüksek lisans bitince bakanlığa nasıl katkım olabileceğini anlamaya çalıştım. Öğrenmeye de üretmeye de aşırı meraklıydım. O yaşta, çok çalışarak ve inanarak emek verdiğimizde değişim yaratabileceğimizi zannediyoruz. Ben de öyle zannediyordum. Ama öyle olmadı... Belki bürokratik dili kullanamadım, belki anlattıklarım anlamsız geldi, belki de yaşım ve statüm sebebiyle inandırıcı olamadım. Hâlbuki bakıldığında görülmesi gereken tek şey öğrenmeye ve katkı vermeye hevesli genç bir insandı. Konuşmamın

ortasında ayağa kalktı, ben de kalktım, kapıya doğru yürüdüm. Yaşına uygun bir nezaketle sırtımı sıvazladı, “gelir geçer” türü birkaç kelimeyle beni uğurladı. Ne hissedeceğimi bilemedim. Ama sanıyorum genç yaşımın da etkisiyle, o günden sonra daha az değil, çok daha fazla çalıştım. Yine de düşünürüm: o gün o kişi farklı davransaydı ya da ben başka birine gitseydim, değişen ne olurdu?

Sonrasında Kanada’da McGill Üniversitesinde Prof. Maurice McGregor’dan ders aldım. Bu yazıyı kaleme almadan birkaç gün önce, oldukça ileri yaşta hayata veda etti. Onunla konuştuğumda da sanırım 80 yaş civarındaydı. Dünya genelinde tanınan, STD’nin kurumsallaşmasına birçok ülkede katkı vermiş bir duayendi. Ders sonrası peşinden koştum, kendimi tanıttım ve Türkiye’de bir yapı olmadığını, yüksek lisans tamamlayınca ülkeme dönüp bunu hayata geçirmek istediğimi söyledim. Elini omzuma koydu ve “Gitme. Gidersen hiçbir şey yapamayacak, zamanını boşa harcayacaksın. Yurt dışında kariyer yap; bir gün onlar hazır olduğunda zaten seni bulurlar. Şimdi gidersen ya bu alanda kariyer yapamayacaksın ya da yıllar sonra yine yurt dışında devam edeceksin.” dedi.

Büyük bir hayal kırıklığıydı. Ama ne bekliyordum ki? “Yabancılar bizim kendi toprağımıza bağlılığımızı anlayamaz.” diye düşündüm. Mesele kariyer yapmak değil, ülkeye katkıda bulunmaktı. Onun önerilerini dikkate almadım. Türkiye’ye döndüm. 2005’te dönüşümden 2018’de tekrar ayrılanaya kadar 13 yıl boyunca neredeyse her günümü “Türkiye’de STD’de yol nasıl çizilir?” sorusuyla geçirdim. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı bünyesinde ve hastanede çalışarak hem ulusal hem hastane tabanlı STD çalışmaları yapma ve sivil toplum kuruluşları vasıtasıyla da farklı girişimlerin içinde olma şansım oldu.

Hayatımın yaklaşık yirmi yılı aktif olarak Uluslararası STD Birliğinde (HTAi) geçti. 12 yıldır yönetim kurulundayım, en fazla seçilen üyelerdenim, yakın dönemde birliğin başkanlığını yaptım ve hâlen eski başkan olarak yönetimdeyim. Birliğin tarihinde Batı Avrupa, Anglosakson ülkeleri ve Kuzey Amerika dışından, yüksek gelir düzeyi olmayan bir ülkeden gelen ilk başkan oldum. Bugüne kadar 50’den fazla ülkede STD üzerine çalıştım, birkaçında kurumsallaşmayı bizzat yönettim.

Bu yazım tüm bu tecrübelerime dayanarak ülkemiz için yaptığım tespitler ve geleceğe dair önerileri içermektedir. Kanaatimce bir noktaya varabilmenin birçok farklı yolu vardır. Ama bir yol haritasından bahsetmek için önce varış noktasını bilmek ya da en azından bir yöne gitmeye niyet etmek gerekir. Niyet edildikten sonra bazen tökezlenir, zaman kaybedilir ama dökülen ter hedefe yöneliktir ve mutlaka karşılık bulur. Niyet yoksa, sonuç da yoktur.

Başlangıç noktası, varış noktası ve yol

Yol haritamız için başlangıç noktamız ne olmalı? İlk aşamada, karar süreçlerinde ihtiyacın ve eksikliklerin hissedilmesi, STD’nin getirebileceği değişim ve faydaya yönelik farkındalığın artması önemlidir. Ne işe yaradığını bilmediğiniz bir mutfak aletini bile kullanmaya çekinirsiniz ya da bazen ihtiyaç duyduğunuz konuda sizi rahatlatacak bir araç olduğunu bilmezsiniz bile. Farkındalık hususuna biraz sonra değineceğim. Ama her şeyden önce gelen “politik irade ve isteklilik”tir. Eğer ki karar vericiler bu yola çıkmaya niyet etmediyse, akademisyenlerin, klinisyenlerin, özel sektörün, hastaların ve diğer tüm paydaşların çabası bir sonuca varmaz. Sadece Türkiye’de değil, henüz STD’nin olmadığı birçok ülkede de durum böyledir.

O zaman ana hedef, ilk etapta politika yapıcılarının bu işi sahiplenmesidir.

Anlatma becerisi, anlama gönüllülüğü: STD’nin tanımı çok basittir aslında. Temelinde, teknolojilerin değerini belirleyerek karar vericilerin daha kanıt temelli karar almalarını destekler. Değeri belirlerken de katkı olabilecek her türlü hususu inceler: klinik, ekonomik, etik, organizasyonel gibi. Alternatif kararlar için hangisi daha iyi sonuç doğurur, onun bilgisini verir. Ama bunu nasıl yapacağına indiginizde o kadar basit olmadığını görürsünüz. Çünkü soruyu nasıl sorduğunuzdan, alternatifleri nasıl belirlediğinizde, değere hangi parametreleri atfettiğinizde, sürece hangi paydaşları kattığınızda, teknolojinin tipine ve teknoloji döngüsünün hangi aşamasında değerlendirdiğinizde göre yöntemler, kapasite ihtiyacı ve karmaşıklık düzeyi değişmektedir. STD’nin kurumsallaşması gündeme geldiğinde ise tüm bunların yanında sağlık sisteminin yapısı, öncelikler ve diğer kurumsal faktörler devreye girer. Oluşturulacak herhangi bir yeni yapı, diğer yapılarla çelişmeden, ekosistem içinde uyumlu ve doğru konumlandırılmış olmalıdır.

STD’yi anlatabilmek önemlidir: Benim tecrübem, çok basit anlatıldığında “Biz zaten bunu yapıyoruz, bunun bizim yaptığımızdan farkı ne ki?” denmesidir. Biraz daha detaylı anlattığınızda ise “Çok kompleks, biz de zaten yapılamaz.” deniyor. Burada göstermemiz gereken çaba, aslında bizim günlük pratiğimizin STD olmadığını anlatabilmektir. Elbette ki kararlar alınırken bazı bilgiler toplanacak, bunlar değerlendirilecektir; aksi zaten düşünülemez. Ama STD bize standart, şeffaf ve güçlü kanıt temelli değerlendirmeler getirir. Paydaş katılımı çok detaylı düşünülmüştür. Hukuki zemini oluşturmuş ve öneriler doğrudan politikaları şekillendirmek üzeredir. Önceliklerin belirlenmesi yine bir sisteme oturtulmuştur. Bütüne bakıldığında kararlar arası çelişkileri önlemek ve hakkaniyet esastır. Elbette ki bu insan gücü ve yöntem bilgisi gerektirecektir ama tabii ki bizde de yapılabilir; dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi. Hatta benim için yadırgatıcı olan, böyle bir yol varken daha zorunu bile isteyerek seçmektir.

Anlatmak önemli dedik; peki ya anlamak veya anlamaya gönüllü olmak? Aslında yukarıdakinden çok farklı değil. “Zaten biz yapıyoruz ve doğrusunu biliyoruz.” yaklaşımı ile “Bunun hiç zamanı değil,

yapamayız.” yaklaşımı arasında gidip gelen politikacılar ne kadar dinliyor? Dinliyorlar evet ama yola çıkmak üzere dinlemek ile sadece dinlemek arasında fark var. Bunun sebebi bence iyi incelenmeli çünkü asıl düşünülen nokta burada. Acaba STD’nin yapılması için ve gerçek, ölçülebilir sonuçlarının olması için zaman gerektiğinin düşünülmesi bir sebep olabilir mi? Ya da yeni girişimlerle gelebilecek olası politik riskler? Hâlbuki Ukrayna örneğinde olduğu gibi, savaş zamanında bile kurumsallaştırılabilen STD yapısı çok kısa sürede hastaların tedaviye erişimlerini hızla artırabiliyor. Yani kısa sürede ve az kaynakla yapılabilirdiği ve kısa sürede yüksek etkinin gözlemlendiği ülke örnekleri mevcut. Elbette ki yüksek etkiyle birlikte pozitif bir siyasi kazanım da oluyor.

Gitmek istediğimiz Yer Neresi? Başlangıç noktasını konuştuk, şimdi de nereye gitmek istediğimizi belirleyelim. Çünkü ancak ikisini de bilirsek aradaki yolu çizebiliriz.

STD’ye odaklanmadan, sağlık alanındaki stratejik yaklaşımı ve kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerimizi düşünelim. Eğer hedefimiz; toplumun sağlık hizmetlerine hakkaniyetli ve zamanında erişebilmesi, ülkemizde inovasyonun geliştirilmesi veya mevcut değeri ispatlanmış inovatif ürünlere erişimin artırılması ve hızlandırılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, sağlık harcamalarının kontrol altına alınması ve bununla birlikte kaynakların verimli kullanılması, sağlıkta kalitenin ve sağlık çıktılarının iyileştirilmesi ise... Bunları şu an herhangi bir strateji belgesine bakmadan yazıyorum. Çünkü her sağlık sisteminin hedefleri arasında bu noktalar vardır ve bunlar mutlaka kağıda dökülür. Kullanılan kelimeler farklı -ve kesinlikle benimkinden daha bürokratik- olsa da özünde her hükümet, sağlık planlarında bu hedeflere odaklanır ve bu yönde politikalar belirlemeye çalışır.

Biz şu şekilde düşünebiliriz: Bu hedeflerin hemen hepsine katkıda bulunacak bir araç olsa, biz bunu alır mıyız, almaz mıyız? Yani, gitmek istediğimiz uzak bir yere bizi hızlı ve güvenli bir şekilde götürecek bir toplu taşıma aracı varken, biz yine de ısrarla yürüyüp hem yorulup hem risk alıp hem de zaman kaybeder miyiz? Yoksa o araca binip hedefimize vararak, kazandığımız vakit ve sağlıkla başka yolları da katetmek için bir sonraki istikamete mi odaklanırsınız?

Tüm bu dolaylı anlatımımla söylemek istediğim şu: STD, belli bir çatı ve sistem altında hem kaynak yönetimi hem teknoloji yönetimi ve erişimi hem de sağlık çıktılarının ve kalitenin artırılması konusunda bize yardımcı olur. Verimli ve etkin bir sağlık sistemi şekillendirir. Bu açıdan bakıldığında –ki literatürde net olarak gösterilmiştir– STD'nin kurumsallaşmasına yapılan yatırımın kendisi maliyet-etkindir.

Buraya kadar ki sözlerin özeti şöyle: Yola çıkmak niyet etmekle olmalıdır ve niyet ancak politik isteklilik varsa anlamlı olacaktır. Yola çıkarken beklenen etki, etkilenecek kararlar ve varmak istediğimiz noktayı belirlememiz gerekir. Yönünüzü belirlemeden çıktığınız yolda kaybolma olasılığınız yüksektir.

İşte tam burada yazımda ve düşünce akışımında bir ayrıma geldim. İki seçenek var:

1. Politik irade güçlü ve STD'den ne beklediğimizi biliyoruz.
2. Politik irade yok ve STD'yi nereye oturtacağımızı bilemiyoruz.

Birincisi çok kolay; başlangıç noktanızı ve varış noktanızı biliyorsunuz, oturup hızlıca yol planı yaparsınız. Çocuk oynucağı!

İkincisi ise... Geçmiş olsun! Yine önünüzde iki seçenek var:

1. "Yapacak bir şey yok" der, yolunuza bakar, vazgeçersiniz; sistem STD'siz yoluna devam eder. Ne olacağını söylememe gerek yok çünkü bu noktadaysanız çok konuşmaya gerek yok.
2. Politik iradeyi nasıl güçlendirebiliriz, STD tam olarak bu ekosistem içinde nereye konumlandırılabilir, ona kafa yorarsınız.

Burada da birincisi kolaydır; sonuçları ağır olsa bile, o an bir şey yapmazsanız kısa süre için kafanız rahat eder. Birey için bu böyle olabilir. Ama sistem içinse maalesef sonuçlarını sonraki nesiller çeker.

İkinci durumda, yani politik irade ve ekosistem konumlandırılmasına kafa yoralım dersanız, en zor olan durum budur. Ve bilin bakalım ne? Türkiye'nin hâli tam da bu. Ama yapabileceğimiz çok şey var; yani umutsuz değiliz.

Yukarıda bahsettiğimiz ilk ve son senaryoyu biraz şekillendirelim.

Senaryo 1- Politik irade güçlü ve STD'den ne beklediğimizi biliyoruz. Yol haritası hazırlama talimatını aldık. Büyük start verildi.

Benim gözümde olabilecek en sevimli (ve yıllarımın hayali), en kolay ve en net durum. Ama benim aldığım derslere göre senaryo gerçek değilse yol haritasını konuşmak ve planlamak tamamen zaman ve emek kaybı. Çok yaptım, biliyorum (bir muzır gülümseme emoji koyuyorum buraya). Eğer gerçekten bu noktadaysak ve somut adım atıyorsak dikkat edeceğimiz birkaç husus var. Detaylandırmadan ana başlıklarla geçeceğim:

- Kurum içi yapı, görev ve yetkilerin şekillendirilmesi, STD kapsam ve yöntemlerin belirlenmesi,
- Sağlıkta karar alma ekosistemi içinde STD'nin konumlandırılması, kurumsal arası ilişkilerin, bilgi ve karar akışının belirlenmesi,
- İnsan gücünün belirlenmesi, mevcut olandan istifade ederken yeni kapasite için plan yapılması,
- Hukuki zeminin oluşturulması,
- Paydaş katılımının ve rollerin belirlenmesi,
- Kurumun bağımsızlığı, finansmanı ve hem operasyonel hem de finansal açıdan sürdürülebilirliği.

Yazımın ilk paragrafını okuduktan sonra devam edip buraya geldiğinizde daha detaylı bir anlatım bekliyorsanız yanıldınız. Önceden söylediğim gibi bu işin başına geçince bu kısmı kolay. Yukarıdaki her madde projelendirilebilir, bunlara çok daha fazla ilave edilip detaylandırılabilir. Ama mesele o değil. Asıl mesele bizim daha gerçekçi olan aşağıdaki senaryoya nasıl başedebileceğimiz.

Senaryo 2- Politik irade yok, az veya parçalı. STD'yi nereye oturtacağımızı bilemiyoruz. Politik iradeyi güçlendirmek istiyoruz ve STD tam olarak bu ekosistem içinde nereye konumlandırılabilir, ona kafa yoruyoruz.

Türkiye'nin durumu bu senaryoda bir spektrumda. Burada iki iyi iki kötü haberim var:

İyi haber 1: Yalnız değiliz, bu durumda başka ülkeler de var.

Kötü haber 1: Olabilecek en zor senaryo...

İyi haber 2: Yapılacak ve etkili yaklaşımlar var.

Kötü haber 2: Yaklaşımların çoğu zor ve emek istiyor.

Ben yazımın geri kalanında kısaca politik irade ve eğer illa ki bir yol haritası diyorsak politik iradeyi artırmaya yönelik yol haritasına odaklanmak istiyorum.

Sağlık sistemlerinde yenilikçi politika araçlarının uygulanması, sadece teknik bir mesele değil aynı zamanda siyasi bir kararlılık ister. Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirmesi gibi araçlar, kaynakların daha verimli kullanılmasını, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasını ve inovasyona erişimin hızlanmasını mümkün kılar. Ancak bu araçların hayata geçebilmesi için güçlü bir siyasi irade ve geniş tabanlı bir sahiplenme gerekir.

Türkiye'nin geçmiş deneyimleri bize şunu göstermektedir: Sağlıkta Dönüşüm Programı gibi büyük reformlar, teknik olarak güçlü bir çerçeveye oturmakla kalmamış, aynı zamanda yüksek siyasi sahiplenme ile hayata geçirilmiştir. Benim de birebir tanık olduğum gibi, politik irade olduğunda süreçler hızlanır; olmadığında ise en iyi niyetli teknik girişimler dahi rafta kalır.

Siyasi irade, reformların motor gücüdür. Güçlü bir siyasi sahiplenme olmadan:

- Politika araçları teknik belgelerde kalır,
- Bürokratik direnç aşılamaz,
- Kaynak tahsisi yapılmaz,
- Reformlar sürdürülebilirlik kazanmaz.

Türkiye'de 2000'li yıllarda sağlık reformlarının hızlanmasının sebebi sadece doğru teknik tasarım değildi; aynı zamanda politik liderliğin bu reformlara sahip çıkmasıydı.

Siyasi irade oluşturmayı üç aşamada haritalandırabiliriz:

Aşama 1: Farkındalık ve Gündem Belirleme

Yeni bir aracın hayata geçirilmesi için ilk adım, karar vericilerin gündemine sokmaktır.

- **Politika notları:** 2–3 sayfalık, kolay okunur, verimlilik ve halk sağlığı faydasını öne çıkaran belgeler.
- **Yuvarlak masa toplantıları:** Üst düzey bürokrat ve siyasetçilerle kapalı oturumlar.

- **Medya etkileşimi:** Seçilmiş gazetecilerle röportajlar, köşe yazıları.

Belki son basamak hariç diğerleri aslında Türkiye’de defalarca denendi. Bunların neden işe yaramadığını da ayrıca incelemek gerekir. Ama farkındalık ve gündem belirleme mutlaka ilk basamaktır. Burada belki karar vericilerin kim olduğunu da net tanımlamak gerekir. Hangi düzeyde karar belirleyiciler hedef kitledir? Hangi kanaldan ulaşılmalıdır? Mesajlar nasıl formüle edilmelidir?

Farkındalık ve gündem aslında sadece karar vericiler için planlanmamalı, tüm paydaşları kapsamalıdır. Bunu, aslında ard arda değil birbiriyle eş zamanlı yönetilmesi gereken ikinci aşamada değerlendirebiliriz.

Aşama 2: Koalisyon Kurma ve Şampiyonlar Yaratma

Hiçbir politika tek aktörün gücüyle ilerlemez.

- **Siyasi şampiyonlar:** Bir milletvekili, bakan veya cumhurbaşkanlığı danışmanı STD’nin yüzü hâline getirilebilir.
- **Çapraz bakanlık desteği:** Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Bilim ve Teknoloji gibi bakanlıkların erken aşamada dâhil edilmesi.
- **Sivil Toplum Kuruluşları:** Gerek sağlık profesyonelleri, gerekse hastaların oluşturduğu örgütler toplumsal talebi yükseltmek için güçlü bir araçtır. Kanıta Dayalı Tıp Derneği veya Değer Temelli Sağlık Derneği gibi kapsayıcı ve multidisipliner kuruluşlar diğer kuruluşları ve paydaşları bağımsız bir platformda birleştireceği için ayrıca önem arz etmektedir.
- **Özel sektör ve üreticiler:** Özellikle bu paydaş grubunun STD’nin bir engel değil değer katan teknolojiler için bir kolaylaştırıcı olduğunu benimsemesi ve STD’nin bu grup tarafından desteklenmesi çok önemlidir.

Bu süreçte bireysel uzmanlar veya akademisyenlerin de katkısı olabilmektedir. Ama ben onların rolünü en çok STD yapılırken gerekecek teknik bilgi ve kapasite gelişiminde görüyorum. Akademisyenler ayrıca yukarıdaki paydaşlarla yakın çalışıyor veya belli kuruluşlarda aktif rol alıyorsa etkin olabiliyorlar. Bunun dışında maalesef çalışmalar teknik ve akademik faaliyet olarak sınırlı etkide kalabiliyor.

Sağlık politikası kararlarını alma süreci içinde yer alan veya her karardan doğrudan veya dolaylı olarak etkilenen tüm bireyler ve kuruluşlar için farkındalığın artmasına ve gündem oluşturmaya yönelik özel çalışma yapılmalıdır. Benim farklı ülkelerdeki tecrübem şöyle: tüm paydaşlar karar vericilere benzer mesajları farklı platformlarda, eş zamanlı ve güçlü bir şekilde ifade ettiklerinde politik iradenin artması kaçınılmaz ve daha hızlı oluyor.

Aşama 3: Kanıt ve Değer Gösterimi

Siyasetçiler somut sonuç görmek ister.

- **Pilot uygulamalar:** Küçük ölçekli, ölçülebilir faydaları olan projeler.
- **Akran ülke deneyimleri:** Türkiye gibi ülkelerle kıyaslama yapmak siyasiler üzerinde etkilidir.
- **İnceleme gezileri:** Karar vericilerin aracı uygulayan ülkelere gitmesi.

Yukarıya, farklı ülkelere önerdiğim bazı başlıkları yazdım ama Türkiye için kendi içimde bu konuda çatışma yaşadığımı ifade edebilirim. Diğer ülkelerde henüz yolun başındayken ve politik irade oluşmuş ya da özel bir ilgi varken bu maddelerin çok etkili olduğunu bizzat deneyimledim. Türkiye için bu aşamada işimiz biraz daha zor olabilir. Çünkü bir şekilde aslında ülkemizde STD konuşuluyor ve farklı zamanlarda bakanlıklar, hastane veya STK’lar düzeyinde yirmi yıldır, bu başlık altında veya değil, bazı örnekler oluştu. Sağlık Bakanlığının STD yapılanması içinde, politik etkisi sınırlı olsa da çalışma örnekleri var. SGK geri ödeme sürecinde dosya başvurusu ve incelenmesi aşamalarında STD esintilerini görebiliriz.

Daha önce bir hastanede, benim başkanlığını yaptığım, bir hastane tabanlı STD yapılanması vardı. Bu yapılanma çeşitli Avrupa Birliği ve global projeler kanalıyla dünyada STD yöntemlerinin gelişiminde rol alıyor, kapasite geliştiriyor ve birçok STD raporu yayınlıyordu. Geniş bir coğrafyada da Türkiye’de de tek hastane tabanlı oluşumdu. O dönem yapılan çalışmalar tek hastane tabanında dünyadaki en büyük etkiyi göstererek literatüre geçti. Başarı faktöründe en önemli hususun hastane yöneticilerinin desteği olduğu (yani mezo düzey politik irade) bizzat deneyimlendi. Elbetteki ekte çalışanların kapasitesi, uluslararası bağlantılar ve bununla gelen bütçe, gerek hastane içinde klinisyenlerin dâhil edilmesi gerekse dış paydaşlarla yakın çalışılması başarıyı etkiledi. Ancak

başhekim değiştiğinde yeni başhekim briefing dahi almadan bu merkezi kapatmayı tercih etti. Bunun bana öğrettiği en önemli bilgi ise politik iradenin sürdürülebilir olması gerektiği. Yukarıdaki maddeler -pilot uygulama, uluslararası örnekleri tanıma ve bizzat görme- gibi faktörlerin bir kalemde yok olduğunu gördüm. Bu durum nasıl farklı olabilirdi? Ben bu konuyu çok düşündüm ama burada okuyucunun da düşünmesi için ucunu açık bırakacağım.

O hâlde yukarıdaki üç aşamayı bütün olarak değerlendirsek ve özellikle üçüncü aşamadaki önerileri düşünürsek Türkiye için bunu revize edebilirim. Gezi veya diğer dünya örneklerinin incelenmesi bence ülkemiz için anlamlı değil; zaman, para ve emek kaybı olur. Burada doygunluğa ulaştığımız kanaatindeyim. Pilot uygulamalarımızın olması ve STD’nin etkisine dair kanıtın olması önemli ancak politik iradenin olduğu, paydaşların sürece destek olduğu ve politik iradenin sürdürülebilir olduğu bir senaryoda bu emek verilmeli.

Eğer bu üç aşamayı halledebildiysek işte o zaman politik iradenin olduğu senaryodaki haritalanmaya geçebiliriz. Daha önce bahsettiğim gibi o kısmı bence kolay olanı. Bu harita kurumsallaşmayı, sahiplenmeyi, hukuki zemin oluşturulmasını, kapasite geliştirilmesini, finansal ve operasyonel sürdürülebilirlik yöntemlerini ve elbette zaman içinde STD kurumunun etkisinin ivmelenmesi yaklaşımlarını içerecektir. Yukarıdaki üç aşamayı geçince ayrı bir yazıda onları da konuşabiliriz.

Sonuç

Bugünden baktığımda şunu net görüyorum: STD Türkiye’de artık bir “teknik mesele” değil, bir “politika meselesi”dir. Bunun için yapılacak iş, ne sadece yeni raporlar üretmek ne de tek tek projelerle sınırlı başarı hikâyeleri yazmaktır. Asıl mesele, politik iradeyi besleyecek doğru soruları sormak, her paydaşı içine alacak bir toplumsal sahiplenme yaratmak ve bunu sürdürülebilir kılmaktır. Ben kendi yolculuğumda öğrendim ki, irade tek kişiye bağlıysa kırılgan; kurumlara ve toplumsal talebe yaslanıyorsa kalıcıdır. Bu yüzden Türkiye’nin ihtiyacı, güçlü bir siyasi kararlılıkla desteklenen fakat kişilerin ötesine geçen bir sistem inşasıdır. STD böyle bir çatı sunuyor. Şimdi mesele, bu çatıya adım atıp atmamak. Çünkü yola çıkarsak yol görünür; çıkmazsak her şey, bir sonraki neslin sırtına yüklenir.

Sağlıkta aşırı hizmet kullanımı ve değer temelli yaklaşım

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Hâlen Üsküdar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Aşırı sağlık hizmeti kullanımı, hastanın klinik durumuna göre tıbbi olarak faydası olmayan veya potansiyel zararı faydasından daha fazla olan test, tedavi, ilaç veya prosedürlerin uygulanmasıdır. Bu durum, basit bir vitamin takviyesi reçete etmekten, karmaşık ve riskli bir cerrahi operasyona kadar geniş bir yelpazeyi kapsayabilir. Bir hastanın durumu için uygun olandan daha yüksek hacimde veya maliyette bakım sağlanmasıyla karakterize edilir. Bu kavram, yetersiz kullanım (gerekli bakımı sağlayamama) ve kötüye kullanım (yanlış veya parçalı bakım sunumu) gibi sağlık hizmetlerindeki diğer kalite sorunlarından farklıdır. Her üç kalite sorunu da önemli miktarda sistemik israfa ve hasta refahının tehlikeye girmesine neden olur.

Sağlık sistemleri bireylerin sağlığını korumak, iyileştirmek ve yaşam kalitesini artırmak için vardır. Sağlık sistemi olmasa sağlık korunamaz, hastalar iyileştirilemez, yeti yitimi durumunda kalan kişilere destek olunamaz, hatta birçok durumda insanca ölünemez. Ancak, kaynakların sınırlı olduğu bir dünyada, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetli kullanılması büyük önem taşır. Bu bağlamda, aşırı sağlık hizmeti kullanımı hem hastalar hem de sistem ve toplum için ciddi sorunlar yaratmakta olup, sağlık hizmetlerinin üç temel ilkesinden biri olan etkililik ilkesine doğrudan zarar vermektedir. Diğer ikisi ise verimlilik ve hakkaniyettir ve etkililik

ilkemizin çiğnendiği, yerlebir edildiği aşırı kullanımın aynı zamanda verimliliği ve hakkaniyeti de kökünden sarstığı kolayca anlaşılabilecek durumdur.

Aşırı Kullanımın Başlıca Nedenleri

Aşırı sağlık hizmeti kullanımının altında yatan nedenler karmaşıktır ve hem sağlık çalışanları hem de hastalarla ilgili kısımları vardır. Bu karmaşık sorunlar yumağını temelde aşağıdaki faktörlere bağlayabiliriz:

- **Savunmacı tıp:** Hekimler, olası bir malpraktis davasından kaçınmak amacıyla, tıbbi olarak gerekli olmasa bile ek testler veya tedaviler isteyebilirler.
- **Bilgi eksikliği:** Hem hastalar hem de bazı sağlık çalışanları, en güncel tedavi kılavuzları veya kanıta dayalı tıp uygulamaları hakkında yeterli bilgiye sahip olmayabilir.
- **Finansal teşvikler:** Bazı sağlık sistemlerinde, hekimler ve hastaneler, uyguladıkları hizmetin sayısına/miktarına göre ödeme alırlar. Bu durum, daha fazla test veya prosedür yapmaya teşvik ediyor olabilir.
- **Hasta baskısı:** Hastalar, kaygı veya yanlış bilgilendirme nedeniyle, spesifik bir test, ilaç veya tedavi için hekimlerine baskı yapıyor olabilir.
- **Hizmet sunumundaki koordinasyon eksikliği ve aşırı tekrarlar:** Hastalar, farklı uzmanlara yönlendirildiğinde aynı testlerin tekrar tekrar yapılması gibi durumlar yaşanabilir.

Aşırı Kullanımın Sonuçları

Aşırı hizmet kullanımı hem bireysel hem de toplumsal düzeyde olumsuz sonuçlar doğurur. Aşırı testler, hastaları radyasyon gibi zararlı etkilere maruz bırakabilir, invaziv uygulama ile yapılan testler de kanama, enfeksiyon vb. riskler taşımaktadır. Aşırı cerrahi operasyonlar enfeksiyon ve diğer komplikasyon risklerini artırabilir. Aşırı ilaç kullanımı yan etkilere yol açabilir. Bunlar hastalara yönelik zarar potansiyelini oluşturmaktadır. İşin bir de ekonomik tarafı vardır. Sağlık sistemlerinde en büyük sorunların başında aşırı harcamalar gelmektedir. Elimizdeki hizmet kapasitesi ve finansal kaynaklar, bize bir yol göstermeyecek tetkik, tahlil ve tedavilere harcadığında, acil ve gerekli hizmetlere ayrılacak kaynak kalmaz. Bir başka önemli zarar da zaman kaybı ile doğmaktadır. Aşırı randevular, testler ve tedaviler için harcanacak zaman da birçok kişinin işine gücüne gidememesi, hastane kapılarında test sonuçlarını beklemesi, kanser gibi zaman yitirilmeden müdahale gerektiren durumlarda hizmetin sürüncemede kalması gibi ciddi sakıncalar doğurmaktadır. Bu durum, iş gücü kaybına ve kişisel mağduriyetlere yol açabilir. Aşırı hizmet kullanma/kullanılma işlemlerinin sonunda gideceği yer sağlık hizmetlerinin ve genel olarak sistemin güvenilirliğinin azalmasıdır. Bu nokta bir kısır döngü hâline gelir. Sisteme ve hizmetlere güvenini kaybetmiş hizmet kullanıcılar, bir hekimin muayenesini, tanısını, istediği testleri ve eğer ameliyat



söz konusu ise ameliyat endikasyonunu başka hekimlere de doğrulatmaya çalışır ve aynı sağlık sorunu için tekerrü eden aynı işlemler zinciri başlar. Hizmetin aşırı kullanımı, bir kat daha aşırı hizmet kullanımı doğurmuş olmaktadır. Sonuç; çekilen ızdırap ve endişeler ile birlikte uzayan süreç ve katlanan maliyetler olarak karşımıza çıkar. Sağlıkta aşırı hizmet kullanımı bu karmaşık hâliyle tüm paydaşların iş birliğini gerektiren ve başka türlü çözülemeyecek olan bir sorundur. Bu sorunun üstesinden gelmek, sadece sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamakla kalmayacak, aynı zamanda bireylerin daha güvenli, daha etkili ve daha kaliteli sağlık hizmeti almalarına olanak tanıyacaktır. Bu konuda atılacak her adım, daha sağlıklı bir gelecek için büyük bir kazanımdır.

Aşırı Kullanımın Ekonomik Yönü

Aşırı kullanımın boyutlarının hangi ülkede nereye kadar uzandığı tam olarak belirlenmemektedir. ABD’de yapılan analiz çalışmaları bu sorunun yalnızca yıllık yüz milyarlarca dolara mal olan finansal bir yük olmakla kalmadığını, aynı zamanda önlenemez komplikasyonlara, psikolojik sıkıntıya ve hatta ölüme yol açarak hasta güvenliğine doğrudan bir tehdit oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Bu

sorunu meydana getiren başlıca etkenler olarak ödeme modelleri, malpraktis korkularıyla motive edilen defansif tıp ve yaygın hasta inancı olan “daha fazlası daha iyidir” yaklaşımı öne sürülmektedir. Yeni yeni yaygınlaştırılmaya başlanan bazı ödeme modelleri hizmetlerin odak noktasını hacimden kaliteye ve hasta sonuçlarına kaydırarak aşırı hizmet kullanımını belirgin şekilde azaltacak bir çözüm olarak sunulmaktadır. Başarılı uygulamalar, önemli maliyet tasarrufları, hastane yatışlarında ve tekrar yatışlarda azalma ve hasta memnuniyetinde iyileşme sağlamıştır. Ancak, eksiksiz bir çözüm için daha geniş bir bakış açısı gerekir. Beslenme, fiziksel aktivite, uyku ve zihinsel sağlıkla ilgili eğitim ve davranış değişiklikleri yoluyla bireyleri güçlendirerek, iyileştirici sağlık müdahalelerine olan temel talep azaltılabilir. Dolayısıyla, sürdürülebilir ve yüksek kaliteli bir sağlık sistemine giden yol iki yönlüdür: sistemin finansal teşviklerini yeniden düzenlerken aynı zamanda sağlık farkındalığını artırmak ve önleme/geliştirme kültürü oluşturmak üzere toplumsal hamleler yapmak gerekmektedir.

Yaygın Nitelik ve Çarpıcı Maliyetler

Aşırı kullanım bireysel bir sorun değildir; sağlık sistemi genelinde yaygın etkileri

vardır. ABD’li hekimler, tüm tıbbi bakımın yaklaşık yüzde 20’sinin aşırı olduğunu tahmin etmektedir. Bu rakam, reçeteli ilaçların yüzde 22’sini, testlerin yüzde 25’ini ve prosedürlerin yüzde 11’ini içermektedir. Bu düzeydeki aşırı harcamanın muazzam bir ekonomik ölçeği vardır. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki yıllık israf harcamalarının yüz milyarlarca dolardan 1,9 trilyon doların üzerine çıktığı tahmin ediliyor. Tıp Enstitüsü, aşırı hizmetlerin tek başına sağlık hizmetleri maliyetlerine yılda 210 milyar dolar yük bindirdiğini ve bunun israf harcamalarının başlıca nedeni olduğunu bildirmektedir. Diğer analizler ise aşırı ve yanlış kullanımdan kaynaklanan kaçınılmaz maliyetlerin yılda yaklaşık 600 milyar dolar olduğunu tahmin etmektedir. Bu mali yük yalnızca sistemin tamamına değil, aynı zamanda bazı kemoterapi ilaçları gibi aşırı tedavilerden kaynaklanan “finansal toksisite” olarak adlandırılan durumu yaşayabilecek bireysel hastalara da yüklenmektedir.

Aşırı kullanımın sonuçları mali israfın çok ötesine kadar uzanmakta, aynı zamanda hasta güvenliği ve refahı için doğrudan bir tehdit oluşturmaktadır. Hastalar, aşırı ameliyatlara ve invaziv prosedürlere ilişkili komplikasyonlardan doğrudan zarar görme riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. Örneğin çalışmalar, spinal füzyon

ameliyatlarının yüzde 50'sinin ve diz protezlerinin yüzde 34'ünün aşırı olabileceğini ve her yıl enfeksiyon ve kan pıhtısı gibi binlerce önlenabilir komplikasyona yol açabileceğini göstermiştir. Hastalar ayrıca, yaklaşık 350 röntgene eş değer olabilen tekrarlanan BT taramalarından kaynaklanan radyasyon gibi aşırı risklere de maruz kalmaktadır. Bu maruziyet artan kanser oranlarıyla bağlantılıdır.

Ayrıca, aşırı kullanımın zararları arasında genellikle göz ardı edilen önemli psikolojik ve duygusal sonuçlar da yer almaktadır. Aşırı testlerin “kartopu etkisi”, rutin olarak yanlış pozitif sonuçlar üretir ve bu da hastalar üzerinde derin ve uzun süreli psikolojik etkilere yol açabilir ve bir dizi aşırı test ve invaziv prosedürü tetikleyebilir. En derin farkındalık, aşırı kullanımın finansal maliyetinin, hasta güvenliği ve halk sağlığı açısından çok daha derin bir krizin belirtisi olduğudur. Para sadece israf edilmez; hastalara aktif olarak zarar verebilecek bakıma harcanır. Bu sistemik başarısızlığın tehlikeli, nüfus düzeyinde dalgalanma etkileri vardır. Örneğin klinik olarak faydasız olan ve yıllık 1 milyar dolardan fazla maliyeti olan viral enfeksiyonlar için antibiyotiklerin aşırı kullanımı, antibiyotik direncinin gelişimini doğrudan körükler. Bu sadece kaynakların verimsiz kullanımı değildir. Toplum sağlığı için büyük bir tehdit oluşturan bu durum, ciddi enfeksiyonların tedavisini tüm toplum için daha zor ve pahalı hâle getirmektedir. Düşük değerli bakımın bireysel olarak uygulanması, toplum için geniş kapsamlı ve uzun vadeli olumsuz durumlarla sonuçlanır.

Dünyada ve Türkiye’de Durum

Tablo 1’de ABD’de yapılan çalışmalara göre aşırı hizmet kullanımının boyutları analizine ilişkin sonuçlar gösterilmiştir. Hangi ölçüte bakarsak bakalım, aşırı kullanımın var olduğu göze çarpmaktadır. Bu durumun ortaya koyduğu kalite sorunlarına da işaret edilerek meselenin sadece ekonomik kayıplar ve zaman israfından ibaret olmadığına da dikkat çekilmektedir. Bu tür çalışmaların en yaygın yapıldığı ülke olması bakımından ABD’yi ilk olarak ele almak doğru yaklaşımdır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımına ilişkin veriler ancak 2000’li yıllardan itibaren araştırma konusu yapılmaya başlamış ve aşırı kullanım verileri günden güne artışın olduğunu bize göstermiştir. Bunda sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan kolaylık yanında, özel girişimcilerin bu

Tablo 1. ABD’de aşırı kullanımın ekonomik ve insani maliyetleri (Speer M. Et al. 2020)

Aşırı kullanımın insani ve ekonomik maliyetleri	Parasal maliyetler	Hastalara zararlar
Genel israf	Aşırı kullanım ve yanlış kullanımla ilgili olarak yılda 600 milyar dolarlık kaçınılabılır maliyet	Bütçeden sağlığa daha az pay ayrılmasının sonuçları
Aşırı hizmetler	Yılda 210 milyar dolar kayıp	Önlenabilir komplikasyonlara yol açma
İlaç kötüye kullanımı	Yılda 52,2 milyar dolar kayıp	Binlerce opioid’den aşırı doz ölümüne sebep olma
Antibiyotiklerin aşırı kullanımı	Yılda 1,1 milyar dolar kayıp	Viral enfeksiyonlara karşı etkisizdir; tehlikeli enfeksiyonlara neden olabilir.
Görüntüleme işlemlerinin tekrarları	Yılda 11,95 milyar dolara kadar çıkan kayıplar	BT taramalarından kaynaklanan aşırı radyasyon maruziyeti, artan kanser oranlarıyla bağlantılıdır.
Aşırı cerrahi işlemler	Yılda 75-100 milyar dolar kayıp	Omurga füzyon ameliyatlarının %50’sine kadar ve diz protezlerinin %34’ü aşırı olabilir ve bu da enfeksiyonlara, kan pıhtılarına ve kalp sorunlarına yol açabilir.

Tablo 2. 2023 Türkiye sağlık hizmeti kullanım istatistikleri

Gösterge	Değer / Miktar	Açıklamalar / Notlar
Poliklinik başvuru sayısı	~850 milyon	2023’te poliklinik başvuruları bu düzeye çıkarılmış; randevu bulamama, hastaların poliklinik yerine acile yönelmesinin bir nedeni olarak belirtiliyor.
Acil servis başvuru sayısı	~150 milyon +	2023’te hastanelerin acil servislerine yapılan başvuru sayısının 150 milyonu aştığı açıklanmış.
Kişi başına hekime müracaat sayısı (tüm sektörlerde)	~11,4	İkinci + üçüncü basamağı da içeren hekim başvuruları kapsamında; 2022’ye göre artış göstermiş.
Aile Hekimliği birinci basamak başvuruları	~416,8 milyon	2022’de ~332,9 milyon iken 2023’te ~416,8 milyon olmuş; birinci basamak hizmetlerine yönelme de artmış görünüyor.
Hastane (Sağlık Bakanlığı) başvuruları	~537,5 milyon	2022’de ~496,4 milyon iken 2023’te ~537,5 milyon; hastane hizmetlerine başvuru da yüksek.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı, 2023

tarihten sonra yaptığı yatırım ve atılımların hizmet kullanımına yansımalarının da payı büyüktür. Nihayet endüstrinin sağlık hizmetini kullanmayı teşvik eden tutumu esas belirleyici olmaktadır. Devlet kuruluşlarının aşırı kullanımı da yine endüstrinin kazancı hanesine yazılmaktadır. Hizmet kullanımına ödenen paralardan ziyade, kullanılan malzeme ve cihazlar, ilaçlar burada kritik noktayı teşkil eder.

Sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı için yüzlerce gösterge ileri sürülebilir. Ancak en iyi yansıtabilmesi açısından, diğer ülkelerle kıyaslama şeklinde antibiyotik kullanımı, antibiyotik/reçete oranı, kişi başına yılda doktora başvuru oranı, acil servis başvuru sayısı ve oranı, son 12 ayda hastane hizmetlerini kullanma oranı gibi göstergeler genellikle kullanılanlardır ve bunlar bize genel durum hakkında yeterli fikir verebilmektedir. Hemen hemen herkesin fikir birliği içinde

olduğu bir gerçek şudur: Türkiye’de sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı büyük boyuttadır. Bunun nedenleri çeşitlidir. Hizmetlerde verimsizlik ve etkili hizmet üretememe sorunları en önde gelen nedenleri oluşturmaktadır. Özellikle acil servislerin kullanımında, gereksiz başvuruların yüksek olduğu görülmekte, hastaların poliklinik düzeyinde çözülebilecek aile hekimliği ya da birinci basamak hizmetleri yerine acil hizmetlere başvurmaları sistem üzerinde büyük yük oluşturmaktadır. Kişi başına düşen yılda doktora müracaat sayısı Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD, Organization for Economic Cooperation and Development) ortalamalarının çok üzerindedir. İlaç kullanımı ve reçetelerde aşırıya kaçma eğilimi vardır. Özellikle antibiyotik reçetelerinin yüksek olması ve kullanım miktarının OECD’ye kıyasla fazla olması dikkat çekmiş ve buna Sağlık Bakanlığı kısıtlama getirmiştir.

Yine de yüksek kullanım çözümleri tam kıvamına getirilememiştir, bu durum mikropların direnç geliştirmesi gibi sağlık açısından da olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Kent/kır yerleşimi, Batı-Doğu bölgesi yerleşimi, ekonomik düzey, eğitim düzeyi gibi değişkenler sağlık hizmetlerine başvuru biçimlerinde ve sıklığında belirleyici olduğundan, bu farklılıklar sistemin bütününde “verimsiz kullanım” ile “gereksiz kullanım” potansiyelini artırmaktadır.

Tablo 2’de Türkiye’nin 2023 yılı istatistiklerine dayanarak bazı göstergelere yer verilmiştir.

Polikliniklerde kapasitenin doygunluk noktasına gelmesi, acil servis başvurularının 150 milyonu aşması, kişi başına hekime yılda başvuru oranının 11,4 olması, aile hekimlerine de başvuruların giderek artması ve bu muayenelerin aslında tekerrür muayeneleri olması (Bu ifade Sağlık Bakanlığı toplantılarında dile getirilmektedir.), hastanelere başvuruların 550 milyona dayanması ve yılda yaklaşık 40 milyon artış göstermesi bize durumu anlatmaktadır.

Aşırı kullanım bizim ülkemizdeki kadar çok olmasa bile hemen her ülkede var olan ve acil çözüm bekleyen bir sorun olmaya devam etmektedir. Tablo 3’te seçilmiş bazı göstergeler ile dünyadaki durumu göz önüne serebiliriz.

Tablo 3’te görüldüğü gibi dünyada da hizmetlerin etkililiği ilkesi açısından durum parlak değildir. Tablodaki göstergelere bakıldığında kişi başı doktor görüşmesi tek başına kötü değildir; ancak birinci basamak triyajı ve kılavuz uyumu zayıfsa gereksiz başvuru ve tetkiklerle aşırı kullanıma döner. Sezaryen ameliyatları tıbbi endikasyonla yaşam kurtarıcıdır; ancak birçok bölgede yüzde 10-15 eşiğinin belirgin üstüne çıkılması tıbbi gerekçe olmaksızın artışı düşündürür. Antibiyotik kullanımı, küresel tüketim artışı ve bölgesel yüksek DID değerleri, uygunsuz reçete ve direnç baskısı riskini güçlendirir. Görüntüleme sayıları (özellikle bel ağrısında klinik rehberler “rutin uygulamada görüntüleme yok” demesine rağmen, birçok ülkede yüksek oranlar rapor edilmektedir. Astım/KOAH/KKY/Diyabet yatış oranlarının yüksekliği, birinci basamakta önlenabilir boşlukları

Kaynakların sınırlı olduğu bir dünyada, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve adil kullanımı büyük önem taşır. Bu çerçevede, aşırı sağlık hizmeti kullanımı yalnızca hastalar için değil, tüm sistem ve toplum açısından ciddi sorunlar doğurmakta, sağlık hizmetlerinin temel ilkelerinden biri olan etkililik ilkesine doğrudan zarar vermektedir. Diğer iki temel ilke ise verimlilik ve adalettir.

ve hizmetin yanlış kapıdan alınmasını göstermekte ve kaçınılabılır yatışlar olarak ifade edilmektedir.

Tablo 3. Dünyada sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı-öne çıkan göstergeler

Gösterge (küresel/uluslararası)	2023’e en yakın değer	Aşırı kullanım yorumu / kıyas ölçütü	Kaynak
OECD’de kişi başı yıllık hekim görüşmesi	OECD ort.: ~6 (ülkeler arası ~3–15+ arası; Kore 15+ ile en yüksek)	Çok yüksek temas sıklığı, birinci basamakta gereksiz başvuruların olası göstergesi kabul edilir.	(www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report)
Sezaryen oranı (küresel)	~%21 (1990’da %7 → bugün ~%21; 2030’da ~%29 öngörü)	WHO “tıbben gerekçeli sezaryen” için yaklaşık %10–15 eşiğini referans alır; birçok bölgede bu eşiğin üstü aşırı kullanım sinyali olarak ele alınır.	(www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access)
Antibiyotik tüketimi (67 ülke)	20.5 DDD/1000 kişi/gün (2016–2023’te %5,5 artış)	Geniş spektrum antibiyotiklerin yaygın kullanımı gereksiz reçete riskini artırır; bölgeler arasında büyük farklar vardır.	(www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2411919121)
Antibiyotik tüketimi (WHO 2022, 60 ülke)	Medyan 18,3 DID; Güneydoğu Asya 26,6 DID, Doğu Akdeniz 23,0 DID	Yüksek DID, uygunsuz kullanım ve direnç riskini artırır.	
“Düşük değerli bakım”ın (low-value care) harcamadaki payı (ABD örneğinin, uluslararası literatürde sık referans)	~%10–20 (çeşitli sistematik incelemelere/dayalı tahmin)	“Net yararı olmayan” test/tedavilerin yaygınlığını gösterir; birçok ülkede benzer bulgular raporlanmaktadır.	(http://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2776516)
Bel ağrısında gereksiz görüntüleme	Birçok ülkede %20+ hastaya görüntüleme; bazı LMIC çalışmaları %70’e varan aşırı BT kullanımı bildiriyor.	Kılavuzlar “komplike olmayan bel ağrısında rutin görüntüleme yok” diyor; yine de yaygın aşırı kullanım var.	(http://bjsm.bmj.com/cgi/content/full/54/11/642)
Kaçınılabılır hastane yatışları (OECD göstergesi)	Astım/KOAH/KKY/Diyabet için 100.000’de yaş-cinsiyete standardize oranlar (ülkelere göre geniş aralık)	Birinci basamak güçlü ise oranlar düşer; yüksek oranlar aşırı/yanlış kapı kullanımı ve birincil bakım zafiyeti göstergesi sayılır.	www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report

*DID: 1000 kişi başına bir günde düşen tanımlanmış günlük doz; **DDD Tanımlanmış günlük doz.

Bazı gelişmiş ülkeler ile Türkiye'ye benzeyen birkaç ülkenin (ABD, Almanya, Fransa, Japonya, İngiltere, Türkiye, Tayland, Brezilya, Güney Afrika Cumhuriyeti) birlikte ele alınıp bahsedilen dört gösterge ile karşılaştırılmış ve Tablo 4'te özetlenmiştir.

NOT: Referans eşiği değerleri:

- C/S: ≤ 15 iyi
- Antibiyotik: OECD ort. $\approx 15-18$ DID
- Hekim başvuru: OECD ort. ≈ 6
- Kaçınılabılır yatış: OECD ort. $\approx 70-90$ değerleri

Tablo 4'e bakıldığında Türkiye ve Brezilya'nın sezaryen oranlarında açık ara en yüksek düzeylerde olduğu görülmektedir. Türkiye aynı zamanda hekim başvuru sıklığında da üst sıralardadır. Japonya düşük sezaryen oranlarına sahip olmasına rağmen hekim muayenesi başvurularında yüksek düzeyi ile dikkat çekmektedir. Güney Afrika Cumhuriyeti özel sektörde yüzde 75'e varan sezaryen ameliyatı oranı ile üst düzeye ulaşmış durumdadır ve kamu-özel farkının büyük olması göze çarpmaktadır. Fransa ve Birleşik Krallık C/S ve antibiyotik kullanımında görece yüksek değere ulaşmıştır ve Birleşik Krallık'ta sezaryen ameliyatı oranı artışı hızlıdır. Tayland'da kaçınılabılır yatışlar ve sezaryen ameliyatı oranı yüksektir ve birinci basamak zafiyeti var gibidir.

Aşırı Hizmet Kullanımını Önleme Yolları

Aşırı sağlık hizmeti kullanımını yok etmek (bu mümkün olmadığından azaltmak) için çok yönlü bir yaklaşım gereklidir. Bu yaklaşım, hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları kapsamalıdır.

• **Eğitim ve Farkındalık:** Sağlık çalışanları, kanıta dayalı tıp ve güncel tedavi kılavuzları hakkında sürekli olarak eğitilmelidir. "Daha az daha iyidir (Less is more)" felsefesi yaygınlaştırılmalıdır. Hastalara yönelik bilgilendirici kampanyalar, onların sağlık okuryazarlığını artırarak doğru kararlar vermelerine yardımcı olabilir.

• **Klinik Rehberler ve Kılavuzlar:** Hekimlerin doğru kararlar vermesine yardımcı olacak, bilimsel verilere dayalı, şeffaf ve güncel klinik rehberler oluşturulmalı ve bu rehberlere uyum teşvik edilmelidir. Hızla elde edilen ve eskilerini yok eden tıbbi bilgi en güncel hâliyle hizmetlere uyarlanmalı ve her zaman en kuvvetli kanıtlara uygun hizmet verilmelidir.

• **Finansal Modellerin Değişimi:** Hizmet başına ödeme yerine, hasta sonuçlarına veya genel sağlık çıktısına dayalı ödeme modelleri teşvik edilmelidir. Bu açıdan bakıldığında, sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi yaklaşımına sağlığa özgü yaşam kalitesi anlayışı eklenmiş olmalıdır. Bu, nicelikten çok niteliği ödüllendirecektir. Bu motivasyon, sonunda bizim nihai hedeflerimizden birisi olan hastalığa değil sağlığa odaklı olmak ve hastalıktan değil sağlıktan kazanç sağlayan bir endüstri kurmak rüyamıza büyük ölçüde hizmet eden teşvik olacaktır.

• **Hasta-Hekim İletişiminin Güçlendirilmesi:** Hastaların soru ve endişelerini açıkça ifade edebilmeleri ve hekimlerin de tedavi seçeneklerini, riskleri, faydaları net bir şekilde açıklamaları sağlanmalıdır. Ortak karar

verme süreci, hasta ile hekimin birlikte en uygun tedavi planını belirlemesini sağlar ve hastanın tedaviye uyumunu güçlendirir.

• **Teknoloji ve Veri Kullanımı:** Elektronik sağlık kayıt sistemleri, hastaların tıbbi geçmişine hızlı ve doğru bir şekilde erişim sağlayarak aşırı tekrarlanan testleri önleyebilir. Veri analitiği, aşırı hizmet kullanımının en yaygın olduğu alanları belirlemeye yardımcı olabilir.

Sağlıkta Değer Nedir, Değer Temelli Sağlık Hizmeti Nedir?

Genellikle "Değer = Sağlık Sonuçları / Maliyet" şeklinde basit bir formülle özetlenir. Ancak bu formülün içinde olan her iki bileşen de birçok geniş kapsamlı kavram ve yaklaşımları barındırmaktadır. Değer temelli hizmet, hastalar için sağlık hizmeti kalitesini iyileştirme ve sorunları başlamadan önce önleme fikri etrafında şekillenirken, bir yandan da maliyetleri kontrol altına almayı amaçlamaktadır. Önlemeye odaklanma; pahalı tıbbi testler, etkisiz ilaçlar ve aşırı prosedürleri ayıklamamıza katkı verecektir. Değere dayalı bir sistemde, hastaneler ve doktorlar gibi hizmet sunan odaklara "hizmet başına ücret" modeli yerine hasta sonuçlarına göre ödeme yapılır. Başka bir deyişle, sonucu, hastaların daha sağlıklı olmasına yardımcı olduğu sürece ücreti hak eder. Değer temelli hizmet reaktif değil proaktiftir. Sorunları ortaya çıkmadan önce önleyerek hastalar için sağlık hizmetinin kalitesini iyileştirme yaklaşımını benimsemektedir. Pahalı tıbbi testleri, etkisiz ilaçları ve aşırı prosedürleri azaltmak için önlemeye odaklanma; değere dayalı hizmetin arkasındaki temel ilkedir. Böyle bir sistemde, sağlık hizmeti sunucularına "hizmet başına ücret" modeli yerine hasta sonuçlarına göre ödeme yapılır. Değer temelli hizmet, hastalar için sağlık hizmeti kalitesini iyileştirme ve sorunları başlamadan önce önleme fikri etrafında döner, entegre bir ekip yaklaşımını vurgular. Değere dayalı hizmetin faydaları, daha düşük maliyetler, daha yüksek hasta memnuniyeti, daha az tıbbi hata, daha iyi bilgilendirilmiş hastalardır.

Maliyet azaltma: Önleme ve iyileştirmeye odaklanarak, değere dayalı bakım, koşullar daha kolay yönetildiğinden veya kaçınıldığından, daha az tıbbi ziyaret, test ve prosedür ve daha uygun fiyatlı

Tablo 4. Aşırı kullanım için dört gösterge açısından seçilmiş ülkelerin durumu

Ülke	C/S (%)	Antibiyotik (DID)	Hekim başvuru / kişi	Kaçınılabılır yatış (100k'de)	Yorum
ABD	32,3	$\approx 11-12$	4,0	~ 140	C/S yüksek, yatışlar yüksek
Almanya	30,9	≈ 11	9,5	~ 90	Yüksek temas, C/S yüksek
Fransa	21,2	≈ 18	6,3	~ 80	Antibiyotik yüksek
Japonya	21	≈ 14	12,7	~ 50	Çok sık başvuru
Birleşik Krallık	38,9	≈ 18	5,0	~ 70	C/S çok yüksek
Türkiye	56,6	$\approx 42,7$	11,4	~ 160	Aşırı yüksek tüm göstergelerde
Tayland	40-41	≈ 20	2,3	~ 170	C/S ve yatışlar yüksek
Brezilya	≈ 56	≈ 22	2,9	~ 150	C/S çok yüksek
Güney Afrika	28,8 (kamu) / 75 (özel)	17,9	2,5	~ 180	Özelde aşırı C/S, yatışlar yüksek



ilaçlar gerektirdiğinden sonuçta daha az harcama ile sonuçlanır. Hastaneye yatışlar ve tıbbi acil durumlar azalır ve kronik hastalık yönetimine daha az para harcanır.

Daha fazla hasta memnuniyeti: Değere dayalı hizmet programları, nicelikten çok değere ve kronik hastalık yönetimi yerine önlemeye odaklanarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirir. Bu, daha yüksek bir hasta memnuniyeti ile sonuçlanır.

Tıbbi hataların azaltılması: Sağlık hizmetlerine değer temelli bir yaklaşım, genellikle etkisiz veya zararlı tedavilerin sonucu olan tıbbi hataların azaltılmasına yardımcı olur.

Bilgiye daha iyi erişim: Tek bir yerde paylaşılan veriler, hastaların daha iyi bilgilendirilmesine yardımcı olur ve daha az harcama yapıp önleyici tedbirler almalarını sağlar.

Değer temelli sağlık hizmeti sunum sistemini etkili bir şekilde yeniden şekillendirirken, gerçek anlamda sürdürülebilir bir gelecek kurabilmek için, öncelikle hizmete olan aşırı ve önlenebilir talebi azaltmak üzere çaba sarf edilmelidir. Bu,

bireysel sorumluluğa doğru kültürel bir değişimi ve dört temel sütuna dayanan proaktif bir sağlıklı yaşam anlayışını gerektirir: beslenme, fiziksel aktivite, uyku ve zihinsel/sosyal sağlık. Bu sütunlar izole kavramlar değildir; birbirine bağlı, sinerjik bir nedensellik ağı oluştururlar.

Sağlık Hizmetlerinin Aşırı Kullanımı ve Değer Temelli Sağlık Hizmeti İlişkisi

Sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı sonuçta sağlık harcamalarında israf, hasta güvenliği riskleri ve sistem kaynaklarının verimsiz kullanımı sorunlarını karşımıza getirmektedir. Bu sorunlar özellikle hekim kararlarının sorgulanmasına yol açan sağlık hizmetlerinde etkililik ve klinik rehberlerin ortaya çıkarılması ile; sağlık ekonomisi disiplininin ülkelerde izlenen politika ve sistem mantığı içine yerleşmesi ile irdelenmeye başlamış ve değişik çözüm önerileri uygulamaları küçük çaplı iyileştirmelerden öte geçememiştir. Son yıllarda değer temelli sağlık hizmeti denilerek bu iyileştirme çabaları genel bir formata oturtulmuş hâldedir. Değer temelli sağlık hizmeti denildiğinde kapsama, verilen hizmetin ne gibi sağlık sonucu doğurduğu öncelikle ele alınmakta, bunun yanında yapılan

Değer temelli sağlık hizmeti sunum sistemini etkili bir şekilde yeniden şekillendirirken, gerçek anlamda sürdürülebilir bir gelecek kurabilmek için, öncelikle hizmete olan aşırı ve önlenebilir talebi azaltmak üzere çaba sarf edilmelidir. Bu, bireysel sorumluluğa doğru kültürel bir değişimi ve dört temel sütuna dayanan proaktif bir sağlıklı yaşam anlayışını gerektirir: beslenme, fiziksel aktivite, uyku ve zihinsel/sosyal sağlık.

kapasite kullanımı israfı, zaman israfı, emek israfı, malzeme israfı konuları da dâhil edilerek en az atık, en az zaman, en az işlem algoritması ve en az emekle en çok sağlık çıktısı elde etmenin yolları araştırılmaktadır. Bunun elde edilebilmesi için gereksiz işlemlerden kaçınma, kanıta dayalı uygulamalar, hasta odaklı bakım (akıbet ölçümü, memnuniyet) ve ödeme modellerinde hizmet hacmi değil sağlık akıbetini odağa almak gerekmektedir. Ülkemiz için ana hatlarıyla bir öneri paketi sunmak gerekirse aşağıdaki şekilde öneri getirmek doğru olacaktır: Bu öneri paketi aşağıda beş basamakla özetlenmektedir:

1. Ödeme ve teşvik sistemlerinin yeniden tasarlanması: Mevcut “hizmet hacmine dayalı” (fee-for-service) ödeme modeli, ne kadar çok işlem/test yapılırsa o kadar gelir yarattığı için aşırı kullanımı teşvik eden tabiatı vardır. Bu nedenle değer temelli ödeme, paket şeklinde ödemeler ve global bütçe ile sağlık hizmeti ödemeleri devam ettirilmelidir.

2. Klinik uygulama ve kılavuz uyumunun güçlendirilmesi: Kanıta dayalı olmayan işlemler, savunmacı tıp veya alışkanlık nedeniyle yapılabil- diğinden, en akılcısı klinik rehberlere uyumun zorunlu hâle getirilmesidir. Tıpta hiçbir şey kesin olmadığından klinisyenin özerk karar alması halinde bunu çok iyi gerekçelendirmesi ve aylık/yıllık ortalamalarda rehberlerden sapış oranlarının belirli bir yüzdeyi geçmemesi sağlanmalıdır.

Ayrıca klinik karar destek sistemleri ile hekime anlık uyarılar, “Bu test gerekli değil!” gibi geri bildirimler yapılmalıdır. Düşük değerli hizmetlerin hekimlere ve halka duyuruları çok iyi yapılarak bu hizmetlere olan gereksiz taleplerin önüne geçilmelidir. Ancak, sunucunun kabarttığı talep şeklinde bu düşük değerli hizmetlere körükleme yapıyorsa bunun önüne geçmek kolay olmayacaktır. Halka sağlıkla ilgili korku ve endişe saçacak kitle iletişimlerinin önüne geçilmelidir.

3. İzleme, geri bildirim ve şeffaflık: Hekimler ve sağlık kuruluşları kendi kullanım oranlarını nadiren karşı- laştırmalı olarak ele alır. Bu konuda eksiklik giderilmeli ve farkındalık olu- turulmalıdır. Ulusal hizmet kullanım göstergeleri oluşturmak, performans panoları ile kuruluş ve hekim bazlı



geri bildirim vermek çözüm olabilir. Aşırı kullanım raporlarının kamuya açıklanması da sosyal baskı yoluyla azaltma yolunda bir çözüm olabilir.

4. Hasta ve toplum katılımının artırılması: Hastalar sık tetkik/test isteyebilmekte ve “çok hizmet = iyi hizmet” algısı ile talepte bulunmaktadır. Bunun önüne geçmek için sağlık okuryazarlığını artıran kampanyalar, ortak karar verme süreçlerinin oturtulması ve hasta memnuniyeti ölçütlerinin yalnızca “çok işlem yapılmasına” değil, “uygun ve güvenli bakım” üzerine kurulması gerekmektedir.

5. Hukuki ve mesleki ortamın düzenlenmesi: Savunmacı tıp yaklaşımı (dava açılır endişesi) gereksiz tetkikleri artırır. Tıbbi hata hukuku ve tazmin sistemlerinde reform (cezalandırıcı değil öğrenmeye dayalı yaklaşım) benimsenmeli; mesleki rehberlik ve sürekli eğitim ile hekimler desteklenmelidir.

Sağlık hizmetlerinin geleceği, sistemik reform ve bireysel sağlık arasında bir seçim değil, ikisinin bir sentezidir. Yüksek değerli bir sağlık sistemi, yalnızca ödeme modellerini verimliliği ve kaliteyi ödüllendirecek şekilde yeniden yapılandırmakla kalmayıp aynı zamanda her bireyin kendi sağlığının eş yöneticisi olma konusunda güçlendirildiği bir kültürü de teşvik eden bir sistemdir.

Bu politika araçları birlikte uygulanırsa aşırı kullanım azalacak, kaynak israfı önlenecek, kalite ve güvenlik artacak, değer temelli sağlık sistemi hedefine ulaşılacaktır.

Uygulama Engelleri

Değer temelli hizmet, aşırı kullanım paradoksuna bir çözüm sunarken, yaygın olarak benimsenmesi yolunda önemli engellerle karşı karşıyadır. Bu zorluklar aşılmaz değildir, ancak stratejik planlama ve değişime karşı direncin net bir şekilde anlaşılmasını gerektirir. Bu engellere de kısaca değinmek yararlı olacaktır.

Finansal belirsizlik: Değer temelli hizmete geçiş, teknoloji, veri analitiği ve bakım koordinasyon altyapısına önemli miktarda ön yatırım yapılmasını gerektirir. Bu yatırımların yatırım getirisi (YG) genellikle belirsiz ve uzun vadeli ve bu da sağlayıcılar için güçlü bir caydırıcı etken olmaktadır.

Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastaların direnci: Onlarca yıldır süregelen yerleşik fatura bazlı uygulamaları önemli bir atalete yol açmıştır. Sağlık hizmeti sunucuları, nitel ölçümlerin anlamlı klinik sonuçları doğru bir şekilde yansıttığına ve gelirlerini etkileyebilecek yeni bir finansal modele genellikle karşı çıkarlar. Hastalar da bir zorluk teşkil eder çünkü genellikle proaktif, önleyici hizmete alışkın değillerdir ve sağlık okuryazarlıkları veya sisteme güvenleri sınırlıdır. Hasta olduklarında reaktif olarak hizmet aramaya başlarlar. Kendi sağlıklarında aktif katılımcılar olmalarını gerektiren bir modele karşı koyabilirler.

Veri entegrasyonu zorlukları: Sağlık kuruluşları, farklı elektronik sağlık kayıtları tutarsa, ayrı sistemlere dağılmış büyük miktarda hasta verisi ortaya çıkar. Bu birlikte çalışabilirlik eksikliği, bir hastanın sağlığının eksiksiz ve bütünlük bir resmini elde etmeyi zorlaştırarak hizmette boşluklara, eksik bilgilere ve tekrarlanan hizmetlere yol açar. Güçlü bir veri entegrasyonu olmadan, kuruluşların değer temelli hizmet programlarının sonuçlarını takip etmesi ve yatırım getirisini ölçmesi zorlaşır. Bu durum sürekli uygulama için liderlik desteğinin eksikliğine yol açabilir.

Stratejik Öneriler

Bu engellerin üstesinden gelmek için çok yönlü bir yaklaşım gereklidir. Derin bir

psikolojik paradoksun devrede olduğunu kabul etmemiz gerekir. Tıbbi sonuçları iyileştirme ve maliyetleri düşürmedeki belgelenmiş başarılar olmasına rağmen, en çok fayda sağlanacak kısım hizmeti sunanlar ve hastalardır. Ama - genellikle en zor kısım burasıdır çünkü kökleşmiş alışkanlıkları ve finansal bağımlılığı değiştirmek çok zor olmaktadır. Bu sorunu çözmek için kişisel refah, profesyonel memnuniyeti ve daha tatmin edici bir hizmet sunucu-hasta ilişkisi kurmak gerekir. Bu açıdan değer tanımımızı açıkça ortaya koymaya odaklanılmalıdır. Bu odak noktaları neler olabilir?

Politika ve finansal teşvikler: Politika yapıcılar, değer temelli sağlık hizmetlerinin benimsenmesi için gereken teknolojik yatırımları sürdürmek için istikrarlı, uzun vadeli çerçeveler oluşturmalı ve sübvansiyonlar sağlamalıdır.

Teknolojik yatırım: Sağlık kuruluşları, farklı platformlardaki verileri birleştirebilen, sonuçları izleyebilen ve koordineli bakımı destekleyebilen sağlam, birlikte çalışabilir BT sistemlerine yatırım yapmalıdır. Veri analitiği ve raporlama araçları, hasta popülasyonlarını yönetmek ve yeni modelin finansal ve klinik faydalarını göstermek için çok önemlidir.

Eğitim ve katılım: Hem sunucuları hem de hastaları değer temelli sağlık hizmetlerinin faydaları ve önleyici bir zihniyetin önemi konusunda eğitmek kritik öneme sahiptir. Bu, yeni yetiştirilmekte olan sağlık insan gücünü uygunluk kriterleri konusunda eğitmeyi ve hastaların ortak karar alma ve eğitim yoluyla sağlıkları hakkında sorumluluk ve daha aktif rol almalarını sağlamayı gerektirir. Amaç reaktif, işlemsel bir modelden proaktif, iş birliğine dayalı bir paydaşlığa geçmektir.

Sağlık hizmetlerinin geleceği, sistemik reform ve bireysel sağlık arasında bir seçim değil, ikisinin bir sentezidir. Yüksek değerli bir sağlık sistemi, yalnızca ödeme modellerini verimliliği ve kaliteyi ödüllendirecek şekilde yeniden yapılandırmakla kalmayıp aynı zamanda her bireyin kendi sağlığının eş yöneticisi olma konusunda güçlendirildiği bir kültürü de teşvik eden bir sistemdir. Bu yazıda sağlık hizmet sisteminin en büyük sorunlarından birisi sayılan aşırı hizmet kullanımı sorunu ile 21. yüzyılda hem maliyet hem de klinik riskler açısından aşırı kullanım sorununa bir çözüm getiren değer temelli sağlık hizmetleri birbiriyle ilişkilendirilmeye çalışılmıştır.

Kaynaklar

BMJ article. BMJ. 2023;390:r1923. <https://www.bmj.com/content/390/bmj.r1923> (Erişim Tarihi: 15.09.2025).

Britney JM. The impact of value-based care on reducing healthcare costs: a focus on readmissions and ED visits. 2025 https://www.researchgate.net/publication/389988283_The_Impact_of_Value-Based_Care_on_Reducing_Healthcare_Costs_A_Focus_on_Readmissions_and_ED_Visits (Erişim Tarihi: 16.09.2025).

Burns M, Dyer MB, Bailit M. Reducing overuse and misuse. State Health and Value Strategies. Published 2014. <https://www.shvs.org> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

Carroll AE. The high costs of unnecessary care. JAMA. 2017;318(18):1748-1749. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2662877> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

CDC – National Vital Statistics Reports. Centers for Disease Control and Prevention. 2025. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr74/nvsr74-1.pdf> (Erişim Tarihi: 15.09.2025).

Destatis press release. Federal Statistical Office of Germany. 2023. https://www.destatis.de/en/press/2023/02/pe23_n009_231.html (Erişim Tarihi: 15.09.2025).

Drees report. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2024. <https://drees.solidarites-sante-gouv.fr/sites/default/files/2024-07/es24> (Erişim Tarihi: 15.09.2025).

Health Affairs. When less is more: issues of overuse in health care. Health Affairs Forefront. Published April 25, 2014. <https://www.healthaffairs.org/forefront/2014/04/25/when-less-is-more-issues-of-overuse-in-health-care.038> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

Johns Hopkins University. In survey, doctors say unneeded medical care is common, driven by fear of malpractice. Published 2025. <https://research.jhu.edu/jhu/in-survey-doctors-say-unneeded-medical-care-is-common-driven-by-fear-of-malpractice/> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

Nassery N, Segal J, Chang E, Budes J. System overdose of healthcare service: a conceptual model. Appl Health Econ Health Policy. 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25193241/> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

PMC article. PubMed Central. 2006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1224236> (Erişim Tarihi: 15.09.2025).

Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US health care system: estimated costs and potential for savings. JAMA. 2019;322(15):1501-1509. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2752664> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

Speer M, McCullough JM, Fielding JE, Faustino E, Teutsch SM. Excess medical care spending: the categories, magnitude, and opportunity costs of wasteful spending in the United States. Am J Public Health. 2020;110(12):1743-1748. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33058700/> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).

UNICEF Thailand media. United Nations Children's Fund. <https://www.unicef.org/thailand/media/11311> (Erişim Tarihi: 15.09.2025).

Sağlıkta yerel yönetimlerin rolü ne olmalıdır?

Ali Murat Duman



1995 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinden mezun oldu. Mesleki kariyerine eczane eczacısı olarak başladı. Kızılay Şube Başkanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakan Danışmanlığı görevlerinde bulundu. Hâlen Birleşmiş Kentler ve Yerel Yönetimler Orta Doğu ve Batı Asya Bölge Teşkilatında Genel Sekreter Yardımcısı olarak görevini sürdürmektedir.

Sağlık herkes için ortak olan en büyük nimetlerden birisidir. Sağlık varsa hareket vardır, sağlık varsa hayat bulunmaktadır. Sağlık olmadan çevremizde gördüğümüz hiçbir şeyin anlamı bulunmamaktadır. Her şey ama her şey sağlığı yerinde olanlar için anlamlı ve caziptir. O hâlde sağlığın tanımı nedir? Bu kadar önemli olan bu kavramı nasıl anlamalıyız? Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nın 1948'de kendi tüzüğünde yaptığı tanım şu şekildedir: Sağlık sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil; fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak refah hâlidir (1).

Yukarıdaki tanım tüm dünya tarafından kabul görmüştür. O hâlde sağlıkla ilgili konular değerlendirildiği zaman, mevzunun üç boyutu göz önünde bulundurulmak durumundadır. 1) Fiziksel sağlık, biyolojik açıdan organizmanın herhangi bir arıza olmadan hayatiyetini devam ettirmesidir. 2) Ruhsal sağlık, insanların psikolojik açıdan dengede olmalarını, zihinsel aktivitelerinin sorunsuz şekilde devam etmesini ifade etmektedir. 3) Sosyal yönden iyilik hâli tüm zamanlar için bedensel ve ruhsal sağlığın destekleyicisi ve tamamlayıcısı rolünde olup, belki de çokça ihmal edilen bir konudur.

Sağlıkta Yerel Yönetimlerin Rolü konusunu işlerken sağlığın tüm yönleri ile tanımının içine dâhil olan hususları göz önünde bulundurmak gereklidir. Sağlık Hizmetleri, bu bakış açısı ile değerlendirildiğinde doğru sonuçlara ulaşılacak bir alandır. Bu makalede öncelikle her

konuda olduğu gibi sağlık hususunda da ülkemizde ve dünyada yasal mevzuatın nasıl işlediği, uygulamaların nasıl olduğu konusunda daha sonra yapacağımız önerilere altlık teşkil etmek üzere kısa ama net bilgiler verilecektir.

Türkiye'de yerel yönetimler ile ilgili başat olarak üç kanun bulunmaktadır. Bunlar 5353, 5216 ve 5302 sayılı yasalardır. Bunlar, yerel idarelerin tanımlarının yapıldığı, yetki, sorumluluk ve görevlerinin sayıldığı mevzuatlardır. 2005 yılında çıkan 5393 sayılı Belediye Kanunun, 14. maddesinin; a fıkrasında su ve kanalizasyon, arazi ve çevre sağlığı, sanitasyon ve katı atık, kurtarma ve ambulans hizmetlerini yapacağı, b fıkrasında sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabileceği, 38. maddesinin; m fıkrasında belediye başkanının sağlık için gereken önlemleri almasının onun görevi olduğu, 48. maddesinde belediyenin gerekirse kendi bünyesinde sağlık birimi kurabileceği, 67. maddesinde sağlıkla ilgili destek hizmetlerini ihale yoluyla üçüncü şahıslara gördürebileceği belirtilmektedir (2).

2004 yılında çıkan 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunun, 7. maddesinin; n fıkrasında, gerektiğinde sağlık hizmetleri için bina ve tesisler yapabileceği, bunların bakım ve onarımını üstlenebileceği ve gerekli malzeme desteği yapabileceği, v fıkrasında, sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütebileceği, bununla ilgili üniversiteler, yüksekokullar,

meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile iş birliği yapabileceği vurgulanmaktadır (3).

2005'te yürürlüğe giren 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunun, 6. maddesinin; a fıkrasında il sınırları içinde sağlıkla ilgili hizmetleri yerine getirme konusunda İl Özel İdaresinin yetkili ve görevli olduğu, 30. maddesinin; m fıkrasında İl Genel Meclisinin başı olarak valinin görevleri arasında sağlık için gereken tedbirleri alması gerektiği ifade edilmektedir (4).

Bazı Ülkelerde Belediyelerce Gerçekleştirilen Sağlık Hizmetleri

New York'da New York Belediyesi tarafından kurulan New York City Health and Hospital Corporations: HHC, Sağlık Sigortası (New York City Insurance Access) ve Sağlık İşleri Müdürlüğü (New York City Department of Health and Mental Hygiene) hizmet üretmektedirler.

1970'de çıkan yasa ile faaliyete başlayan HHC 11 Akut Bakım Hastanesi, 6 Teşhis ve Tedavi Merkezi, dört Uzun Süreli Bakım Merkezi, bir Sertifikalı Ev Sağlık Bakım Merkezi ve 80'den fazla klinik ile hizmet sunmaktadır. HHC New York'da her sene tedavi gören hastaların üçte birine hizmet etmektedir.

Almanya'da eyaletler sistemi bulunmaktadır. Eyaletlere büyük yetkiler bırakılmıştır. Belediye hastanelerinde çalışan doktorların sayısı hatırı sayılır düzeydedir. İngiltere'de sağlık hizmetleri "Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health



Service-NHS)” altında mahalle doktorları ve devlet hastaneleri eliyle ücretsiz olarak görülmektedir. Hastaneler, devlet tarafından idare edilen (National Health Hospitals) ve özel hastaneler (Private Hospitals) olarak ikiye ayrılmaktadır. Devlet tarafından işletilen hastanelere gidebilmek için öncelikle mahalle doktoruna gitmek, doktorun gerekli ve uygun görmesi hâlinde hastaneye sevk edilmek gerekir. Danimarka’da sağlığa dair görevler, yerel yönetimlerin görev listesinde çok az bir yere sahiptir. Hemşirelik hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri ve çocuk diş tedavi hizmetleri genellikle yerel yönetimler eliyle yürütülmektedir. Bulgaristan’da 1999 yılı ile başlayan reform sürecinden sonra, Sağlık Bakanlığı birincil hizmetlerin sunumundan tamamen çekilmiş, bu konuda hizmet sunumu belediyelere devredilmiş, Sağlık Bakanlığı da sadece planlayıcı ve denetleyici rol üstlenmiştir (5). Rusya’da 1991-1992 yıllarında bölgesel düzeyde, idari bölgesel birimler kendi sağlık bütçelerini belirleyebiliyor ve federal sağlık bakanlığının onayı veya federal maliye bakanlığının onayı gerekmiyordu. 2005 yılında, ekonomik yeniden merkezîyetçilik süreci başladı. 2006’da Ulusal Öncelikli Proje - Sağlık (NPPH) başlatıldı. NPPH ile ağırlıklı olarak ulusal bütçeden, kısmen de bölgesel bütçelerden finanse edilen bir sistem oluşturuldu. Yerel düzeydeki sağlık hizmetlerinde ise, aksine bir devir süreci öngörülmektedir. 2011’den itibaren federal, bölgesel ve belediye tıbbi tesislerine daha fazla sorumluluk ve yönetim esnekliği verilerek daha

verimli bir sağlık hizmeti amaçlanmıştır (6). Fransa sağlık sektöründe kamu hastaneleri, sağlık merkezleri, üniversite klinikleri, tıbbi ve sosyal hizmetler gibi kamu kuruluşları sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü yürütmektedir. Özel hekimler, özel klinikler ve sağlık kuruluşları, sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını yerine getirmekte ve hastalara geniş bir tedavi seçeneği sunmaktadır. Sağlık dernekleri ve tamamlayıcı sağlık sigortaları, sağlık hizmetlerine erişimi desteklemekte ve topluma önemli katkılarda bulunmaktadır. Zorunlu sağlık sigortası sistemi (Assurance Maladie ve CMU), Fransızların sağlık harcamalarının büyük bir kısmını karşılayarak sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır. Devlet, hassas grupların tamamlayıcı sağlık sigortası (Mutuelle ve CMUC) masraflarını karşılayabilmesi için destek programları sağlamakta, böylece sağlık hizmetlerine erişimdeki finansal engeller azaltılmaktadır (7). Japonya’da sağlık sistemi, merkezi idare tarafından sağlanmakta ve kontrol edilmektedir. Ancak yerel yönetimlere de önemli roller verilmiştir. Merkezi hükümet, ulusal sağlık sigortası ücret tarifelerini belirlemekte ve yerel yönetimleri sağlık hizmetleri konusunda sübvansede ve denetlemektedir. Her il, 2006 tarihli Sağlık Hizmeti Yapısal Reform Yasası kapsamında, “Tıbbi Bakım Planları (MCP)” geliştirmektedir (8).

Türkiye ve dünyada sağlık sistemi yukarıdaki verilere benzer şekilde işlemektedir. Ülkeler coğrafyalarına, siyasi yönetimlerine, rejimlerine ve sosyoekonomik

durumlarına göre farklılıklar gösteren sağlık modelleri uygulamaktadırlar. Kimilerinde merkezi iktidar bu işi planlayıp, denetleyip, uygularken, kimi yerde uygulama işi kısmen veya tamamen yerel idarelere ve/veya sivil toplum kuruluşlarına da bırakılabilmektedir.

Kesin olan bir şey vardır ki, yerel yönetimler doğrudan veya dolaylı olarak sağlık hizmetinin içindedirler. Halkın oyları ile seçilmiş, bütçe yapma yetkisini almış ve halka karşı direkt sorumlulukları bulunan başkanların, insanların sağlıklarını korumada elbette vazifelerinin olması kaçınılmaz bir durumdur.

Türkiye’de de yerel idareler yukarıdaki bilgilerden de anlaşılacağı üzere sağlıkla ilgili görev, sorumluluk ve yetki sahibi durumundadırlar. Ancak uygulamada sağlık hizmetinin temel sunucusu, planlayıcısı ve denetleyicisi Sağlık Bakanlığıdır. Belediyeler kendi imkânları çerçevesinde poliklinik ve hatta hastane hizmetleri veren merkezler açmış olsalar da, sahada gerek lojistik imkânlar gerekse personel bakımından merkezi sağlık sisteminin yanında istisna işletmeler olarak kalmaktadırlar.

Dünyadaki kimi örneklerde olduğu gibi ülkemizde de yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerinde olması gereken rolleri ve katkıları daha net şekilde belirlenebilirse, kaynaklar ve insan gücü daha etkin şekilde kullanılacak, böylece hastalara daha fazla hizmet etme imkânı bulunabilecektir. Sağlığın uluslararası tanımında

Kesin olan bir şey vardır ki, yerel yönetimler doğrudan veya dolaylı olarak sağlık hizmetinin içindedirler. Halkın oyları ile seçilmiş, bütçe yapma yetkisini almış ve halka karşı direkt sorumlulukları bulunan başkanların, insanların sağlıklarını korumada elbette vazifelerinin olması kaçınılmaz bir durumdur. Türkiye’de de yerel idareler sağlıkla ilgili görev, sorumluluk ve yetki sahibi durumundadırlar. Ancak uygulamada sağlık hizmetinin temel sunucusu, planlayıcısı ve denetleyicisi Sağlık Bakanlığıdır.

vurgulanmasına rağmen uygulamada es geçilen “sosyal” iyilik hâli vardır. İnsanların sosyal açıdan kendilerini iyi hissetmeleri, memnun olmaları da sağlık konsepti içinde değerlendirilmektedir. Bu nedenledir ki Sosyal Hizmet Uzmanları sağlık sınıfının birer parçası sayılmışlardır. İnsanların hayatlarına dokunan, onların daha iyi şartlarda yaşamaları için çalışan, fakirlikle, cahillikle, imkânsızlıkla, işsizliğin getirdiği sonuçların telafisi ile uğraş veren her emek aynı zamanda sağlığa da hizmet ediyor demektir.

2015 senesinde Birleşmiş Milletlere (BM) üye ülkeler yoksulluğu ortadan kaldırmak, dünyamızı korumak, eşitsizlik ve adaletsizlikle mücadele etmek hedefiyle Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarını (SKA) 2030 yılına kadar sürececek bir yol haritası olarak kabul etmiştir. SKA’lar farklı gelişmişlik seviyesindeki tüm ülkeler için geçerli ve kimseyi geride bırakmayacak şekilde tasarlanmış 17 evrensel amaçtan oluşan bir eylem çağrısıdır. 17 Sürdürülebilir Kalkınma Amacı 169 gösterge ile takip edilmektedir. Üç numaralı SKA direkt Sağlıklı Bireyleri konu edinirken, 6 numara Temiz Su ve Sıhhi Koşulları, 2 numara Açlıkla Mücadeleyi, 1 numara ise Yoksullukla Mücadeleyi esas almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin aslında sosyal alanla bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği, sağlığın muhafazası ve tedavinin etkili olarak yapılabilmesinin sosyal yaşantı ile mümkün olduğu da ortaya çıkmaktadır. Belediyelerin yapmış olduğu sosyal yardımlar ve uygulamalar tam da bu kapsamda değerlendirilmeli ve geliştirilmelidir. Sosyal belediyeçilik anlayışı bütün dünyada rağbet gören ve ciddi bütçeler ayrılan bir husustur. Bu konu sağlıkla bütünleştirilmeli ve yepyeni model uygulama ile yola devam edilmelidir.

Sosyal belediyeçiliğin sağlığı bütünler nitelikteki uygulamalarına güzel örneklerden biri, Aksaray Belediyesi tarafından Mayıs 2025 tarihinde hizmete açılan Aksaray Belediyesi Hasta Yakını Konuk Evi’dir. Üç katlı olarak yapılan konuk evinde 32 oda, kafeterya, mutfak, lobi, kütüphane, toplantı salonu, teras, çocuk oyun alanı ve mescit bulunmaktadır. Bir yerel yönetimin sağlık hizmetlerine verebileceği en işe yarar katkılardan biri olarak tarihe geçmiştir.

Hasta Nakil Ambulansı, Evde Sağlık Bakımı Hizmetleri, Hasta Yakınları için Konuk evi gibi hizmetler belediyelerin yeterli sayıda sağlıkçı bulundurarak, Sağlık Bakanlığı hizmetlerine katkı sunan hem sağlık hem sosyal katkılardandır. Bunlar aratarak ve güçlenip geliştirilerek devam ettirilmelidir. Burada yapılan iş Birinci Basamak Sağlık Hizmeti vermek değil, sağlığın sosyal yönüne katkıda bulunmaktır. Sosyal belediyeçiliğin sağlığa olan tartışmasız katkısı ile beraber, sistemde bütünlük arz edecek olan dünyada bazı yerlerde uygulanan ‘Tek Sağlık Yaklaşımı’ bulunmaktadır.

Tek Sağlık (One Health); insan sağlığı, hayvan sağlığı ve çevre sağlığı arasındaki bağlantıyı vurgulayan ve bu bağlantının sürdürülebilir çözümler getireceğini öne süren bir yaklaşımdır (9). Bu yaklaşımı benimseyen uygulamalar sağlığı bütüncül bir yaklaşımla ele almakta ve insan sağlığının tek başına yaşanmadığı kanaatini taşımaktadır. 2019 COVID-19 pandemi süreci de dikkate alınırsa bu görüşün doğruluğu güçlenmektedir. O hâlde sağlığın salt tıbbi boyutunun dışında sosyal ve çevresel etkenlerin bir bütün olarak değerlendirilmesi ile maddelendirilmesi, uygulanacak modeller açısından da yol gösterici olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamakları dâhil olmak üzere

tamamı Sağlık Bakanlığı tarafından verilmelidir. Sağlık Bakanlığı sadece koruyucu sağlık hizmetlerinde yerel yönetimlerle iş birliği yapmalıdır. Yerel idare mevzuatında belediyeler üzerine düşen çevre sağlığı, hayvan sağlığı, temiz su temini başta olmak üzere, yukarıda da belirtilen sağlığın sosyal açıdan hizmetine katkıda bulunacak bir çok konuda koordinasyon içeren uygulamalar içinde olmalıdır.

Belediyeler, Psikolojik Danışma Merkezleri, Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri de açmakta ve vatandaşlara hizmet etmektedirler. Psikososyal ve/veya psikoterapi alanı ile sınırlı olmak kaydıyla yine Sağlık Bakanlığı ile koordineli olmak ve oradan yönlendirilmek şartıyla bu merkezlerin geliştirilerek ve sayıları artırılarak devreye alınmasında fayda bulunmaktadır. Psikoloji alanı ile ilgili olarak insanların yardıma olan ihtiyaçlarının giderilmesi konusunun, kamunun bu hizmeti verme kapasitesinin çok sınırlı olduğu göz önünde tutulursa yerel idarelerce üstlenilmesi büyük bir ihtiyaca cevap verecektir. Örneğin Psikiyatri hizmeti alan bir insanın hekimden sonra görmesi gereken psikoterapi hizmetleri bu merkezler eli ile hekimle koordineli olarak verilebilir. Zira psikoterapiler günümüzde ortalama bir vatandaşın maddi gücünü çoğunlukla aşan bedeller tutmaktadır. Kimi belediyelerde sınırlı da olsa verilen bu hizmet, bakanlık koordinasyonu ve standardizasyonuna bağlanmalıdır. Yerel idareler, Sağlık Bakanlığına yardımcı olmak üzere, tedavi hizmetlerinin daha etkin olması ve insanların hayatlarının kolaylaşması açısından Aile Sağlığı Merkezi yapımı, hastane binası yapımına yardım, lojistik destek sağlanması ve onarım bakım işlerinin üstlenilmesi görevlerini gerçekleştirmelidirler.

Bugün, özellikle Aile Sağlığı Merkezlerini işleten hekimler, belirli metrekafe standartlarına münasip şekilde, nüfusa göre uygun görülen yerlerde dükkandan, manavdan, marketten bozma yerlerde Aile Sağlığı Merkezleri açmaktadırlar. Bakıldığında bazen bir çıkmaz sokak, bazen bir dar sokak, bazen bir cadde üstü, bazen de bir ara sokakta tabelaları dahi çok fark edilemeyebilen yerlerde hizmet vermeye çalışmaktadırlar. Tesislerin bir sağlık kurumuna yakışır şekilde olması, hastaların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine olan güven ve eğilimini de artıracaktır.

Birinci basamak hizmetlerinin daha cazip hâle getirilip, aile hekimlerinin tercih edilebilirliğinin artırılmasına çalıştığımız

dönemlerde, bu görüntüler elbette tezat teşkil etmektedir. Belediyeler, standartları Sağlık Bakanlığınca belirlenmiş olan Aile Sağlık Merkezlerini uygun yerlerde inşa edip, tefrişatlarını da yaparak hemşehrilerinin hizmetine sunabilirler. Park alanları, yeşil alanlar, millet bahçeleri, etrafı ferah olan ve insanların ulaşımında zorluk çekmeyecekleri bu alanlarda mekânları üretmek her belediye için iyi bir not karnesi olacaktır. Ancak bunu isteğe bağlı olmaktan çıkarıp görev hâline getirecek ve Sağlık Bakanlığı ile İş Birliği Protokolü çerçevesinde gerçekleştirecek bir mevzuat düzenlemesine ihtiyaç bulunmaktadır. Şu an için mecburi bir görev olmasa da, 2015 yılı itibarıyla İstanbul Fatih ilçesinde 4'ü Büyükşehir Belediyesi, 1'i Vakıflar Genel Müdürlüğü, 14'ü Fatih Belediyesi mülkiyetinde olan toplam 19 adet Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği uygulaması kapsamında İl Sağlık Müdürlüğüne tahsis edilmiş olup Aile Hekimlerince kullanılmaktadır (5).

Sağlıklı Kent kavramı da son dönemlerde, sağlıklı insanı bütünleyen önemli bir konudur. Şehirlerin sağlığa uygun şekilde daha yaşanabilir yerler olması için yapılan her iş sağlığa da hizmet etmektedir. Bu bakıştan yola çıkarak küresel olarak kurulan Sağlıklı Şehirler Hareketi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından kentlerin sağlık göstergelerini belirlemek ve bu göstergeleri olumsuz etkileyen faktörlere çözüm üretmek amacıyla 1988 yılında başlatılan bir projedir.

Sağlıklı Şehirler Ağı dünyada beş bölgede 1.400 şehrin belediyesinin içinde bulunduğu bir yapıdır. Avrupa Bölgesi'nde 27 ülke ve 100 şehir belediyesi üyedir. Sağlıklı Kentler Birliği Hareketi, Türkiye'de 10 kurucu belediyenin girişimi ile (Bursa, Yalova, Van, Kadıköy, Afyonkarahisar, Tepebaşı, Çankaya, Ürgüp, Ordu, Kırıkkale) 2 Aralık 2004 tarih ve 2004/8226 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla 5355 sayılı Mahalli İdareler Birlikleri Kanunu kapsamında kurulmuştur. Toplam üye sayısı 139'dur. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliğinin kuruluş amacı, Sağlıklı Şehirler kavramını benimsetmektir.

Birlik, kentlerin sağlık göstergelerini tanımlayarak üye belediyelerin Şehir Sağlık Profili ve Kentsel Karbon Ayak İzi envanterlerini hazırlamalarında yardımcı olmakta, danışmanlık yapmaktadır. Toplanan veriler ışığında göstergelerde yer alan iyileşmelerin ve olumsuzlukların raporlanmasına destek vermektedir. Birlik, üye belediyelerin başkan, meclis üyesi ve

çalışanlarına yönelik 'Kent Sağlığı' konu başlıklarında eğitim faaliyeti ile kongre, konferans, seminer, panel, çalıştay gibi etkinlikler gerçekleştirmekte; bilgi ve tecrübe paylaşımı ile iyi uygulama örneklerinin yaygınlaşmasını teşvik etmektedir. Her yıl, Sağlıklı Şehirler En İyi Uygulama Yarışması düzenleyerek üye belediyelerin projelerini değerlendirmekte ve ödüllendirmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2024 yılında yayımlanmış olan "Sağlığı Geliştiren Belediye (SAGEB)" Uygulama Rehberi, belediyelere sağlıklı bir şehir olma yolculuğunda yol gösterici niteliğindedir.

Eczacılık hizmetleri de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri kapsamında verilmektedir. Eczane olarak hizmet veren sağlık işletmeleri aynı zamanda kamusal bir görev ifa etmektedirler. Bu nedenle, eczanelerin ilaç hizmetlerini verirken aylık olarak tuttıkları nöbetlerde, yerel yönetimlerce verilebilecek güvenlik hizmeti günümüzde anlamlı ve önemli olacaktır. Ayrıca eczanelerin birer kamu hizmeti üreten kurum olmalarından kaynaklı olarak, Sağlık Bakanlığı standartlarına uygun olarak hazırlanmış bulunan tabelalarından reklam vergisi adı altında vergi alınmaması da maddesel bir yardımdan öte, iş birliği ve elele vermenin sembolü olarak anlamlı olacaktır.

Sonuç olarak yerel yönetimlerin uygun olan mevzuat altyapıları da göz önünde bulundurularak:

1) Birinci, ikinci ve üçüncü basamak dâhil olmak üzere tüm sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı eli ile verilmelidir.

2) Koruyucu sağlık hizmetlerine sağlık ve sosyal açıdan katkı olmak üzere hasta nakil ambulansları ve evde bakım hizmetleri bakanlıkla iş birliği çerçevesinde yerel yönetimlerce sağlanmalıdır, sahada karışıklığa meydan vermemek için bakanlık bu işi yerel idarelere denetim ve kontrolünü yapmak şartıyla devretmelidir.

3) Özellikle başka şehirlerden veya aynı şehirde uzak yerlerden gelen yatan hastaların yakınları ve refakatçileri için Yatan Hasta Konuk Evi yapımı ve hizmete açılması yerel yönetimlerce yapılmalıdır. Bu isteğe bağlı olarak değil, zorunlu olmalıdır.

4) Yerel Yönetimler sağlığın önemli bir alanını oluşturan birinci basamak hizmetlerden olan Aile Sağlığı Merkezlerini, Bakanlığın belirlediği standartlar çerçevesinde üretip teşrifatı ile beraber

hemşehrilerine hizmet vermesi için bakanlığa iş birliği protokolü çerçevesinde teslim etmelidir. Bu bir mevzuat düzenlemesi ile yerel yönetimlere görev olarak verilmelidir.

5) Psikoloji alanındaki hizmetler bakanlık koordinasyonu, denetimi ve yönlendirmesi ile yerel idarelerce verilmelidir.

6) Belediyeler çevre ve hayvan sağlığına yönelik çalışmalar ile beraber, daha yeşil, ferah, havası temiz ve psikolojik açıdan iyi gelen kent oluşturma gayretlerinin aynı zamanda sağlık hizmetinin de bir parçası olduğunun bilinci ile hareket etmelidir.

7) Sosyal Belediyeciliğin, insanların sosyal bakımdan iyilik hâllerine yardımcı olan uygulamaların sağlığın bir parçası olduğu bilgi ve bilinci ile kalite ve sürdürülebilirlik açısından artırılarak devam ettirilmesi gerekmektedir.

8) Belediye panolarının ve kamuya açık ekranların, insanların sağlık okuryazarlıklarını artıracak akılda kalıcı, dikkat çekici slogan ve önerilerle daha çok doldurulması gerekmektedir. Bu konu da bakanlıkla bir iş birliği protokolü ile nelerin, hangi bilgi ve sloganların paylaşılacağı bakanlıkça belirlenecek şekilde yapılmalıdır.

9) Özel eczanelerin gece nöbetlerinde, kamu hizmeti yaptıkları göz önünde bulundurularak yerel idare tarafından güvenlik hizmeti verilmeli, ticari maksadın ötesinde idari bir zorunluluk olan bakanlığın belirlediği tabelalarından vergi alınmamalıdır.

Kaynaklar

1) T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

2) <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5393&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 09.06.2025).

3) <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5216&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 09.06.2025).

4) <https://www.icisleri.gov.tr/kurumlar/icisleri.gov.tr/lcSite/strateji/MEVZUAT/Kanunlar/5302.docx> (Erişim Tarihi: 09.06.2025).

5) Gürün, F. (2018). Belediyelerde sağlık hizmetlerinin Türk mevzuatındaki yeri. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (6), 125–150.

6) <https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/RUSYA.pdf> (Erişim Tarihi: 09.06.2025).

7) <https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/FRANSA.pdf> (Erişim Tarihi: 09.06.2025).

8) <https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/JAPONYA.pdf> (Erişim Tarihi: 09.06.2025).

9) <https://apiskb.izmirteknoloji.com.tr/wp-content/uploads/2024/11/prof.-dr.-koray-velibeyoglu-.pdf> (Erişim Tarihi: 10.06.2025).

Pandemi ve afetlere karşı sağlık sistemi dayanıklılığı

Doç. Dr. Derya Suluhan



2004 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun oldu. 2004-2005 yılları arasında GATA Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde, 2005-2011 yılları arasında GATA Çocuk Cerrahisi Kliniğinde, 2016-2017 yılları arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı Kliniğinde eğitim hemşiresi ve servis hemşiresi olarak görev yaptı. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında 2010 yılında "yüksek lisans", Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsünde 2016 yılında "doktora" eğitimini tamamladı. 2017-2025 yılları arasında Çocuk Cerrahisi Hemşireleri Derneğinde yönetim kurulu üyeliği ve 2015 yılından itibaren KEPAN hemşirelik çalışma grubu üyeliği görevlerini üstlendi. 2017 yılında "Doktor Öğretim Üyesi", 2025 yılında "Doçent" ünvanını aldı. 2017 yılından itibaren Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında bilimsel ve akademik faaliyetlerini yürütmektedir.

Prof. Dr. Mehmet Eryılmaz



Genel Cerrahi ve Harp Cerrahisi Uzmanıdır. Hâlen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır. 2011 yılında Brown Üniversitesinden (ABD) Afet Tıbbi Uzmanlığı aldı. 2016 yılında Anadolu Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü'nden (Ekstern Program) mezun oldu. Afet Araştırmaları Derneği, Kurşunlu Tarih Araştırmaları Derneği ve Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneğinde Yönetim Kurulu Başkanlığı; Türk Cerrahi Derneğinde ise Yönetim Kurulu Üyeliği görevlerini üstlendi. Afet tıbbi, travma cerrahisi, triyaj, saha müdahalesi ve kriz yönetimi konularında çok sayıda bilimsel yayın, kitap ve eğitim programına katkı sundu. Ulusal ve uluslararası birçok kursun direktörlüğünü yaptı; akademisyenlerle birlikte afet raporları hazırladı ve kamuoyuna yönelik bilinçlendirme çalışmaları yürüttü.

Afet, bir toplumun normal işleyişini ciddi şekilde bozarak başa çıkma kapasitesini aşan; geniş çapta can kaybı, yapısal hasar, yoksulluk ve ekonomik kayıplara yol açan ve bu nedenle dış yardıma ihtiyaç duyulan olaylardır (1, 2). Uluslararası Afet Veri Tabanı (EM-DAT) kayıtlarına göre, son 20 yılda dünya genelinde 7 bin 348 afet olayı yaşanmış, bu afetler 4 milyardan fazla insanı etkilemiş ve yaklaşık 1,23 milyon can kaybına neden olmuştur. Küresel ekonomik kayıplar ise yaklaşık 2,97 trilyon dolar olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, 1980'den bu yana afet kaynaklı toplam can kaybının 2,4 milyonu aştığı bildirilmiştir (3).

Afetler, oluşum nedenleri dikkate alındığında doğa kaynaklı ve teknolojik-insan kaynaklı afetler olmak üzere iki ana grupta sınıflandırılmaktadır. Doğa kaynaklı afetler, gelişim hızlarına göre "yavaş gelişen" ve "ani gelişen" olmak üzere alt sınıflara ayrılabilir. Yavaş gelişen

doğa kaynaklı afetlere şiddetli soğuklar, kuraklık ve kıtlık gibi süreçler örnek olarak verilebilirken, ani gelişen doğa kaynaklı afetler arasında ise depremler, sel, toprak kaymaları, kaya düşmeleri, çığ, fırtınalar, hortumlar, volkanik patlamalar ve yangınlar yer almaktadır. Teknolojik ve insan kaynaklı afetler ise nükleer, biyolojik ve kimyasal kazalar, taşımacılık ve endüstriyel kazalar, aşırı kalabalıktan kaynaklanan olaylar ile göçmenlere ilişkin krizleri kapsamaktadır (4).

Doğa kaynaklı afetler, genellikle aniden gelişen, etkisi geniş alanlara yayılan ve oluşum zamanı tam olarak öngörülemeyen olaylar olarak tanımlanmaktadır. Bu tür afetlerin meydana gelme nedenleri insan kontrolü dışında olup, doğal süreçlerin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Teknolojik ve insan kaynaklı afetler, planlama, yönetim ve uygulama süreçlerindeki yetersizlikler, teknik donanım eksiklikleri ya da insan ihmali gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır. Bu afetler çoğunlukla insan faaliyetlerinin doğrudan ya da dolaylı etkileri sonu-

cunda oluşur ve çoğu zaman önlenemez niteliktedir (5).

Afetlerin etkileri, afetin etki alanının büyüklüğü, toplumun demografik yapısı, afetin ekonomik, sosyal ve psikolojik boyutları, olayın türü, süresi, tekrar meydana gelme sıklığı ve şiddeti gibi çeşitli parametrelere bağlı olarak farklılık göstermektedir (6, 7, 8). Afetler meydana geldiği toplumlara doğrudan ve dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Doğrudan etkiler, can kayıpları, yaralanmalar, maddi zararlar, altyapı ve üstyapıda meydana gelen hasarlar, kültürel varlıkların zarar görmesi, sağlık hizmetleri ile barınma, beslenme ve giyinme gibi temel ihtiyaçlara yönelik harcamalar ve kurtarma ile ilk yardım faaliyetlerine ilişkin maliyetleri kapsamaktadır. Üretim tesislerinde oluşan hasarlar nedeniyle üretimin aksaması veya tamamen durması, kamu hizmetlerinde yaşanan kesintiler, ekonomik istikrarsızlık, fiyat artışları, işsizlik, göç hareketleri, sosyal yapının bozulması ve afet sonrası ortaya çıkan psikososyal sağlık sorunları gibi sonuçlar ise afetin dolaylı etkileridir (9).

Pandemi Tanımı, Epidemiyolojisi

Biyolojik afetler, ortaya çıktığı dönemde yalnızca yerel sınırlarda kalmayıp, kısa sürede uluslararası boyuta taşınarak küresel bir halk sağlığı krizine, pandemiye dönüşebilme potansiyeline sahiptir. Pandemi, bir epideminin dünya çapında yayılması, uluslararası sınırları aşması ve geniş bir insan popülasyonunu etkilemesi ile karakterize küresel düzeyde sosyal, ekonomik ve politik sistemleri de etkileyen çok boyutlu bir halk sağlığı krizidir. Yüksek derecede bulaşıcı, hızla yayılan ve ölümcül sonuçlar doğurabilen enfeksiyöz ajanlar tarafından genellikle pandemiler tetiklenir (10).

Her salgın pandemi değildir. Bir salgının pandemi olarak tanımlanabilmesi belirli ölçütlerin karşılanmasıyla mümkündür (11). Dünya Sağlık Örgütüne göre, bir enfeksiyon hastalığının pandemi olarak tanımlanabilmesi için üç temel koşulun eş zamanlı olarak gerçekleşmesi gerekmektedir. İlk olarak, daha önce insan toplulukları tarafından deneyimlenmemiş, dolayısıyla bağışıklık sistemi tarafından tanınmayan yeni bir enfeksiyon etkeninin ortaya çıkması gereklidir. İkinci olarak, bu etkenin insanlar arasında bulaşma yeteneğine sahip olması ve ciddi sağlık sorunlarına yol açabilecek potansiyele sahip olması beklenir. Üçüncü olarak ise, enfeksiyon etkeninin insanlar arasında kolaylıkla ve sürekli biçimde yayılabilmesi, yani sürdürülebilir bir bulaş zinciri oluşturabilmesi gerekmektedir (12). Tarihsel süreçte bu kriterleri karşılayan Kara Veba, Çiçek Hastalığı ve İspanyol Gribi gibi pandemiler ile daha yakın dönemlerde yaşanan SARS, Maymun Çiçeği ve COVID-19 salgınları, toplumların sağlık sistemleri, ekonomileri, eğitim süreçleri ve sosyal yaşamları üzerinde derin ve kalıcı etkiler bırakmıştır (11).

Sivil Sağlık Sistemi

Afetler, özellikle kaynakların sınırlı olduğu bölgelerde, etkilenen ülkelerin sağlık ve halk sağlığı sistemleri üzerinde doğrudan ve çoğu zaman yıkıcı etkilere sahiptir (13, 14, 15). COVID-19 pandemisi sadece sağlık alanında değil, aynı zamanda sosyal ve ekonomik düzlemlerde de küresel kriz yaratmıştır. Pandemi sürecinde küresel işsizlik oranları ciddi şekilde yükselmiştir ve özellikle kayıt dışı çalışanlar ile düşük gelirli gruplar ekonomik olarak orantısız biçimde etkilenmiştir. Yoksul ve kırılgan grupların uzaktan eğitim imkânlarına

erişimi kısıtlanmıştır. Ruh sağlığı sorunları, sosyal izolasyon ve aile içi şiddet gibi sosyal problemler pandemi döneminde daha görünür hâle gelmiştir (16).

Afet sonrası dönemde su, kanalizasyon ve enerji gibi temel kamu hizmetlerinin kesintiye uğraması, halk sağlığı tehditlerinin artmasına neden olmaktadır. Doğa kaynaklı afetlerin nüfus sağlığı üzerindeki doğrudan olumsuz sonuçları, bu olayların salt fiziksel yıkım değil, aynı zamanda ciddi halk sağlığı krizleri olarak değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır (17). Afetlerden etkilenen bölgelerde geçici sanitasyon çözümlerinin sıklıkla kısa vadeli kriz yönetimi anlayışıyla planlandığında, bu uygulamaların uzun vadede sürdürülebilir kalkınma hedeflerine katkı sağlamada yetersiz kalmaktadır. Özellikle kamplarda veya geçici barınma alanlarında kurulan sanitasyon sistemleri, afet sonrası ilk aylar için yeterli olsa da zamanla atık yönetimi, altyapı yetersizlikleri ve çevresel bozulma sorunlarına yol açabilmektedir. Bu nedenle, afet müdahalelerinde kullanılacak sanitasyon sistemleri baştan itibaren sürdürülebilirlik kriteri göz önünde bulundurularak tasarlanmalıdır (18).

Sağlık sektörü ve halk sağlığı kurumları afet yönetiminde kilit bir rol üstlense de, bu kurumlar çoğu zaman yalnızca lojistik destek sağlayan birimler olarak değerlendirilmektedir. Ancak halk sağlığı profesyonelleri, afetlerin toplumsal etkileri ve ihtiyaçları konusunda uzmanlaşmış bilgiye sahiptir ve karar alma süreçlerine aktif katılımları, müdahale stratejilerinin daha etkili biçimde şekillendirilmesini sağlayabilir. Afetlere ilişkin epidemiyolojik araştırmalar ise, olası mortalite ve morbiditeyi azaltmaya yönelik etkili önleme ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesi için temel bir başlangıç noktası oluşturmaktadır (18).

Sağlık ve halk sağlığı sistemleri performansı ve hizmet kapasitesi üzerindeki etkiler, afet öncesi altyapı durumu, olayın türü, müdahale sürecinin etkinliği ve iyileştirme faaliyetlerinin ne zaman ve nasıl başlatıldığı gibi birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlere bağlı olarak şekillenmektedir (19, 20, 21). Dayanıklı bir sağlık sistemi, halk sağlığına yönelik tehditler karşısında hazırlıklı olabilen, beklenmedik stres faktörlerine karşı koyabilen ve kriz anlarında etkin müdahale kapasitesine sahip bir yapıyı ifade eder (22). Böyle bir sistem yalnızca afet anında değil, öncesi ve sonrasında da toplum sağlığını koruyarak iyi sağlık sonuçlarının sürdürülebilirliğini sağlar.

Bu yönüyle afetlere karşı dayanıklılık, sağlık sisteminin halk sağlığı krizlerine karşı kırılganlığını azaltma ve toplumu koruma işlevi için vazgeçilmezdir (23).

Lorenzoni ve arkadaşları, Avrupa'daki afetlerin halk sağlığı sistemleri üzerindeki uzun vadeli etkilerini çoklu vaka analiz yöntemiyle inceledikleri çalışmalarında, farklı afet türleri (doğal afetler, teknolojik kazalar ve pandemiler) sonrasında kamu sağlığı sistemlerinin nasıl etkilendiğini ortaya koymuşlardır. Çalışma sonucunda afetlerin yalnızca kısa vadeli bir kriz yaratmadığı, uzun dönemde de sağlık sisteminde ciddi yapısal ve yönetsel zorluklara yol açtığı görülmüştür. Özellikle hastane altyapılarında kalıcı kapasite kaybı, kronik hastalık yönetiminde aksamalar, ruh sağlığı hizmetlerinin uzun vadeli aksaması ve toplumdaki hassas grupların daha fazla olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir. Ayrıca, afet sonrası sağlık çalışanlarının uzun süreli tükenmişlik ve iş gücü eksikliği yaşadığı vurgulanmıştır (24). Katrina Kasırgası'nın diyabeti olan yaşlı bireylerde sağlık hizmeti kullanımına etkisinin araştırıldığı bir araştırmada, felaketten etkilenen bölgelerde yaşayan bireylerde sağlık hizmetlerine erişimin önemli ölçüde aksadığı ve bu durumun kronik hastalık yönetiminde olumsuz sonuçlara yol açtığı raporlanmıştır. Özellikle reçeteli ilaçların temini ve düzenli doktor ziyaretlerinde belirgin azalma gözlemlenmiştir. Bu çalışma, afet sonrası sağlık sistemlerinin yeniden yapılanma sürecinde kronik hastalıkların sürdürülebilir yönetiminin öncelikli bir alan olması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, felaketlerin sağlık hizmeti kullanımında kalıcı bozulmalara yol açabileceği ve bu durumun yaşlı ve kronik hastalığı olan bireyler için ciddi sağlık riskleri doğurduğu belirtilmiştir (25).

Afet sonrası dönemde ruh sağlığı sorunları önemli ölçüde artmaktadır. Afetten etkilenen bireylerde özellikle kaygı, depresyon ve travma sonrası stres belirtileri yaygındır. Sosyoekonomik faktörler hizmet kullanımını etkileyebilmektedir. Afet sonrası ruh sağlığı ihtiyaçlarının karşılanması için uzun vadeli ve erişilebilir hizmet modelleri geliştirilmelidir (26). COVID-19 pandemisinin başladığı ilk aylarda psikiyatri servisinin kullanımının incelendiği bir çalışmada, pandemi başlangıcında ruhsal problemler nedeniyle acil servise başvuranların sayısında belirgin bir düşüş gözlemlendiği, yatış oranlarında ise hafif bir azalma olduğu ve başvuran hastaların daha ağır klinik tablolarla geldiği rapor

edilmiştir. Salgın döneminde özellikle kaygı, depresyon ve psikotik belirtilerle başvuran hastaların oranında artış görülmüştür. Bu çalışma, pandeminin erken döneminde ruh sağlığı hizmetlerine erişimin azaldığını ancak başvuru yapan hastaların daha ciddi sorunlar yaşadığını göstermektedir (27).

Sağlık ve halk sağlığı sistemleri performans ve hizmet kapasitesi üzerindeki etkiler; afet öncesi altyapı durumu, olayın türü, müdahale sürecinin etkinliği ve iyileştirme faaliyetlerinin ne zaman ve nasıl başlatıldığı gibi birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlere bağlı olarak şekillenmektedir (28-32). Dayanıklı bir sağlık sistemi, halk sağlığına yönelik tehditler karşısında hazırlıklı olabilen, beklenmedik stres faktörlerine karşı koyabilen ve kriz anlarında etkin müdahale kapasitesine sahip bir yapıyı ifade eder (33). Böyle bir sistem, yalnızca afet anında değil, öncesi ve sonrasında da toplum sağlığını koruyarak iyi sağlık sonuçlarının sürdürülebilirliğini sağlar. Bu yönüyle afetlere karşı dayanıklılık, sağlık sisteminin halk sağlığı krizlerine karşı kırılganlığını azaltma ve toplumu koruma işlevinde kritik bir rol oynamaktadır (34).

Askeri Sağlık Sistemi

Doğa kaynaklı afetler sonrasında hızlı ve etkili müdahale, yalnızca sivil otoritelerin değil, aynı zamanda askeri kuvvetlerin de sorumluluğundadır (35, 36). Askeri kuvvetler, özellikle güvenlik hizmetlerinin sağlanmasında, sağlık altyapısının desteklenmesinde ve acil sağlık hizmetlerinin sunulmasında kritik bir rol üstlenmektedir. Bu bağlamda, askeri sağlık sisteminin sahip olduğu kapasitenin ulusal sağlık hizmetleriyle paylaşılması afet müdahale sürecinde önemli bir iş birliği alanı yaratmaktadır (37).

Dirençlilik

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının (AFAD) yayımladığı Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü'nde "dirençlilik" kavramı, bir bireyin ya da topluluğun tehlikeli bir olgunun etkilerini zamanında ve etkili bir şekilde tahmin etme, öngörme, önleme, azaltma ve iyileştirme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (37). Uluslararası düzeyde afet risk azaltma alanında otorite kabul edilen Birleşmiş Milletler Afet Risk Azaltma Ofisine (UNDRR) göre afet direnci; bir tehlikeye maruz kalan sistemin, topluluğun ya da toplumun, temel yapı ve işlevlerini koruyarak riskleri yönetebilme,

bu süreçte tehlikelerin etkilerine karşı zamanında ve etkili bir şekilde direnme, uyum sağlama, dönüşüm gerçekleştirme ve iyileşebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (38).

Dirençli toplum, belirsizliklerin, değişimlerin ve öngörülemeyen olayların yaygın olduğu ortamda bireylerin, toplumun varlıklarını koruyup geliştirebilme ve toplumsal dayanışmayı sürdürebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (40). Toplumun afetlere karşı dirençli hâle gelmesi, bireylerin kendini güvende hissetmesi ve afet risklerinin farkında olmasıyla mümkündür. Riskleri tanımak, afet bilincine sahip olmak ve önleyici davranışlar geliştirmek, zararların azaltılmasında önemli rol oynar. Bu nedenle dirençlilik, afet yönetiminde temel bir kavramdır (41).

Afetlere karşı toplumların dirençliliğinin değerlendirilmesi, afet öncesi hazırlık, afet sonrası hasar tahmini ve iyileşme süreçlerine katkı sağlamakta, bu durum afet yönetiminde kaynakların etkin kullanımını desteklemektedir (42). Ayrıca dirençli toplum üyeleri hem bireysel yeteneklerini hem de toplumun kapasitesini geliştirerek gelecekte daha güçlü, yenilenebilir ve sürdürülebilir bir yapının oluşmasına katkı sağlar (40).

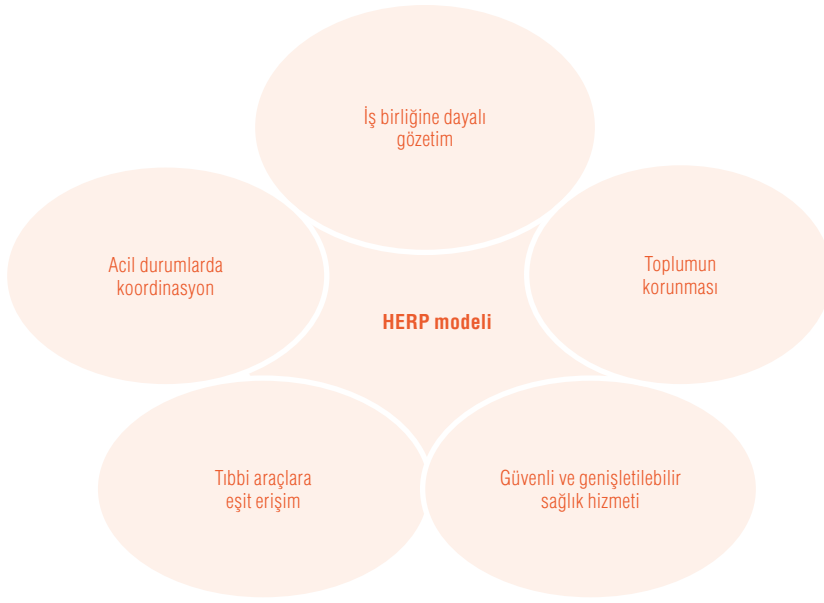
Afet Yönetimi

Afet yönetimi, afetlerin ortaya çıkmasını önlemek ve olumsuz etkilerini en aza indirmek amacıyla afet öncesi, sırası ve sonrasında alınacak önlemlerin planlanması, yönlendirilmesi, koordinasyonu ve uygulanmasını içeren çok boyutlu ve disiplinler arası bir süreçtir (43). Bu süreç, toplumun tüm kesimlerini kapsayan, mevcut kaynakların stratejik hedefler doğrultusunda etkili biçimde kullanılmasını gerektiren karmaşık bir yönetim sistemidir (43).

Afet yönetiminin hedefleri arasında afetlere karşı hazırlıklı olmak, hızlı ve etkili müdahale sağlamak, kaynakları etkin biçimde kullanmak, oluşan zararları hızla gidermek ve toplumsal işleyişi yeniden tesis etmek yer almaktadır. Afet yönetiminde toplumu korumak ve afetlerin yaratabileceği olumsuz etkileri en düşük düzeye indirmek amaçlanmaktadır (44). Afet yönetimi, çeşitli modeller, stratejiler ve prosedürlerle yapılandırılmış bir sistem bütünüdür (45). Söz konusu prosedürler, özellikle risk altındaki toplulukların

korunmasına yönelik olarak çok yönlü şekilde geliştirilmektedir. Afet riski azaltma alanında çalışan uzmanlar, karar vericiler ve yöneticiler, afet gerçekleşmeden önce ortak bir risk algısı temelinde proaktif adımlar atmaktadır (46). Ancak her afetin sonuçları, toplumun bu etkilerle ne ölçüde baş edebildiğine bağlı olarak değişmektedir. Bu nedenle afet yönetiminde başarının düzeyi, geliştirilen stratejilerin etkin planlanması ve uygulanması ile doğrudan ilişkilidir (46).

Afetlerin yol açtığı kayıpları en aza indirebilmek için etkili afet politikalarının geliştirilmesi ve bu politikalar çerçevesinde zarar azaltıcı önlemlerin hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, geleneksel yardım odaklı afet yönetimi anlayışının zamanla yerini daha proaktif, bütüncül ve entegre bir yaklaşıma bıraktığı görülmektedir (47). Söz konusu bütüncül afet yönetimi yaklaşımı, hazırlık, önleme, zarar azaltma, müdahale ve yeniden yapılanma olmak üzere beş temel evreden oluşmaktadır (48). Bu yaklaşımın temel amacı, afet riskini azaltmak ve afet gerçekleşmeden önce bireylerin ve toplumların riskleri yönetme kapasitesini geliştirmektir (49). Afetlere hazırlık, afet öncesinde riskleri azaltmayı, afet anında ve sonrasında ise can kayıplarını ve yaralanmaları en aza indirmeyi, fiziksel altyapı ve yapılar üzerindeki zararları önlemeyi ve böylece toplulukların iyileşme sürecini hızlandırmayı hedeflemektedir (50). Zarar azaltma, afet gerçekleşmeden önce, olası tehlikelerin etkilerini ortadan kaldırmak veya en aza indirmek amacıyla alınan proaktif önlemleri kapsamaktadır (51). Afetlerin hemen ardından başlayan müdahale süreci, arama-kurtarma, ilk yardım, sağlık hizmetleri, gıda, barınma, giyim gibi temel ihtiyaçların karşılanması ile hasar tespiti ve yardım kaynaklarının koordinasyonunu kapsamaktadır (43). Bu süreç, afetten etkilenen toplumun korunmasını ve temel hizmetlere erişimin sağlanmasını amaçlamaktadır (52). Müdahale evresi, genellikle belirsizliklerin yüksek olduğu, bilgi ve kaynakların sınırlı olduğu stresli koşullarda yürütülmektedir. Bu nedenle afet yönetimi içinde en karmaşık aşama olarak kabul edilmektedir (53). Afet sonrası iyileşme, etkilenen toplumda sağlık, ekonomi, altyapı ve sosyal yapının sürdürülebilir kalkınma hedefleri doğrultusunda yeniden inşasını amaçlayan çok boyutlu bir süreçtir. Bu süreç fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda yürütülmekte olup afetlere karşı dirençli toplumlarda daha kısa sürede tamamlanmaktadır (54, 55).



Şekil 1. HERP modelinin bileşenleri

Gelecek

COVID-19 pandemisi, sadece bulaşıcı hastalıkların yayılma kapasitesini değil, aynı zamanda küresel sağlık sistemlerinin zayıf yönlerini ve hazırlık düzeylerinin yetersizliğini de ortaya koymuştur. Pandemi süresince sağlık sistemlerinin çöküşü, geç müdahaleler ve yetersiz kaynak yönetimi, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) halk sağlığı acil durumlarına yönelik yaklaşımında köklü değişikliklere zemin hazırlamıştır. DSÖ, 2023 yılında yayımladığı Sağlık Acil Durumlarının Önlenmesi, Hazırlığı, Müdahalesi ve Dayanıklılığının Güçlendirilmesi (Strengthening Health Emergency Prevention, Preparedness, Response and Resilience/HEPR) başlıklı çerçeve ile, gelecekte benzer krizlerin etkili şekilde yönetilmesi için bütüncül, eşitlikçi ve sürdürülebilir bir çerçeve önermiştir (56). HEPR yaklaşımı yalnızca bir hazırlık süreci değil aynı zamanda hastalıkların önlenmesi, erken tespiti, etkili müdahalesi ve sağlık sistemlerinin dayanıklılığını kapsayan çok yönlü bir yapı sunmaktadır (56).

HEPR çerçevesi, sağlık sistemleri için bir "sürekli döngü" anlayışı benimsemektedir. Sürekli döngü, pandemi süreci geçtikten sonra hazırlık çalışmalarının sonlandırılması yerine yeniden değerlendirme ve kapasite yenileme dönemine girilmesi olarak tanımlanmıştır. Bu çerçeve, kriz dönemlerini ve aralıklı "pandemi olmayan" dönemleri içeren bir yapılanmayı savunmaktadır.

HEPR çerçevesi, pandemi sonrası dönemde yalnızca sağlık sistemlerini değil aynı zamanda toplumsal eşitlik, uluslararası iş birliği ve bilimsel dayanaklı karar alma süreçlerini merkeze alan bir yeniden yapılanma önerisidir (56). COVID-19 sürecinde yaşanan bilgi paylaşımı eksiklikleri, stok yetersizlikleri ve eşitsiz aşı dağılımı gibi sorunlar, bu yeni yaklaşımın gerekliliğini somut biçimde ortaya koymuştur. DSÖ'nün önerdiği HERP modeli, beş temel bileşenden oluşmaktadır (Şekil 1).

- **İş birliğine dayalı gözetim (Collaborative Surveillance):** Entegre veri sistemlerinin, laboratuvar analizlerinin, dijital platformların ve toplum temelli bildirim mekanizmalarının birlikte işlemesiyle gerçek zamanlı epidemiyolojik bilgi üretimi hedeflenmektedir.
- **Toplumsal korunması (Community Protection):** Risk iletişimi, davranışsal bilim, sosyal hizmet erişimi ve yanlış bilgi yayılımı ile mücadele gibi unsurlar ön plana çıkarılmaktadır.
- **Güvenli ve genişletilebilir sağlık hizmeti (Safe and Scalable Care):** Sağlık çalışanlarının eğitimi, güvenliği ve fiziksel altyapıların pandemi döneminde de hizmet verecek esneklikte yapılandırılması gerekmektedir.
- **Tıbbi araçlara eşit erişim (Access to Countermeasures):** Aşı, antiviral, tanı kiti gibi stratejik ürünlerin geliştirilmesi ve ülkeler arasında adil dağıtımı sağlanmalıdır.
- **Acil durumlarda koordinasyon (Emergency Coordination):** Çok

sektörlü kriz yönetim yapılarının kurulması, tatbikatlar yapılması ve kapasite geliştirme programlarının uygulanması önerilmektedir.

DSÖ, düşük kaynaklı ülkelerin mevcut durum analizlerini yapmalarının ve ihtiyaç temelli planlama sürecine geçmelerinin gerekliliğini vurgulamaktadır (56). Bu kapsamda bu ülkeler;

- Ulusal risk profilini oluşturmaktır.
- Acil durum planlarını güncellemelidir.
- Kurumlar arası iş birliği protokolleri yapmalıdır.
- Çok yıllık finansman planları oluşturmaktır.

Plan

COVID-19 pandemisinin başlangıcında sağlık altyapısında yaşanan aksamlar, koruyucu ekipman yetersizlikleri ve veri paylaşımındaki gecikmeler, önceden oluşturulan acil durum planlarının ve halk sağlığı sistemlerinin güncellenmesi gerekliliğini ortaya koymuştur (57). Pandemi grip, tarih boyunca küresel ölçekte ciddi sağlık, ekonomik ve sosyal sonuçlara yol açmıştır. DSÖ, etkili bir uluslararası hazırlık stratejisi geliştirmek için 2011 yılında "Pandemi Gribi Hazırlığı (PIP) Çerçevesi (Pandemic Influenza Preparedness Framework)" belgesini yayımlamıştır (58). Çerçevenin 2021 tarihli ikinci baskısı, özellikle H5N1 ve insan pandemisine yol açma potansiyeli taşıyan diğer grip virüslerinin paylaşımı ve bu paylaşımından doğan faydalara erişimi düzenlemektedir (58). PIP çerçevesi, küresel ölçekte halk sağlığı dayanışmasını teşvik eden, bilimsel ve etik temellere dayalı bir hazırlık modeli sunmaktadır. COVID-19 pandemisi süresince edinilen deneyimler, PIP gibi mekanizmaların sadece grip değil, tüm zoonotik hastalıklara yönelik dayanıklı sistemlerin kurulmasında da rehberlik edebileceğini göstermektedir (58).

DSÖ, PIP çerçevesinin şu üç temel amacını gerçekleştirmeyi hedeflemektedir: 1) İnfluenza virüslerinin zamanında ve şeffaf şekilde paylaşımını sağlamak, 2) Küresel gözetim ve laboratuvar kapasitesini güçlendirmek, 3) Virüs paylaşımından elde edilen ürünlere (aşı, antiviral ilaç, tanı kitleri vb.) adil erişimi temin etmek (58). Çerçevenin en dikkat çekici yönlerinden biri, "faydaların paylaşımı" ilkesidir. Buna göre, influenza virüs örneklerini uluslararası laboratuvarlarla paylaşan ülkeler, bu paylaşımından doğrudan fayda

elde etmektedir. Bu faydalar, bağışlanan antiviral stoklar, teknik destek, eğitim programları ve aşıya öncelikli erişim gibi çeşitli şekillerde sağlanmaktadır. Böylece düşük ve orta gelirli ülkelerin pandemik influenza ile mücadele kapasitelerinin güçlendirilmesi amaçlanmaktadır (58).

Tek Sağlık Sistemi

Küresel ölçekte yaşanan çevresel, sosyal ve ekonomik değişimler, insan, evcil ve yabani hayvanlar ile içinde yaşadıkları ekosistemler arasındaki karmaşık etkileşimleri daha görünür hâle getirmiştir. Bu etkileşimler, sağlık sorunlarının yalnızca bireysel ya da biyolojik bir bakış açısıyla değil çok boyutlu ve sistematik bir yaklaşımla değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır (59). Bu nedenle, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) bünyesinde yer alan Tek Sağlık Ofisi, insan sağlığının; hayvan sağlığı ve ortak çevremizle ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olduğunu savunmaktadır (60). 1990'ların sonları ve 2000'li yılların başında yaşanan küresel sağlık krizlerinin ardından, insan-hayvan-çevre etkileşimini odağına alan yaklaşımlar uluslararası düzeyde önem kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü, Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü, Birleşmiş Milletler Sistemler Arası Koordinasyon Merkezi, Birleşmiş Milletler Çevre Programı ve Biyolojik Çeşitlilik Sözleşmesi gibi programlarla bu yaklaşımı aktif olarak desteklemiştir (61). Bu süreç, günümüzde "Tek Sağlık" (One Health) olarak tanımlanan kavramın ortaya çıkmasına ve karmaşık sağlık sorunlarının çözümünde etkin bir çerçeve olarak benimsenmesine zemin hazırlamıştır (62).

Tek Sağlık Yaklaşımı Tanımı ve Kapsamı

Tek Sağlık, insan, hayvan, bitki ve çevre sağlığı arasındaki etkileşimleri bütüncül bir şekilde ele almayı amaçlayan disiplinler arası bir yaklaşımdır (61). Amerikan Veteriner Hekimleri Birliği bu yaklaşımı insanların, hayvanların ve çevrenin en yüksek sağlık düzeyine ulaşabilmesi için yerel, ulusal ve küresel ölçekte çok disiplinli iş birliğini hedefleyen koordineli bir çaba olarak tanımlamaktadır (63).

Tek Sağlık yaklaşımı, ilk aşamada zoonotik hastalıkların kontrolü, antimikrobiyal direncin önlenmesi ve gıda güvenliğinin sağlanması konularına odaklanmışken, zamanla kapsamını genişleterek tüm canlıların ve ekosistemlerin sağlığını merkeze

alan bütüncül bir stratejiye dönüşmüştür (61). Bu yaklaşım, araştırma faaliyetleri, politika geliştirme, kapasite ve altyapı oluşturma ile sistem inşası gibi çeşitli alanları kapsamaktadır (61). Çok sektörlü katılım, yani farklı disiplin ve paydaşların karar alma süreçlerine eşit katılımı, bu yaklaşımın etkili şekilde uygulanabilmesi için gereklidir (61).

Zoonotik hastalıkların ortaya çıkışı ve yeniden yayılımı gibi küresel tehditlerin fark edilmesiyle birlikte, birçok ülkede Tek Sağlık yaklaşımının benimsenmesi yönündeki savunuculuk faaliyetleri artmıştır (62). Günümüzde yeni ve tekrar ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların yaklaşık yüzde 75'inin hayvan kökenli olduğu bildirilmektedir (63). Kuduz, Salmonella, Batı Nil Virüsü, SARS, kuş gribi, MERS ve Rift Vadisi Ateşi gibi hastalıklar bu gruba örnek olarak verilebilir (62, 63).

Zoonotik patojenlerin özellikle kaynakların sınırlı olduğu kırsal bölgelerde daha büyük bir hastalık yüküne neden olduğu gözlemlenmektedir (62). Ayrıca, bazı topluluklarda pastörize edilmemiş süt ve işlenmemiş et tüketimi gibi kültürel normlar, bulaşıcı hastalıkların yayılım riskini artırmaktadır (62). Zoonotik hastalıkların yayılımı, antimikrobiyal direnç, gıda güvenliği, çevresel bozulma ve iklim değişikliği gibi güncel sağlık tehditleri karşısında etkili bir mücadele için disiplinler arası koordinasyona duyulan ihtiyaç daha da görünür kılınmıştır (62). Bu doğrultuda, hem yerel hem küresel düzeyde Tek Sağlık yaklaşımının çok sektörlü iş birliği çerçevesinde uygulanmasına yönelik politikalar geliştirilmiştir (62). Ancak hâlen uygulamalar büyük ölçüde zoonotik hastalıklar ve antimikrobiyal direnç ile sınırlı kalmaktadır (61). Bu sınırlılığı aşmak amacıyla geliştirilen Ekosağlık (EcoHealth) ve Gezegen Sağlığı (Planetary Health) kavramları, özellikle ekolojik boyutların sağlıkla ilişkisini güçlendirmeye yönelik katkılar sunmuştur (59, 64, 65). Her ne kadar bu kavramlar arasında kapsam farkları olsa da, Tek Sağlık çerçevesi daha esnek ve kapsayıcı bir uygulama alanı sunmaktadır (61). Sağlık yalnızca biyolojik bir mesele değil; sosyal, kültürel, ekonomik ve politik belirleyicilerle iç içe geçmiş çok katmanlı bir olgudur (59). Ekosistemler de yalnızca sağlık üzerinde etkili olmakla kalmaz, insan ve hayvan sağlığı üzerinde dolaylı etkiler yaratır. Örneğin Moğolistan'da endemik bruselloz nedeniyle yaşanan hayvan ihracatı kısıtlamaları, çevresel dengeyi de bozmuştur (59).

Yaygın Tek Sağlık Sorunları

Tek Sağlık yaklaşımıyla ele alınan temel sağlık sorunları arasında zoonotik hastalıklar, antimikrobiyal direnç, vektör kaynaklı hastalıklar, gıda güvenliği, çevre kirliliği ve iklim değişikliği yer almaktadır (61, 66). CDC verilerine göre, özellikle düşük gelirli ülkelerde Tek Sağlık stratejileri öncelikli sağlık sorunlarının çözümünde etkili bir yaklaşımdır (60, 66). CDC'nin yürüttüğü Tek Sağlık Atölyelerinde Ebola, zoonotik grip, Rift Vadisi Ateşi, kuduz ve şarbon gibi hastalıklar önceliklendirilmiş ve stratejik önlem planları geliştirilmiştir (66). Bu sayede Tek Sağlık yaklaşımı ile zoonotik hastalıkların önlenmesi, gıda güvenliğinin sağlanması, çevresel sürdürülebilirliğin desteklenmesi ve sağlık sistemlerinin dayanıklılığının artırılması için kritik bir çerçeve oluşturmuştur (61, 66).

Hazırlık

21. yüzyılda DSÖ tarafından hayvanlardan insanlara bulaşan solunum yolu virüslerinin neden olduğu yeni influenza A(H1N1) pdm09 pandemisi ve COVID-19 pandemisi ilan edilmiştir. COVID-19 pandemisinin etkisi daha önce benzeri görülmemiş düzeyde olmuştur. Bu durum, halk sağlığı ve sağlık hizmetlerinin tüm alanlarını etkilemiş ve sağlık sisteminin önemli zayıf yönlerini ortaya çıkarmıştır (67). COVID-19 pandemisinin çeşitli evrelerinde sağlık sistemleri, test ve temas takibi, hastane kapasitesi, kişisel koruyucu ekipman (KKE) stokları ve morg kapasitesi gibi alanlarda talepleri karşılayamaz hâle gelmiştir (67-71).

Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde birçok model kullanılmıştır. Bu modellerden biri olan matematiksel modellemenin kullanımı, elektronik verilerin ve bilgi işlem gücünün artan kullanılabilirliği sayesinde son yıllarda daha yaygın hâle gelmiştir (72). Currie ve arkadaşlarının 2020 yılında yayımladığı çalışmada COVID-19 gibi hızlı yayılan salgınlarda karar vericilere rehberlik etmek için modelleme ve simülasyonun nasıl etkili bir araç olabileceği açıklanmaktadır. Özellikle bulaşma dinamiklerinin anlaşılması, sağlık sistemleri üzerindeki yükün öngörülmesi ve farklı müdahale stratejilerinin değerlendirilmesi, pandemi sürecinde hastanelerde yatak ve yoğun bakım kapasitesinin öngörülmesi ve kişisel koruyucu ekipman tedarik planlaması konularına odaklanılmıştır. Ayrıca çalışmada, simülasyonun karar alma

süreçlerini destekleyici rolünün nitelikli veri girişi ve ilgili paydaşların sürece katılımıyla doğrudan ilişkili olduğu ifade edilmektedir (72).

COVID-19 pandemisi sırasında, epidemiyolojik analiz ve tahmin için modeller, halk sağlığı enstitüleri ve hükümetler tarafından politika oluşturma sürecinde, ayrıca üniversiteler ve kamuoyu tarafından halka açık epidemiyolojik veriler kullanılarak yaygın şekilde kullanılmıştır. Ancak bu epidemiyolojik modeller genel olarak halk sağlığı ve sağlık hizmetleri kaynak talepleri konusunda doğrudan bir içgörü sağlamamıştır (73). Epidemiyolojik sonuçların projeksiyonlarını halk sağlığı ve sağlık hizmetleri kaynak kapasiteleri ile ilişkilendiren modeller, yönetim, kapasite geliştirme ve sürdürme ile soğuk dönemde (olay öncesi) risk değerlendirmesi için senaryo geliştirmeyi desteklemek amacıyla ve salgının olay veya sıcak döneminde (salgın esnasında) kısa vadeli tahminlerde bulunarak risk ve kriz yönetimine destek olmak için kullanılabilir (74). Ayrıca, bu modeller sağlık kaynaklarına yönelik projeksiyonlar sunarak etkili karar destek aracı olabilmektedir (75, 76).

Kaynak talepleri, salgınların ve pandemilerin farklı epidemiyolojik seyri, mevcut (veya mevcut olmayan) tedavi ya da aşıların etkinliği ve farmakolojik olmayan müdahalelerin farklı uygulanması nedeniyle salgınlar arasında ve uzun süren salgınların kendi içinde büyük ölçüde değişiklik göstermektedir. Bu durum, kaynakların (farmasötik ve farmasötik olmayan) mevcudiyeti ve kullanımına ilişkin verileri son derece değerli hâle getirmektedir. PANDEM-2, pandemi hazırlık ve müdahale süreçlerine yönelik araçlar içeren bir gösterge paneli sunmuş ve politika yapıcılar kaynak talepleri ve kullanımı hakkında bilgilendirebilecek sağlam bir matematiksel model geliştirmiştir. Bu model işlevsel bir tatbikatta pilot uygulamadan geçirilmiştir (77).

Afet için erken uyarı sistemlerine "Tsunami Ready" programı örnek olarak verilebilir (78). Tsunami Ready programı ile toplum farkındalığının ve hazırlığının artırılması amaçlanmaktadır. Hint Okyanusu'ndaki en yıkıcı doğal afet olan 2004 tsunamisi o dönemde bölgede bir uyarı sisteminin olmaması, çok sayıda can kayıplarının başlıca nedenidir. Hint Okyanusu tsunamisi, tsunami tespit ve tahminini iyileştirmek için yeni teknoloji ve metodoloji geliştirmeye teşvik etmiştir. Günümüze kadar Hindistan ve diğer birçok ülkede tsunami uyarı sistemlerinin kurulmasında ilerleme kaydedilmiştir. UNESCO-IOC çerçevesi kapsamında, bu merkezler, tüm küresel okyanus havzalarını kapsayan tsunamilere karşı savunmasız kıyı topluluklarına tsunami uyarıları sağlamaktadır (78).

Protokoller

DSÖ afet yönetiminde hazırlık, yanıt, iyileşme ve risk azaltma aşamalarını kapsayan, önleyici ve bütüncül bir yaklaşımı benimsemektedir. Tüm süreçlerde sağlık sisteminin sürekliliği, toplum katılımı ve insan hakları temelli müdahale ön planıdır. DSÖ'nün 2024 tarihinde güncellediği Emergency Response Framework (ERF) çerçevesi ile acil müdahaleye hazırlık ve cevap kapasitesi daha sistematik, hızlı ve etkili hâle getirilmiştir. Halk sağlığı acil durumlarını değerlendirme, sevk etme, derecelendirme ve müdahale süreçlerinde rehberlik sağlamaktadır. "Tüm tehlikeleri kapsayan yaklaşım" ilkesini sürdürerek, doğa kaynaklı afetler, salgınlar, biyolojik, kimyasal veya radyolojik acil durumlar gibi her türlü kamu sağlığı tehdidine uygulanabilirlik sunar (79).

- **Olay izleme, risk değerlendirme:** GLEWS+, EIOS gibi çok kaynaklı sistemlerle erken uyarı mekanizmaları öne çıkar. Risk değerlendirme en geç 48 saat içinde tamamlanır (79).
- **Olayın derecelendirilmesi:** DSÖ olayları üç seviyede (Grade 1-3) sınıflandırır ve müdahale ölçeğini,

kaynak mobilizasyonunu bu kriterlere göre belirler (79).

- **Acil müdahale sistemi (AMS):** Üç örgütsel düzeyde (merkez, bölge, ülke) esnek ama yapılandırılmış bir AMS ile operasyonel sorumluluklar tanımlanır (79).
- **Performans standartları, kritik fonksiyonlar:** 12 saat içinde acil ekip mobilizasyonu, 72 saat içinde saha desteği gibi net ölçütler, liderlik, bilgi, teknik uzmanlık ve temel hizmetlerin etkili yürütülmesi gereklilikleri ortaya konur (79).

Afet Riskinin Azaltılması için Sendai Çerçevesi (2015-2030)

Afet Riskinin Azaltılması için Sendai Çerçevesi'nin (Sendai Framework for Disaster Risk Reduction) amacı, afet risklerini azaltarak toplumların uzun vadeli dayanıklılığını güçlendirmektir (80). Doğa kaynaklı afetler (deprem, sel, fırtına), iklim değişikliği, biyolojik tehditler dâhil çoklu afet risklerini kapsamaktadır. Sendai Çerçevesi'nde ölüm oranlarını, ekonomik kayıpları ve afet kaynaklı zararları azaltmayı, erken uyarı sistemlerini ve uluslararası iş birliğini artırmayı içeren yedi küresel hedef belirlenmiştir (80). Bu hedeflere ulaşmak için aşağıdaki girişimlerin yapılması önerilmektedir. Bunlar; 1) Afet riskini anlamak, risk farkındalığını artırmak ve bilgi sistemlerini güçlendirmek 2) Afet riskini yöneten yönetim yapıları oluşturmak; bütüncül, çok sektörlü ve çok paydaşlı bir yönetim benimsemek 3) Afet riskini azaltmak için ekonomik, yapısal ve sosyal önlemleri güçlendirmek, özellikle dirençli alt yapı ve sürdürülebilir kalkınmayı desteklemek 4) Afet sonrası etkili iyileşme ve yeniden yapılanma sağlamak, toplumsal dayanıklılığı artırmak (80).

Toplu Kaza Yönetim Sistemleri

DSÖ tarafından ani gelişen çok sayıda yaralıya neden olan olaylarda sağlık sistemlerinin kapasite ve yanıt yetkinliğini artırmak amacıyla oluşturulmuş kapsamlı bir kılavuzdur (81). Toplu Kaza Yönetim Sistemleri (Mass Casualty Management Systems, MCM) Kılavuzları (TKY Rehberi), doğa kaynaklı afetler, teknolojik kazalar, terör olayları ve kitlesel şiddet gibi durumlarda etkili sağlık hizmeti sunumunu hedeflemektedir (81). Bu rehberin amacı, toplu yaralanma olaylarında sağlık sisteminin etkili müdahalesini sağlamaktır (81). TKY sistemi dört ana bileşenden oluşmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Toplu kaza yönetim sisteminin bileşenleri (81)

Bileşen	Kapsamı
Hazırlık (Preparedness)	Sağlık tesislerinde afet planlarının hazırlanması, personel eğitimleri, ekipman hazır bulundurulması ve düzenli tatbikatların yapılması önceliklidir.
İlk Müdahale (First Response)	Sahada etkili triyaj, güvenli tahliye ve acil yaşam desteği sağlanması esas alınır.
Sağlık Tesislerinin Yönetimi	Yaralıların hızlı kabulü, tedavi önceliklerinin belirlenmesi, cerrahi kapasitelerin artırılması ve gerekli malzeme yönetiminin sağlanması kritik önemdedir.
İyileşme (Recovery)	Olay sonrası rehabilitasyon, psikososyal destek ve hizmetlerin normale döndürülmesi amaçlanır.

Afet Kültürü

Sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırmak için DSÖ (2021), KKE, ilaç, aşı ve tıbbi cihazlar gibi kritik kaynakların adil ve kesintisiz erişimini sağlayacak güçlü sağlık tedarik zincirleri kurulmasının gerekliliğini savunmaktadır (82). Ayrıca CDC, kritik sağlık kaynaklarının adil ve kesintisiz erişimini sağlamak için çok boyutlu bir strateji benimsemektedir (83). Bu yaklaşımda KKE kullanım standartları, aşıya erişim politikaları, tıbbi müdahale araçlarının paylaşımı ve dayanıklı ulusal tedarik zincirleri yer alır. COVID-19 pandemisi sürecinde enfeksiyon önleme ve kontrol (EÖK) uygulamaları, sağlık çalışanları ve toplumu korumak amacıyla yeniden yapılandırılmıştır. CDC, sağlık kuruluşlarında rutin EÖK uygulamalarının güçlendirilmesini önermektedir. Bu uygulamalar yalnızca COVID-19'a yönelik değil, tüm bulaşıcı solunum yolu hastalıklarına karşı korunmayı hedeflemektedir. Sağlık çalışanlarının hasta bakımı öncesinde ve sonrasında mutlaka el hijyenine dikkat etmeleri, alkol bazlı el antiseptikleri kullanmaları önerilmektedir. KKE kullanımı konusunda, hasta bakımında cerrahi maske, göz koruyucu (gözlük veya yüz koruyucu) ekipman kullanımı önerilmektedir. Enfeksiyon riski olan hastaların en kısa sürede tespit edilip izole edilmesi önemlidir. COVID-19 semptomları gösteren hastaların triyaj aşamasında tanımlanarak uygun alanlara yönlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca COVID-19 testi pozitif olan hastaların mümkünse özel odalarda bakılması, mümkün değilse uygun mesafe ve perde gibi fiziksel engeller kullanılması tavsiye edilmektedir (84).

CDC, sağlık eşitsizliklerinin önüne geçmek için "aşı eşitliği" yaklaşımını benimsemektedir. Bu yaklaşım, düşük gelirli, kırsal alanda yaşayan veya azınlık grupların aşıya erişimini artırmak için mobil klinikler, ücretsiz aşılama gibi stratejileri, aşıların eşit dağıtımını sağlayacak yapıların oluşturulmasını destekler. Kriz anlarında kaynakların adil paylaşımını ve çok sektörlü koordinasyonu önemser. Halk sağlığı acil durumlarına yanıt verebilecek kapasitede tıbbi malzeme stoklarının oluşturulması gerektiğini belirtir. Tüm bu stratejiler, halk sağlığı acil durumlarına daha hazırlıklı ve adil yanıt verme kapasitesini güçlendirmeye yöneliktir (85, 86).

Kaynaklar

- 1) Liu, T., Liu, X., Li, Y., Liu, S., & Cao, C. (2021). *Evolving trends and research hotspots in disaster epidemiology from 1985 to 2020: A bibliometric analysis*. *Frontiers in Public Health*, 9, 720787.
- 2) Cutter, S. L., & Finch, C. (2008). *Temporal and spatial changes in social vulnerability to natural hazards*. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 105(7), 2301-2306.
- 3) UNDRR. (2020). *Human cost of disasters: An overview of the last 20 years 2000-2019*. <https://www.undrr.org/publication/human-cost-disasters-overview-last-20-years-2000-2019>.
- 4) Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). (t.y.-1). *Afet türleri*. <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri>.
- 5) Erkan, A. (2010). *Afet Yönetiminde Risk Azaltma ve Türkiye'de Yaşanan Sorunlar*. Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Ankara.
- 6) European Environment Agency. (2022). *Multilingual environmental glossary*. <https://www.eea.europa.eu/help/glossary/eea-glossary>.
- 7) UNDRR. (2020). *Human cost of disasters*. <https://www.undrr.org/media/48008/download>.
- 8) World Bank. (2021). *Disaster risk management*. <https://www.worldbank.org/en/topic/disasterrisk-management/overview#1>.
- 9) Altun, F. (2018). *Afetlerin ekonomik ve sosyal etkileri: Türkiye örneği üzerinden bir değerlendirme*. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 2(1), 1-15.
- 10) Plotkowski, M. J. (2020). *Pandemic declaration and preparation*. In J. Hidalgo & L. Woc-Colburn (Eds.), *Highly infectious diseases in critical care* (pp. 1-9). Springer.
- 11) Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2021). *Syndemics: A critical systems approach to public health and infectious disease*. Wiley-Blackwell.
- 12) World Health Organization (WHO). (2020). *Coronavirus Disease (COVID-19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
- 13) Spiegel, P. B., Le, P., Ververs, M. T., & Salama, P. (2007). *Occurrence and overlap of natural disasters, complex emergencies and epidemics during the past decade (1995-2004)*. *Conflict and Health*, 1(1), 2.
- 14) Ben Taleb, Z., Bahelah, R., Fouad, F. M., Coutts, A., Wilcox, M., & Maziak, W. (2015). *Syria: Health in a country undergoing tragic transition*. *International Journal of Public Health*, 60(Suppl 1), 63-72.
- 15) Kieny, M. P., & Dovlo, D. (2015). *Beyond Ebola: A new agenda for resilient health systems*. *The Lancet*, 385(9963), 91-92.
- 16) Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). *The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review*. *International journal of surgery (London, England)*, 78, 185-193.
- 17) World Health Organization (WHO). (1998). *Health sector emergency preparedness guide: Making a difference to vulnerability*. Geneva: WHO Press.
- 18) Lai, K. M., Ramirez, C., Liu, W., Kirilova, D., Vick, D., Mari, J., Smith, R., Lam, H. Y., Ostovari, A., Shibakawa, A., Liu, Y., Samant, S., & Osaro, L. (2015). *Bridging the sanitation gap between disaster relief and development*. *Disasters*, 39(4), 648-664. <https://doi.org/10.1111/disa.12127>
- 19) de Ville de Goyet, C., Marti, R. Z., & Osorio, C. (2006). *Natural disaster mitigation and relief*. In D. T. Jamison et al. (Eds.), *Disease control priorities in developing countries (2nd ed.)*. Washington, DC: The World Bank Group.
- 20) Global Facility for Disaster Reduction and Recovery (GFDRR). (2015). *Guide to developing disaster recovery frameworks*. <https://www.gfdrr.org/recovery-framework-0>.
- 21) Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). *What is a resilient health system? Lessons from Ebola*. *The Lancet*, 385(9980), 1910-1912.
- 22) World Health Organization (WHO). (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. Geneva: WHO Press.
- 23) Lorenzoni N, Stühlinger V, Stummer H, Raich M. *Long-Term Impact of Disasters on the Public Health System: A Multi-Case Analysis*. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Aug 27;17(17):6251.
- 24) Quast, T., & Feng, L. (2019). *Long-term Effects of Disasters on Health Care Utilization: Hurricane Katrina and Older Individuals with Diabetes*. *Disaster medicine and public health preparedness*, 13(4), 724-731.
- 25) Quast, T., Gregory, S., & Storch, E. A. (2018). *Utilization of Mental Health Services by Children Displaced by Hurricane Katrina*. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 69(5), 580-586.
- 26) Kim, H. K., Carvalho, A. F., Gratzer, D., Wong, A. H. C., Gutzin, S., Husain, M. I., Mulsant, B. H., Stergiopoulos, V., & Daskalakis, Z. J. (2021). *The Impact of COVID-19 on Psychiatric Emergency and Inpatient Services in the First Month of the Pandemic in a Large Urban Mental Health Hospital in Ontario, Canada*. *Frontiers in psychiatry*, 12, 563906.
- 27) World Health Organization (WHO). (1998). *Health sector emergency preparedness guide: making a difference to vulnerability*. Geneva: Department of Emergency and Humanitarian Action, World Health Organization.
- 28) Noji, E. K. (1997). *The nature of disaster: general characteristics and public health effects "Earthquakes"*. In E. K. Noji (Ed.), *The public health consequences of disasters* (pp. 3-20, 135-178). New York: Oxford University Press.
- 29) Ivers, L. C., & Ryan, E. T. (2006). *Infectious diseases of severe weather-related and flood-related natural disasters*. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 19(5), 408-414.
- 30) de Ville de Goyet, C., Marti, R. Z., & Osorio, C. (2006). *Natural disaster mitigation and relief*. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, & P. Musgrove (Eds.), *Disease control priorities in developing countries (2nd ed., pp. 1147-1162)*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank Group.
- 31) Global Facility for Disaster Reduction and Recovery (GFDRR). (2015). *Guide to developing disaster recovery frameworks*. Retrieved from <https://www.gfdrr.org/recovery-framework-0>.
- 32) Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). *What is a resilient health system? Lessons from Ebola*. *The Lancet*, 385(9980), 1910-1912.
- 33) World Health Organization (WHO). (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. Geneva: WHO Press.
- 34) Sanchez, J. L., & Horosko, S. III. (2006). *Military and public health aspects of natural disasters*. In P. Kelley (Ed.), *Military preventive medicine: Mobilization and deployment* (Vol. 2, pp. 1290-1313). Walter Reed Army Medical Center Borden Institute, Department of the Army.
- 35) DE SANTÉ DFA. (2022). *International review of the armed forces medical services*. *International Committee of Military Medicine*, 95(3).

- 36) Draper, D. A., Anderson, B., Andresen, A., et al. (2015). *Defense Health Care: DOD needs to clarify policies related to occupational and environmental health surveillance and monitor risk mitigation activities*. Government Accountability Office, Washington DC.
- 37) Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). (2022). *Stratejik Plan*. Ankara: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/e_Kutuphane/Planlar/AFAD_2019_2023_STRATEJIK_PLAN.pdf (Erişim Tarihi: 11.07.2025).
- 38) UNDRR. (2022). *Dirençlilik tanımı*. <https://www.undrr.org/terminology> (Erişim Tarihi: 11.07.2025).
- 39) Magis, K. (2010). *Community resilience: An indicator of social sustainability*. *Society and Natural Resources*, 23(5), 401-416.
- 40) Varol, R., & Kırkkaya, E. B. (2017). Afet bilinci ve afet eğitimi: Afetlere karşı toplumsal farkındalık. *Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi*, (5), 1-10.
- 41) Frazier, T. G., Thompson, C. M., Dezzani, R. J., & Butsick, D. (2013). Spatial and temporal quantification of resilience at the community scale. *Applied Geography*, 42, 95-107.
- 42) Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). *Açıklamalı afet yönetimi terimleri sözlüğü*. <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu> (Erişim Tarihi: 12.07.2025).
- 43) Sun, W., Bocchini, P., & Davison, B. D. (2020). Applications of artificial intelligence for disaster management. *Natural Hazards*, 103(3), 2631-2689.
- 44) Nojavan, M., Salehi, E., & Omidvar, B. (2018). Conceptual change of disaster management models: a thematic analysis. *Jambá: Journal of Disaster Risk Studies*, 10(1), 1-11.
- 45) Abid, S. K., Sulaiman, N., Chan, S. W., Nazir, U., Abid, M., Han, H., et al. (2021). Toward an integrated disaster management approach: how artificial intelligence can boost disaster management. *Sustainability*, 13(22), 12560.
- 46) Stehr, S. D. (2007). The changing roles and responsibilities of the local emergency manager: An empirical study. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 25(1), 37-55.
- 47) Cavallo, A. (2014). Integrating disaster preparedness and resilience: a complex approach using system of systems. *Australian Journal of Emergency Management*, 29(3), 46-51.
- 48) Kuo, Y. H., Leung, J. M., Meng, H. M., & Tsoi, K. K. (2015). A real-time decision support tool for disaster response: a mathematical programming approach. In 2015 IEEE International Congress on Big Data, 639-642.
- 49) Ronan, K. R., & Johnston, D. M. (2005). *Promoting community resilience in disasters: The role for schools, youth, and families*. New York: Springer.
- 50) Simonovic, S. P. (2011). *Systems approach to management of disasters: methods and applications*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- 51) Tomaszewski, B., Judex, M., Szarzynski, J., Radesstock, C., & Wirkus, L. (2015). Geographic information systems for disaster response: A review. *Journal of Homeland Security and Emergency Management*, 12(3), 571-602.
- 52) Coppola, D. P. (2007). *Introduction to international disaster management*. New York: Elsevier.
- 53) UNISDR. (2009). *Terminology on Disaster Risk Reduction*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- 54) Mayer, B. (2019). *Disaster and recovery: Processes of resilience and change*. Boca Raton: CRC Press.
- 55) World Health Organization (2023). *Strengthening health emergency prevention, preparedness, response and resilience: Lessons from the COVID-19 pandemic and inputs to the pandemic accord*. Geneva: WHO. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/emergency-preparedness>.
- 56) Adalja, A. A., & Toner, E. (2023). *Public Health Emergency Preparedness After COVID 19*. *Current Environmental Health Reports*, 10, 249-256.
- 57) World Health Organization (2021). *Pandemic Influenza Preparedness Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits*. Second Edition. Geneva: WHO.
- 58) Zinsstag, J., Schelling, E., Waltner-Toews, D., & Tanner, M. (2011). From "one medicine" to "one health" and systemic approaches to health and well-being. *Preventive Veterinary Medicine*, 101(3-4), 148-156.
- 59) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (n.d.). *One Health Fact Sheet*. CDC. Retrieved from <https://www.cdc.gov/one-health/media/pdfs/OneHealth-FactSheet-FINAL.pdf>.
- 60) Mumford, E. L., Martinez, D. J., Tyance-Hassell, K., Cook, A., Hansen, G. R., Labonté, R., Mazet, J. A. K., Mumford, E. C., Rizzo, D. M., Togami, E., Vreedzaam, A., & Parrish-Sprowl, J. (2023). Evolution and expansion of the One Health approach to promote sustainable and resilient health and well-being: A call to action. *Frontiers in Public Health*, 10, 1056459.
- 61) Sinclair, J. R. (2019). Importance of a One Health approach in advancing global health security and the Sustainable Development Goals. *Revue Scientifique et Technique (International Office of Epizootics)*, 38(1), 145-154.
- 62) Pinn-Woodcock, T., Frye, E., Guarino, C., Franklin-Guild, R., Newman, A. P., Bennett, J., & Goodrich, E. L. (2023). A one-health review on brucellosis in the United States. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 261(4), 451-462.
- 63) Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C., Boltz, F., Capon, A. G., de Souza Dias, B. F., Ezeh, A., Frumkin, H., Gong, P., Head, P., Horton, R., Mace, G. M., Marten, R., Myers, S. S., Nishtar, S., Ososky, S. A., Pattanayak, S. K., Pongsiri, M. J., Romanelli, C., ... & Yach, D. (2015). *Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health*. *The Lancet*, 386(10007), 1973-2028.
- 64) Lerner, H., & Berg, C. (2017). A comparison of three holistic approaches to health: One Health, EcoHealth, and Planetary Health. *Frontiers in Veterinary Science*, 4, 163.
- 65) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (n.d.). *About One Health*. CDC. <https://www.cdc.gov/one-health/about/index.html>.
- 66) Beishuizen, B., Stein, M., Buis, J., et al. (2024). A systematic literature review on public health and healthcare resources for pandemic preparedness planning. *BMC Public Health*, 24, 3114.
- 67) Wu, H., Soe, M. M., Konnor, R., Dantes, R., Haass, K., Dudeck, M. A., et al. (2021). Hospital capacities and shortages of healthcare resources among US hospitals during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *National Healthcare Safety Network (NHSN)*, March 27-July 14, 2020. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 2021:1-4.
- 68) Zhang, L., Chai, L., Zhao, Y., Wang, L., Sun, W., Lu, L., et al. (2021). Burnout in nurses during the COVID-19 pandemic in China: new challenges for public health. *Bioscience Trends*, 15(2), 129-131.
- 69) Cohen, J., & van der Meulen Rodgers, Y. (2020). Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine*, 141, 106263.
- 70) Entress, R. M., Tyler, J., & Sadiq, A. A. (2020). Managing mass fatalities during COVID-19: lessons for promoting community resilience during global pandemics. *Public Administration Review*, 80(5), 856-861.
- 71) Grassly, N. C., & Fraser, C. (2008). Mathematical models of infectious disease transmission. *Nature Reviews Microbiology*, 6(6), 477-487.
- 72) Currie, C. S., Fowler, J. W., Kotiadis, K., Monks, T., Onggo, B. S., Robertson, D. A., & Tako, A. A. (2020). How simulation modelling can help reduce the impact of COVID-19. *Journal of Simulation*, 14(2), 83-97.
- 73) Beishuizen, B. H. H., Stein, M. L., Buis, J. S., Tostmann, A., Green, C., Duggan, J., Connolly, M. A., Rovers, C. P., & Timen, A. (2024). A systematic literature review on public health and healthcare resources for pandemic preparedness planning. *BMC public health*, 24(1), 3114.
- 74) Belfroid, E., Robetkamp, D., Fraser, G., Swaan, C., & Timen, A. (2020). Towards defining core principles of public health emergency preparedness: scoping review and Delphi consultation among European Union country experts. *BMC Public Health*, 20(1), 1482.
- 75) Bozzani, F. M., Vassall, A., & Gomez, G. B. (2021). Building resource constraints and feasibility considerations in mathematical models for infectious disease: a systematic literature review. *Epidemics*, 35.
- 76) Klein, M. G., Cheng, C. J., Lii, E., Mao, K., Mesbahi, H., Zhu, T., et al. (2020). COVID-19 models for hospital surge capacity planning: a systematic review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2020:1-17.
- 77) CORDIS. (2021). *Pandemic Preparedness and Response*. Brussels: European Commission. <https://cordis.europa.eu/project/id/883285>.
- 78) Srinivasa Kumar, T., Manneela, S. A Review of the Progress, Challenges and Future Trends in Tsunami Early Warning Systems. *J Geol Soc India* 97, 1533-1544 (2021).
- 79) United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2015). *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. UNDRR. <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>.
- 80) World Health Organization. (2007). *Mass casualty management systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity*. WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43915>.
- 81) Cooper, T. R., & CEM (2019). *Creating a culture of preparedness*. *Delaware Journal of Public Health*, 5(4), 8-9.
- 82) World Health Organization (2021). *Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper*, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-PHC-SP-2021.01>.
- 83) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Personal Protective Equipment (PPE): Protect the Worker with PPE*. <https://www.cdc.gov/niosh/learning/safetyculturehrc/module-3/7.html>.
- 84) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Infection Control Guidance: SARS-CoV-2* <https://www.cdc.gov/covid/hcp/infection-control/index.html>.
- 85) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Ensuring Vaccine Access for All People*, https://www.cdc.gov/vaccines/basics/vaccine-equity.html?utm_source=chatgpt.com.
- 86) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Preparing For and Responding To Future Public Health Security Threats* https://www.cdc.gov/washington/testimony/2023/t20230511.htm?utm_source=chatgpt.com.

Sağlık sistemlerinin dayanıklılığı: SPAR skorları ile değerlendirme

Özgür Erol



İstanbul Medipol Üniversitesi Endüstri Mühendisliği Bölümü'nde öğretim görevlisidir. Lisans eğitimini İTÜ'de tamamladı; yüksek lisans derecelerini İTÜ (Mühendislik Yönetimi), Saint Joseph's University (MBA) ve Stevens Institute of Technology (Sistem Mühendisliği) programlarından aldı. Hâlen Sağlık Sistemleri Mühendisliği doktora programında, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını ölçmeye yönelik bir model ve endeks geliştirmeyi amaçlayan tez çalışmasını yürütmektedir. Araştırma alanları arasında sistem teorisi, sistem ve sağlık sistemi dayanıklılığı, sistem dinamiği ve çok kriterli karar verme yöntemleri bulunmaktadır.

Kübra Çakır



1999 yılında İstanbul-Fatih'te doğdu. Lisans eğitimini İstanbul Medipol Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi Endüstri Mühendisliği Bölümü'nde tamamladı. Aynı üniversitede araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır ve Sağlık Sistemleri Mühendisliği alanında yüksek lisans eğitimine devam etmektedir. Araştırma ilgi alanları arasında sağlık sistemi performans ölçümü, sistem dayanıklılığı, sistem teorisi, çok kriterli karar verme yöntemleri ve makine öğrenmesi tabanlı analizler yer almaktadır.

Tüm dünya ülkelerindeki sağlık sistemlerinin yönetim ve dayanıklılık kapasitelerini test eden COVID-19 Pandemisi, politika yapma süreçlerinden kriz yönetimine ve paydaşlarla koordinasyona kadar pek çok alanda önemli zorlukları ve eksiklikleri ortaya çıkarmıştır (1). COVID-19 pandemisi her ne kadar tüm dünyada ani ve sarsıcı bir etki yaratmış olsa da, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Genel Direktörü Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus'un da belirttiği üzere, küresel bir pandeminin gerçekleşeceği uzun süredir bilinen bir gerçektir (2). Asıl sorun, bu pandeminin ne zaman ve hangi şiddette ortaya çıkacağına öngörülebilmesi ve daha da önemlisi, dünya genelinde bu tür bir sağlık krizine karşı hazırlık düzeyinin yeterince sorgulanmamış olmasıdır. Bu durum, sadece COVID-19 özelinde değil, gelecekte karşılaşılabilecek beklenen ya da beklenmeyen şoklara karşı sistemlerin ne ölçüde hazırlıklı ve dayanıklı olduğunun önemini bir kez daha ortaya koymaktadır (2). DSÖ, halk

sağlığını tehdit eden salgınlar, doğal afetler ve beklenmedik felaket anlarına karşı hazır olan, bu durumları zamanında tespit edebilen ve hızlı şekilde adapte olup sağlık sistemini eski kapasitesine en kısa sürede döndürebilen sistemleri "Dayanıklı Sağlık Sistemi" olarak tanımlar (3). Bu yazıda bir sağlık sisteminin dayanıklılığını oluşturan etmenlerden bahsederek DSÖ'nün kullandığı "Uluslararası Sağlık Tüzüğü Taraf Devlet Öz Değerlendirme Yıllık Raporlama Aracı (IHR SPAR)" skoru ile Türkiye ve 20 farklı ülkenin sağlık sistemleri dayanıklılık ve yönetim açısından değerlendirilecektir.

Sağlık Sistemlerinin Dayanıklılığında Yönetimin Önemi

COVID-19 salgını, dünya genelinde sağlık sistemlerinin dayanıklılığını ve kapasitelerini sınamıştır. Aynı zamanda bu süreç, sağlık sistemindeki karar alma hızının, kaynakların dağıtılmasının ve şeffaflık konularının tekrar gündeme gelmesine sebep olmuştur. DSÖ, sağlık sistemi dayanıklılığını değerlendirmek

amacıyla önerdiği modelde altı temel bileşen belirlemiştir: sağlık iş gücü, sağlık finansmanı, yönetim, sağlık hizmet sunumu, sağlık bilişim altyapısı ile medikal ürün ve teknolojiler (4). Bu model çerçevesinde, sağlık sistemi dayanıklılığının sağlanabilmesi için tüm bu bileşenlerin birlikte ele alınması gerekmektedir. Yönetim; politika oluşturma kapasitesi, sistem içi koordinasyon, hesap verebilirlik ve şeffaflığı içerir. Bu bağlamda, yönetim bileşeni; diğer beş başlığın koordinasyonunun sağlanması açısından kritik bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, Şekil 1'de gösterildiği üzere sağlık sistemi dayanıklılığı için yönetim en önemli ve temel kriterdir. Diğer bileşenlerin etkin olabilmesi için iyi yönetim uygulanmalıdır, böylece dayanıklı bir sağlık sistemine ulaşılabilir.

SPAR Skorları Nedir?

DSÖ tarafından 2005 yılında kabul edilen ve 2007 yılında uygulanmaya başlayan IHR SPAR uluslararası bir değerlendirme metodudur (3). Çalışma boyunca kullanım kolaylığı için isimlendirme kısaca

SPAR olarak kullanılmıştır. Bu anlaşmanın amacı, uluslararası sağlık tehditlerini önlemek, beklenmedik krizlere karşı sağlık sistemlerinin ne kadar hazır olduğunu ve nasıl yanıt verebildiklerini değerlendirmektir. SPAR göstergeleri birçok yönetim ögesini kapsar, bu nedenle ülkelerin sağlık sistemlerini değerlendirmede güçlü bir araçtır (5). Şekil 2’de SPAR göstergeleri gösterilmiştir.

2021 yılında, COVID-19 Pandemisi sürecinde küresel deneyimlere dayanarak, hazırlık kapasitesinin değerlendirmesine katkı sağlaması için eklemeler yapılmıştır. SPAR yıllık olarak ülkelerin DSÖ’ye ilettikleri raporlar üzerinden oluşturulur ve bu ülkeler 0-100 arasında puanlarla skorlanır. 2021 tarihli ikinci bası, 15 kapasite alanı ve 35 göstergeli kapsayacak şekilde genişletilmiştir (5). SPAR skorları sağlık sistemlerinin hem rutin işleyişini hem de beklenmedik kriz anlarındaki yanıt verme yeteneği değerlendirilebilecek indikatörlerden oluşur. Böylece sağlık sisteminin dayanıklılığına dair öngörüler sağlar. Standartlaşmış ve uluslararası bir skollama sistemi olduğu için nicel değerlendirmeler ile ülkeler arası kıyaslama yapma olanağı da sunar. Benzer kaynaklara sahip olan ülkeler geliştirmeye açık yönleri kolaylıkla analiz edebilir. Böylece yönetimi sağlayan karar vericilerin strateji geliştirmesine destek olur.

SPAR Skorları ile Sağlık Sistemlerinin Kıyaslanması

Şekil 3 incelendiğinde 2018-2022 yılları arasındaki SPAR skorlarına göre birçok ülkenin skorlarında zaman içerisinde artış olduğu görülmektedir (7, 8). Özellikle 2020 yılında Pandemi etkisi ile skorlarda



Şekil 1. Sağlık sisteminin altı yapı taşı ve sağlık sistemi dayanıklılığı arasındaki ilişki

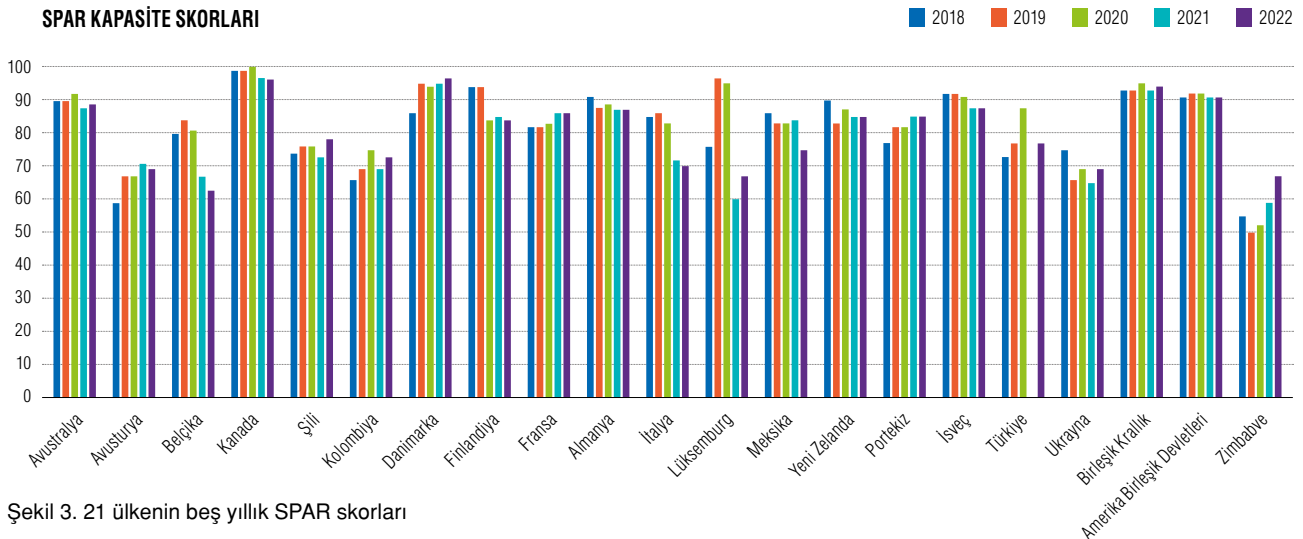
Mevzuat ve Finansman	IHR Koordinasyonu ve Ulusal IHR Odak Noktası Fonksiyonları	Zoonotik Hastalıklar	Gıda Güvenliği
Laboratuvar	Gözetim	İnsan Kaynakları	Ulusal Sağlık Acil Durum Çerçevesi
Sağlık Hizmet Sunumu	Risk İletişimi	Sınır Giriş Noktaları	Kimyasal Olaylar
	Radyolojik Acil Durumlar	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü (IPC)	Antimikrobiyal Direnç (AMR)

Şekil 2. 15 SPAR göstergesi (6)

bir ani değişikliğe sebep olmuştur. Bu dönemde uygulanan yeni politikalar ile sağlık sistemleri güçlendirilmiş ve skorları arttırılmıştır.

Danimarka, Kanada, Birleşik Krallık, Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya

gibi ülkeler 90 üzerindeki skorları ile hem pandemi öncesi hem de sonrasında verilerine göre pozisyonlarını korumuşlardır. Bu durum bu ülkelerin sağlık sisteminin beklenmedik krizlere hazırlığı ve süreç içerisindeki yönetişimin başarılı olduğunu göstermektedir.



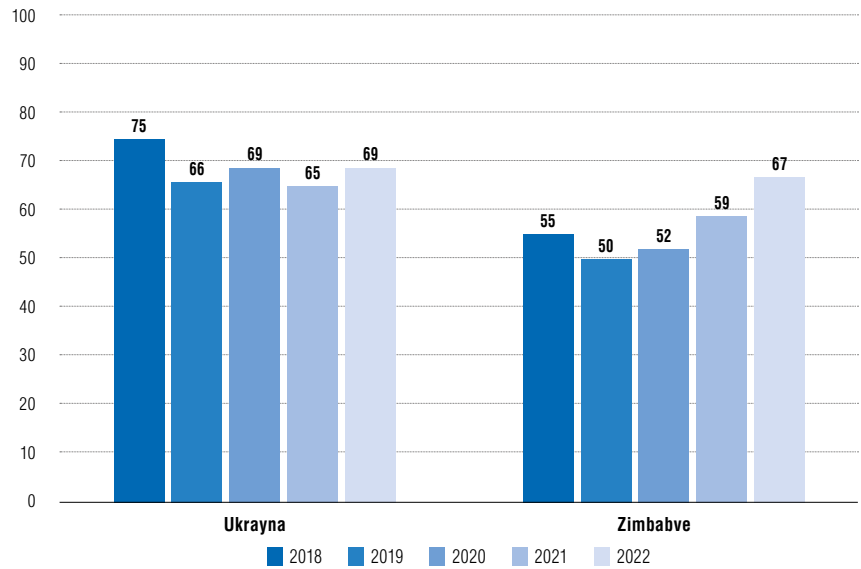
Şekil 3. 21 ülkenin beş yıllık SPAR skorları



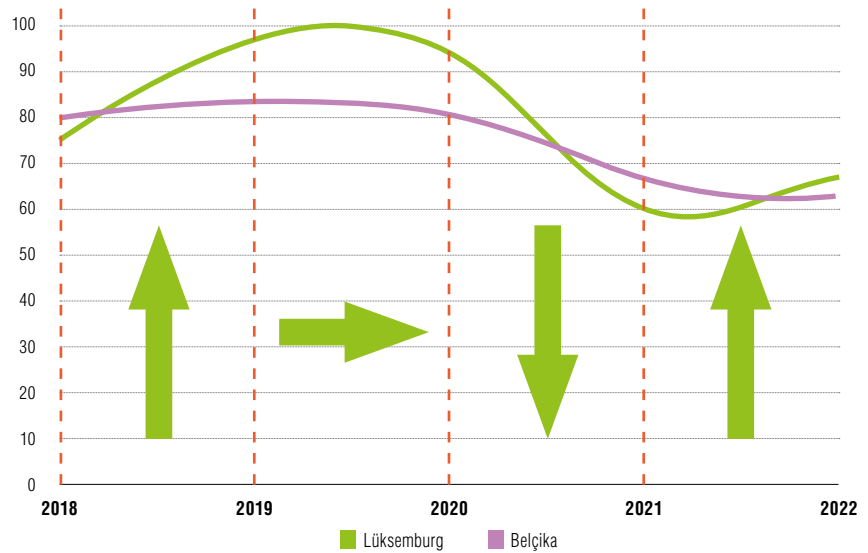
Şekil 4'te gösterilen Zimbabve ve Ukrayna'da ise skorlarda dalgalanmalar bulunmaktadır aynı zamanda diğer ülkelere kıyasla önemli oranda düşüktür. Bu durum yönetim problemleri ve kaynak problemleri ile mücadele edildiğini göstermektedir. Dayanıklı sağlık sistemlerin, kriz öncesi performanslarına en hızlı şekilde dönebilen sistemler olduğu tanımlanmıştır.

Belçika ve Lüksemburg'un skorları Şekil 5'te incelendiğinde sağlık sistemlerinin dayanıklılıktan oldukça uzak olduğu görülmektedir. Belçika'nın yüksekte başlayarak pandemi etkisiyle önceki yıllara kıyasla önemli bir düşüş göstermiştir. Pandemi sürecinde eski skorlarını koruyan veya skorlarında keskin bir düşüş yaşamayan ülkelerde kaynak artırımı ve yeni stratejiler ile süreci ilerleten ülkelerin aksine Belçika'nın kriz anındaki yönetim sorunları yaşadığını göstermektedir. Belçika'nın sağlık sisteminin beklenmedik felaketlere karşı dayanıksız olduğu görülmektedir. Lüksemburg'un skorlarında ise hareketlilik gözlenmektedir. 2018'de düşük skorla başlayarak 2019 ve 2020 yıllarında giderek artmıştır. Fakat 2021 yılında keskin bir düşüş ile 2018 yılından bile daha düşük bir skora düşmüştür. Bu durum, sistemin ani bir kırılma yaşadığını, 2022 yılında ise toparlanma sürecine girdiğini göstermektedir. Lüksemburg'un beklenmedik krizlere karşı dayanıklılığın artırılmaya ihtiyacı vardır.

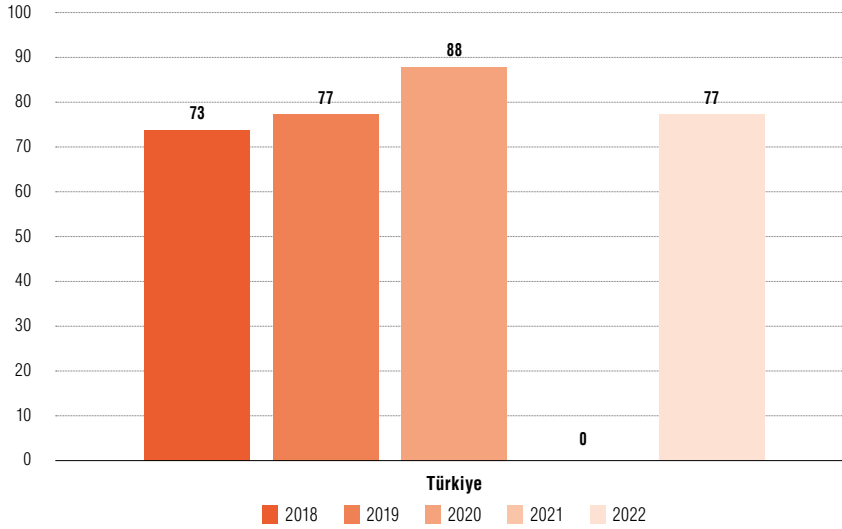
Şekil 6 incelendiğinde Türkiye'nin skorlarında 2018 yılından 2020 yılına kadar bir artış gözlenmiştir. 2020 yılında



Şekil 4. Ukrayna ve Zimbabve'nin karşılaştırmalı skorları



Şekil 5. Lüksemburg ve Belçika'nın beş yıllık değişimi



Şekil 6. Türkiye'nin yıllara göre SPAR skorları



Şekil 7. Tüm ülkelerin 2022 skorları

88 ile tamamlamış ve pandemi sürecine kendi skorları arasındaki en yüksek skor ile başlamıştır. 2021 yılında ise veri paylaşılmamıştır, verilerin şeffaf bir şekilde paylaşılması yıllar içindeki değişikliğin gözlenmesini sağlar. Bu yılın eksik olması sağlık sisteminin dayanıklılığını kıyaslamaya engel olmaktadır. Gelecek yıllarda skorlarda eksiklik olmaması sistemin pandemi sonrası gidişatını analiz etmek için önem taşımaktadır.

Mayıs 2023, itibarıyla DSÖ'nün ilanıyla COVID-19 Pandemisi artık küresel bir sorun olmaktan çıkmıştır (7, 8). Pandemi sürecinde dayanıklılığını arttıran ülkeleri belirtmek için en güncel SPAR verisi olan 2022 yılının verileri ile pandeminin başlangıç yılı olan 2020 verileri kıyaslanmıştır. Avusturya, Şili, Danimarka, Fransa, Portekiz ve Zimbabwe bu süre zarfında dayanıklılıklarını arttıran altı

ülke olmuştur. Danimarka ilk örnekte de açıklandığı üzere hâlihazırda skoru yüksek olan bir sağlık sistemine sahiptir. Zimbabwe hariç diğer ülkelerin skorları yüzde 3 artmıştır. Zimbabwe ise yüzde 22 ile pandemi süresinde skorunu en çok arttıran ülke olmuştur.

Şekil 7'de gösterilen 2022 yılı SPAR skorlarına göre ülkelerin dayanıklılık durumlarını üç kategoriye ayırabiliriz. Danimarka, Kanada ve Avustralya gibi yüksek skora sahip ülkeler hızlı karar alma süreçleri, otoriteler arasındaki güçlü koordinasyon ve toplumla güvene dayalı şeffaf iletişim sayesinde konumlarını korumayı başardılar. Birleşik Krallık yüksek skora sahip olmasına rağmen geç önlem aldığı için skorlarında dalgalanmalar yaşanmıştır. Belçika'da ise karar alma süreçlerindeki gecikmeler ve kriz yönetiminde koordinasyon ek-

siklikleri düşüşlere yol açmıştır. İkinci kategoride bulunan Belçika ve Birleşik Krallık yönetim zafiyetlerinin yüksek altyapı kapasitesini bile gölgeleyebileceğini göstermiştir. Son olarak ise üçüncü kategoride bulunan düşük skorları ülkelerden olan Zimbabwe güçlü başlangıç kapasitesi olmasa bile iyi kurgulanmış yönetim mekanizmalarının dayanıklılığı artırabileceğini ortaya koymaktadır.

COVID-19 Pandemisi, sağlık sistemlerinin beklenmedik krizlere karşı hazırlıklı olmasının önemini vurgulamıştır. Fakat sadece dayanıklılığı oluşturan altı yapıtaşını sağlamak yeterli değildir. Sağlık sistemlerinde dayanıklılık için bu yapıtaşlarından en kritik olan başarılı bir yönetişime ihtiyaç vardır. Buna ek olarak SPAR skorlarından anlaşıldığı üzere gelecek tüm krizler için yönetişimi etkin, adil ve şeffaf ülkeler dayanıklı sağlık sistemlerine sahip olanlardır. Bu bilgiler ışığında geleceğe hazırlık yapmak sağlık sistemlerinin dayanıklılığına yapılacak en büyük yatırımdır.

Kaynaklar

- 1) Pal, I., Dhungana, G., & Shaw, R. (2022). COVID-19 pandemic, global spread, issues, and challenges. In *Pandemic Risk, Response, and Resilience: COVID-19 Responses in Cities around the World* (pp. 3–12).
- 2) World Health Organization. (2020). *The best time to prevent the next pandemic is now: Countries join voices for better emergency preparedness*. https://www.who.int/news/item/01-10-2020-the-best-time-to-prevent-the-next-pandemic-is-now-countries-join-voices-for-better-emergency-preparedness?utm_source=chatgpt.com (Erişim Tarihi: 25.04.2025).
- 3) World Health Organization. (2005). *International health regulations* (3rd ed.).
- 4) World Health Organization. (2011). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*.
- 5) World Health Organization. (2022). *IHR (2005) States Parties self-assessment annual reporting tool* (2nd ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040120> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).
- 6) World Health Organization. (n.d.). *States Parties self-assessment annual reporting*. <https://www.who.int/emergencies/operations/international-health-regulations-monitoring-evaluation-framework/states-parties-self-assessment-annual-reporting> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).
- 7) World Health Organization. (n.d.). *International Health Regulations (2005) States Parties self-assessment annual report*. [https://www.who.int/data/gho/data/themes/international-health-regulations-\(2005\)-monitoring-framework](https://www.who.int/data/gho/data/themes/international-health-regulations-(2005)-monitoring-framework) (Erişim Tarihi: 25.04.2025).
- 8) World Health Organization. (n.d.). *International Health Regulations (2005) SPAR first edition (IHR SPAR 2018–2020)*. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/-average-of-13-international-health-regulations-core-capacity-scores-spar-version> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

Acil Sağlık Hizmetleri

Doç. Dr. Semih Korkut



1973 yılında Balıkesir'in Narlı ilçesinde doğdu. Trakya Üniversitesinden 1998 yılında mezun oldu. 2012'de Düzce Üniversitesinde Acil Tıp ihtisasını tamamladı. Uşak, Düzce ve İstanbul illerinde çeşitli görevlerde bulundu. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Çam ve Sakura Şehir Hastanesinde eğitim sorumlusu olarak çalıştı. İl Ambulans Servisi Başhekimliği İstanbul Acil Başkanlığı ve Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü görevlerini yürüttü. 2024-2025 yıllarında İstanbul Medipol Üniversitesinde Genel Sekreterlik yaptı.

Yazının keşfinden hatta insanlığın başlangıcından bugüne değin tarihin en güçlü dürtüsü olan hayatta kalma arzusu dolayısıyla insanlar kendi kendilerine çeşitli tedavi yöntemleri geliştirmeye çalışmıştır. İnsanın savunmasız olduğu doğa şartlarında pek çok çeşit yaralanma vakası bulunduğundan, kendiliğinden bir gelişim gösteren tıbbın yanı sıra zaman içinde Acil Sağlık Hizmetlerinin bir bilim dalı hâline gelmesine neden olmuştur.

Acil hastalık ve yaralanma hâllerinde alanında özel eğitim almış ekipler tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetleri olarak tanımlanan (1) Acil Sağlık Hizmetleri, Eski Mısır, Eski Yunan ve Roma uygarlıklarında savaşan askerlerin bakımı ve taşınmasını sağlamak amacıyla geliştirilen çeşitli araçlardan biri olarak ortaya çıkmıştır (2). Aynı neden, Orta Çağ'a gelindiğinde Haçlı Seferleri sırasında da varlığını sürdürmektedir (3). Yaralıların taşınması amacıyla istinaden Dominique Jean Larrey tarafından Fransız Devrimi -Napolyon Savaşları- sırasında tasarlanan hafif at arabaları sayesinde yaralılar sınıflandırılarak cephenin gerisine nakledilmiştir. Triyaja ilişkin bu ilkel görünüm, Kırım Savaşı'yla (1853-1856) modern veçhesine kavuşmaya başlamıştır. Florence Nightingale'in Kırım Savaşı'ndaki çalışmaları, modern hemşireliğin ve Sahra Hastanelerinin temellerini atarken (4) sivil toplum alanında da St. John Ambulance Derneği (1877), Kızıl Haç (1863) ve Kızılay (1868) gibi kuruluşlar, acil müdahale kapasitesinin artırılmasına katkıda bulunmuştur. Bundan birkaç yıl sonra Amerikan İç Savaşı (1861-1865) sırasında da Cerrah Jonathan Letterman tarafından kurulan kademeli tahliye zinciri ile ambulans birlikleri standart hâle gelmiş ve yaralıların savaş alanından

sistemli biçimde çekilip uygun basamakta bakım görmeleri sağlanmıştır (5). Kronolojik olarak modern triyaj sistemine Larrey'nin hızlı tahliye modeli temel olsa da sistem, Nightingale'in hijyen ve kurumsallaşmış bakım ilkeleriyle güçlenmiş, İç Savaş sonucunda da lojistik ve örgütlenme boyutu bakımından kalıcılaştırmıştır. Bu üç boyut, modern triyajın tarihsel ve kurumsal omurgasını oluşturmaktadır.

Lojistik ve örgütlenmenin modern triyajın bir ayağı olduğu bu ilkel durumda ilk ambulans sistemi 1887 yılında kara ambulansı olarak Londra'da kurulsa da (6) lojistik ve örgütlenmeye dayalı unsuru tamamlamak üzere diğer ambulans türleri de önem arz etmektedir. İlk kez hava ambulans teriminden Verne (1886)'nin bir romanında balon ambulans olarak bahsedilmiş olsa da hava ambulansının ilk örneği Birinci Dünya Savaşı'na tekabül etmektedir (7). Diğer bir ambulans türü olan deniz ambulansının ise her ne kadar ilkel örneği deniz hastanesi olarak 1608 yılında İngiliz Kraliyet Donanmasında görülmüş olsa dahi (8) tam anlamıyla bir deniz ambulansı olarak erken ve iyi bir kanıta dayanan örneği Londra'da kaydedilmiştir (9).

Modern triyajın kurumsal ve tarihsel temellerini kuran; kara, hava ve deniz ambulansından oluşan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, ilk kez 1966'da ABD tarafından geliştirilen bir uygulama neticesinde hastanede özel bir alana konuşlanan ve acil hastalara hizmet veren bir birim niteliğine kavuşmuştur (14). Başlangıç itibarıyla acil serviste hizmet veren hekimler çeşitli branşlara sahipken ABD'de 1961 yılında acil tıp uzmanlığının kurulmasıyla birlikte acil servislerde acil tıp uzmanları yer almaya başlamıştır (10). Hastane öncesi sistemdeki değişiklik, acil servisin hastane içinde bir birim hâline gelmesinin dışında bir başka ve daha önemli bir değişiklikten etkilenmiştir.

Asıl büyük değişiklik, 1937'de Birleşik Krallık'ta 999 hatının acil durum çağrıları almasıyla yaşanmıştır (11). Türkiye'de ise bu değişikliğin karşılığı 1995 yılında 112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri sisteminin kurulmasıdır (12). Mevzuatla birlikte tüm acil çağrıları tek bir iletişim numarasında toplanmıştır. Başta büyük iller olmak üzere bu çağrıları alan, değerlendiren ve ambulansın sevkini sağlayan komuta kontrol merkezleri oluşturulmuştur. Çağrı merkezleri altyapısının yanı sıra sisteme yeni ambulanslar da dâhil edilmiştir. Önceki yıllarda ambulans hizmetleri yıllarca belediye, hastane, köy hizmetleri, devlet demiryolları ve sosyal sigortalar kurumu gibi kurumlarca yapılmış ve standardize edilememiştir fakat 2000 yılında yürürlüğe giren 24046 sayılı yönetmelik sayesinde bir standardizasyon oluşmuştur (1). Yönetmelikten önce genellikle oksijen tüpü ve basit ilk yardım çantası içeren ambulanslar, yönetmelikle beraber çok daha donanımlı bir boyut kazanmışlardır. Diğer yandan ilk dönemde ambulans personeli doktor, yardımcı sağlık personeli ve şoförden oluşuyorken 2004'e gelindiğinde paramedik ve acil tıp teknisyenleri atamasıyla kadroda değişim yaşanmıştır (13).

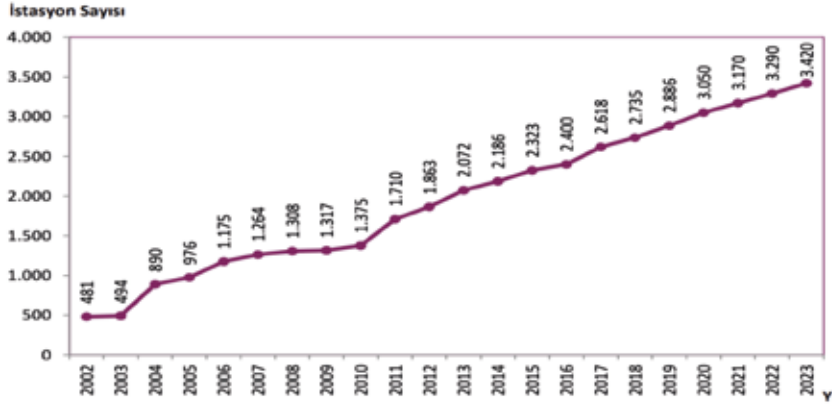
Yönetmelik uyarınca yaşanan değişimler arasında kara ambulansını olduğu kadar hava ve deniz ambulansını etkileyen unsurlar da bulunmaktadır. Envanterinde bulunan iki adet CN 235 Casa Tipi uçaklar aracılığıyla yaralı taşıyan ve yoğun bakım ihtiyaçlarını karşılayabilen tıbbi donanımlarla modernize edilmiş hava ambulansları uzun yıllar boyunca Türk Hava Kuvvetleri tarafından sağlanmış olsa da (14) 2008 yılındaki bir hizmet alımı sonucunda Sağlık Bakanlığına bağlı iki Helikopter Ambulans, Ankara ve İstanbul'da faaliyet göstermiştir (15). Bununla birlikte ilk kez 2010 yılında Ankara Esenboğa Havalimanı'nda konuşlanan 1 adet Hawker 900 XP turbojet ve 1 adet

Beechcraft King Air 350 turboprop tam donanımlı ambulans uçak vasfıyla hizmet vermiştir (16). Hava ambulansındaki gelişmelerin yanı sıra Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından 2007 yılında dört adet hızlı deniz botu ambulans hâline getirilip deniz ambulansı olarak kullanılmaya başlandığı bir değişim yaşanmıştır. Sarıyer/İstanbul, Marmara Adası/Balıkesir, Merkez ve Gökçeada/Çanakkale ise deniz ambulanslarının kullanıldığı yerler olarak öne çıkmaktadır (17). Bu örnekler Acil Sağlık İstasyonları olup hastane öncesi acil sağlık hizmetleri sistemi donanım açısından Avrupa standartları ile eş değer durumdadır.

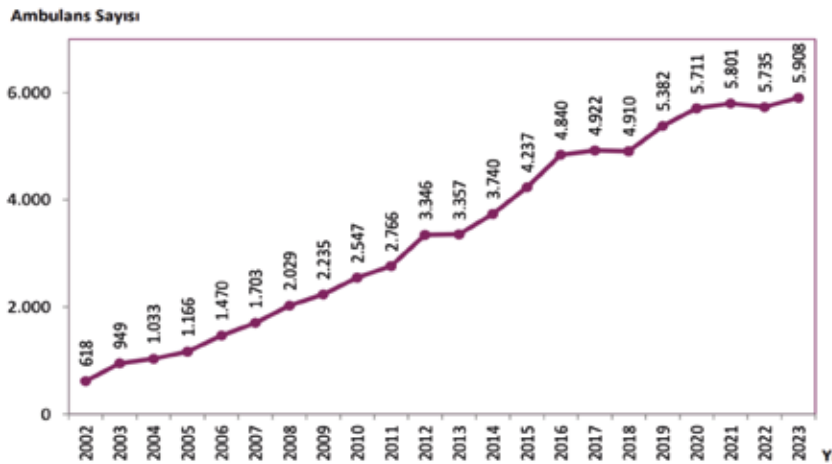
Türkiye'deki acil sağlık hizmetlerinin Avrupa standartları açısından sahip olduğu ve unutulmaması gereken bir diğer unsur da 1999 Gölcük Depremi sonrasında bölgede tıbbi yetersizlikler olduğu düşünülerek acil sağlık kurtarma yapısı tesis etme amacıyla organize edilmeye başlayan Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleridir (UMKE). 2003 yılında Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından yürütülen "Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi" kapsamında Bursa'da eğitim düzenlenerek Bakanlığa bağlı gönüllü

kimselerden oluşan bir kurtarma örgütü olarak faaliyet gösteren UMKE'nin (18) kurulmasındaki amaç, afete maruz kalmış kişilere doğru ve çabuk müdahale etmek, ölü ve yaralı sayısını kabul edilebilir düzeye indirmektir (19). Ekip kurulumu kurulmaz ilk görevini 2003 yılındaki İran Bam Depremi'nde icra etmiştir (20). Ekip, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün "Acil Medikal Ekipleri Verifikasyonu" sürecini başarıyla tamamlayarak 2021 yılında EMT Tip 2 Standartlarına kabul edilmiş (21) ve böylece uluslararası alanda tescillenerek dünya standartlarında örnek teşkil edecek bir kurtarma ekibi olmuştur.

Kara, hava ve deniz ambulansları ile UMKE gibi atılımlar, altyapı yatırımlarıyla birleşerek Acil Sağlık İstasyonu sayısının 3.400'e ve Acil Yardım Ambulansı sayısının 5.900'e (22) çıkması sonucunda hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinden belirgin bir kopuş ve modern acil sağlık hizmetlerinde kurumsal bütünlük sağlanmıştır. Teknolojik gelişmelere de bağlı olan acil sağlık hizmetleri bir yönüyle toplumun bireye verdiği değeri gösterirken diğer yönüyle de medeniyet seviyesine dair imalarda bulunur ve bu bakımdan Türkiye hatırı sayılır bir konumdadır.



Şekil 1. Yıllara göre Acil Yardım istasyon sayısı, Sağlık Bakanlığı (23)



Şekil 2. Yıllara göre ambulans sayısı, Sağlık Bakanlığı (23)

Kaynaklar

- 1) Resmi Gazete. (2000). Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4798&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 11.08.2025).
- 2) Majno, G. (1975). *The Healing Hand: Man and Wound in The Ancient World*. Cambridge: Harvard University Press.
- 3) Barber, M. (1994). *The New Knighthood: A History of the Order of the Temple*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 4) Ellis, H. (2020). Florence Nightingale: Creator of Modern Nursing and Public Health Pioneer. *J. Perioper Pract*, 30 (5): 145-146.
- 5) Place, R. J. (2015). The Strategic Genius of Jonathan Letterman. *Military Medicine*, 180 (3): 259-262.
- 6) Kerr, M. L. N. (2010). Perambulating Fever Nests of Our London Streets: Cabs, Omnibuses, Ambulances, and Other "Pest-Vehicles" in the Victorian Metropolis. *Journal of British Studies*, 49 (2): 283-310.
- 7) Martin, T. (2006). *Aeromedical Transportation: A Clinical Guide (2nd Edition)*. London: Ashgate Publishing.
- 8) Shaw, J. J. S. (1936). The Hospital Ship 1608-1740. *Mariner's Mirror*, (22): 422-426.
- 9) Black, N. (2009). The Extraordinary Tale of Dartford, The Hospital Town. *J. R. Soc. Med.* 102 (12): 522-529.
- 10) Sternbach, G. (1995). Bellevue Hospital. *Journal of Emergency Medicine*.
- 11) Zink, B. J. (2006). *Anyone, Anything, Anytime: A History of Emergency Medicine*. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- 12) Web Archive. (2007). 999 Celebrates its 70th. birthday <https://web.archive.org/web/20090114072201/http://www.btplc.com/News/Articles/ShowArticle.cfm?ArticleID=6e55cb12-8c0c-417f-b68c-6a7f62b1d8c8> (Erişim Tarihi: 09.09.2025).
- 13) Erbay, H. (2017). Türkiye'de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Numarası Niçin 112? *Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 7 (1): 28-32.
- 14) Karcioğlu, Ö. (2020). Ülkemizde Acil Tıp: 26 Yılın Özeti. *Journal of ADEM (JADEM)*, 1 (1): 19-31.
- 15) Ünsal, İ., & Ekici-Ünsal, D. (2021). Hava Ambulans Sisteminin Türkiye' deki Gelişimi. *Havacılık ve Uzay Çalışmaları Dergisi*, 2 (1): 47-69.
- 16) Sağlık Bakanlığı. (2023). Helikopter Uçak. <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-78201/helikopter-ambulans.html> (Erişim Tarihi: 24.08.2025).
- 17) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). Uçak Ambulans. <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-78200/ucak-ambulans.html> (Erişim Tarihi: 30.08.2025).
- 18) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). 1-7 Aralık Acil Sağlık Hizmetleri. <https://www.saglik.gov.tr/TR,1755/1-7-aralikipacil-saglik-hizmetleri-haftasi.html> (Erişim Tarihi: 04.09.2025).
- 19) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2004). *Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- 20) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi Birimi (UMKE). <https://ashgmafetacildb.saglik.gov.tr/TR-80255/ulusal-medikal-kurtarma-ekibi-birimi-umke.html> (Erişim Tarihi: 10.09.2025).
- 21) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi Birimi (UMKE): Yurt Dışı Operasyonlar. <https://ashgmafetacildb.saglik.gov.tr/TR-81232/yurt-disi-operasyonlar.html> (Erişim Tarihi: 11.09.2025).
- 22) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). UMKE, DSÖ'nün "Acil Medikal Ekipleri Verifikasyonu" Sürecini Başarıyla Tamamlayarak EMT Tip 2 Standartlarına Kabul Edildi. <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-71581/umke-dsonun-quotacil-medikal-ekipleri-verifikasyonuquot-surecin-i-basariyla-tamamlayarak-emt-tip-2-standartlarina-k-abul-edildi.html> (Erişim Tarihi: 11.09.2025).
- 23) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2004). Sağlık İstatistikleri Yılı 2023. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 01.09.2025).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimi

Doç. Dr. Mehmet Akif Sezerol



1988 yılında Tokat Turhal'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Tokat'ta tamamladı. 2012 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Mezuniyetinin ardından İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünde Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme, Ruh Sağlığı Programları ve Toplum Sağlığı Hizmetleri şubelerinde şube müdürü olarak çalıştı. 2017 yılında Kağıthane ve Eyüpsultan ilçelerinde Toplum Sağlığı Merkezi Başkanlığı görevlerini yürüttü. 2017-2019 yılları arasında Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünde Saha Epidemiyoloji eğitim programına katıldı. 2019 yılında Üsküdar İlçe Sağlık Müdürlüğünde Halk Sağlığı Hizmetleri ve Yönetim Hizmetleri birim sorumlusu olarak görev aldı. 2022-2025 yılları arasında Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü olarak görev yaptı. Anadolu Üniversitesi Kamu Yönetimi ve İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı doktora programlarını bitiren Sezerol 2023'de Halk Sağlığı doçentlik ünvanını kazandı. Şu anda Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında öğretim üyesi olarak görevine devam etmektedir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) günümüzdeki en önemli halk sağlığı sorunlarının başında gelmektedir (1). Kronik hastalıklar veya Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) kullandığı kavram ile ifade edecek olursak Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar her yıl milyonlarca ölüme neden olmaktadır. BOH nedenli ölümlerin başında sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gelmektedir (2). BOH için bazı önemli risk faktörleri de bulunmaktadır. Risk faktörleri davranışsal, metabolik ve çevresel risk faktörleri olarak kategorize edilmektedir. Özellikle davranışsal risk faktörleri değiştirilebilir olduğundan halk sağlığı açısından da büyük önem taşımaktadır. Davranışsal risk faktörleri başında sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, tütün ve alkol kullanımı bulunmaktadır. Metabolik risk faktörleri ise obezite, yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri ve lipid düzeyleri yer almaktadır (3). Hava kirliliği de en önemli

çevresel faktör olarak belirtilmektedir (3). Sağlık Bakanlığı 2024-2028 yılı stratejik planında beş temel amaç belirlemiştir. Bu amaçlardan ilki sağlıklı yaşamı teşvikle ilgili olup alt hedeflerde BOH risk faktörleri ile mücadeleler ön plandadır. Bu yazıda daha çok yukarıda bahsi geçen sık görülen bulaşıcı olmayan hastalıklar ile davranışsal risk faktörlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yönetimi değerlendirilecektir.

Aile Hekimliği Sisteminde Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Yeri

Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimlerince başlıca bulaşıcı olmayan hastalıkların tarama ve takipleri için Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulaması hayata geçirilmiştir. Uygulamanın kullanımını artırmak amacıyla da pozitif performansla dâhil edilmiştir (4). Aile hekimliği sisteminde "Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği"ne göre beş

alanda teşvik ödemesi yapılmaktadır. Bu beş kalem teşvik ödemeden birisi de BOH taramaları ile ilgilidir. Yönetmeliğe göre aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı; "kronik hastalıklar için belirlenen aylık hedef nüfusunun; i) yüzde 40'ını taraması hâlinde tavan ücretin yüzde 18,9'u, ii) yüzde 70 ve üzerini taraması hâlinde tavan ücretin yüzde 37,8'i" kadar teşvik ödeme almaktadır (5). Aile hekimleri tarafından hipertansiyon, diyabet, obezite ile kanser (serviks, kolorektal ve meme kanserleri) taramaları yapılmaktadır. Ayrıca kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve 65 yaş üstü kayıtlı kişilerde çok yönlü yaşlı değerlendirmesi de yapılmaktadır (6). Tanı alanlar için uygun periyotlarla hastalıklara göre takip takvimi de oluşturulmaktadır. Aile hekimlerinin ödemelerini etkileyen faktörlerden biri de başarı oranıdır. Bakanlıkça her bir hastalık için aylık hedefe göre bir başarı oranı belirlenmiştir. Aile hekimlerinin yapmış olduğu kronik hastalık taramaları Tablo 1'de gösterilmiştir.



İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Yeri

İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM)/Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve bağlı birimleri Sağlık Bakanlığının birinci basamak hizmetlerini taşıyan kurumlardır.

Bu kurumlar diğer tüm işlerde olduğu gibi BOH ve risk faktörleri ile ilgili de Bakanlık plan ve programlarını sürdürürler. Aile hekimleri daha çok kişilere yönelik bireysel sağlık hizmetleri verirken, İSM ve TSM'ler daha çok kitlelere yönelik toplumsal sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Bununla birlikte Sağlıklı

Kronik hastalıklar veya Dünya Sağlık Örgütü'nün kullandığı kavram ile ifade edecek olursak Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) her yıl milyonlarca ölüme neden olmaktadır. BOH nedenli ölümlerin başında sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gelmektedir.

Tablo 1. Aile hekimleri tarafından yapılan taramalar

Taraması yapılan kronik hastalık	Taraması yapılan yaş grubu	Tarama Sıklığı	Tarama Yöntemi
Hipertansiyon	18 yaş ve üzeri	Yılda bir	Kan Basıncı Ölçümü
Obezite	18 yaş ve üzeri	Yılda bir	Obezite Değerlendirme Kılavuzu
Diyabet	40 yaş ve üzeri	Üç yılda bir	Diyabet Değerlendirme Kılavuzu
Serviks Kanseri	30-65 yaş arası kadınlar	Beş yılda bir	Pap smear ve/veya HPV-DNA
Kolorektal Kanseri	50-70 yaş arası	İki yılda bir	Gaitada Gizli Kan (GGK)
Meme Kanseri	40-69 yaş arası	İki yılda bir	Mamografi
Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi	40 yaş ve üzeri	İki yılda bir	Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Kılavuzu
Çok Yönlü Yaşlı Sağlığı Değerlendirmesi	65 yaş ve üzeri	Yılda bir	Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirme Kılavuzu



Kronik hastalık yönetiminde basamaklar arası entegrasyon büyük önem taşımaktadır. Entegrasyon sorunlarının önüne geçebilmek için illerde olduğu gibi ilçe düzeyinde de hastaneler dâhil tüm kamu sağlık kuruluşlarının ilçe sağlık müdürlüklerine bağlı olduğu yeni sağlık yönetim modelleri de düşünülmelidir.

Hayat Merkezleri (SHM) gibi danışmanlık birimlerinde bireysel sağlık hizmetleri de verilmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri açısından toplumsal düzeyde bu kurumlar tarafından en fazla yapılan faaliyetlerin başında eğitimler gelmektedir. Burada temel amaç kronik hastalıklarla ilgili farkındalığın artırılması ve toplumun bilinçlendirilmesidir. Bunun yanı sıra bireysel ve grup danışmanlık hizmetleri, kronik hastalık (diyabet, obezite, hipertansiyon vs.) taramaları ve kanser taramaları da yapılmaktadır. Bu hizmetler Sağlıklı Hayat Merkezlerinde, belirli gün ve haftalarda, toplumun yoğun olduğu yerlerde ve bazen gezici ekipler aracılığıyla yürütülmektedir.

Sağlıklı Hayat Merkezleri, BOH ve risk faktörleriyle mücadelede kritik bir rol üstlenmektedir. SHM'lerin kuruluş amaçlarından biri de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini güçlendirmektir. Dolayısıyla aile hekimlerinin yapmış olduğu taramalar sonucu riskli bulunan veya tanı alan kişiler ihtiyaçları doğrultusunda SHM'lere yönlendirilmektedirler. Aile

hekimleri MHRS üzerinden kendisine kayıtlı kişilere diyetisyen, fizyoterapist, psikolog gibi SHM'de görev yapan meslek gruplarına doğrudan randevu alabilmektedir. Sistemin sağladığı bu imkânla birlikte aile hekimleri bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetiminde kendileri için belirlenen başarı oranına da ulaşabilmektedir. Örneğin aile hekimi tarafından taraması yapılan ve obezite tanısı alan bir kişinin Vücut Kitle İndeksi 30'un üzerinde olsun. Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönergede bu kişi için altı aylık bir zaman diliminde yüzde 5'lik kilo kaybı bir başarı kriteri olarak belirlenmiştir (8). Kilo kaybı için çok önemli iki faktör bulunmaktadır. Bunlardan biri uygun bir diyet yapılması, diğeri ise fiziksel aktivitenin artırılmasıdır. Yani davranışsal risk faktörlerinin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Sağlıklı Hayat Merkezleri özellikle davranışsal risk faktörleri ile mücadelede kritik öneme sahiptir. Aile hekimi, obezitesi olan hastaları için hem diyetisyen hem de fizyoterapist randevusu olarak diyet planının ve fiziksel aktivite programının



alan hedeflere erişilmesi için aşağıda bir dizi öneri sıralanmıştır. Bu öneriler sahadaki gözlemlere dayalı olup bazıları il düzeyinde bazıları ise Bakanlık düzeyinde yapılabilecek işleri içermektedir.

Öneriler

- i. Bakanlığımız tarafından son zamanlarda SHM tanıtımları yapılmakta olup bu doğrultuda aktif SHM sayısının artırılması ve yaygınlaştırılması da gerekmektedir.
- ii. Kronik hastalıklar ve risk faktörleri için surveyans programı oluşturulması ve sahaya geri bildirimlerin yapılması kurumları daha etkin kılacaktır.
- iii. İlçe düzeyinde İSM/TSM'lerde epidemiyoloji birimleri kurulmalıdır. Özellikle ilçe düzeyinde sağlık göstergelerinin değerlendirilmesi, sağlık sorunlarının incelenmesi ve mevcut sorunlara yönelik müdahalelerin planlanması için bu birimlerin kurulması kritik bir öneme sahiptir.
- iv. BOH ve risk faktörleri ile mücadelede koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesi ön plandadır. Bu nedenle yönetici seçimlerinde halk sağlığı bakış açısı olan kişilerin tercih edilmesi etkin bir mücadele sağlayacaktır.
- v. Halk eğitimleri, yerel düzeyde mevcut durumun saptanması ve müdahale yöntemlerinin belirlenmesi, BOH ve risk faktörleri için epidemiyolojik çalışmalar ve saha araştırmaları yapılmalıdır. Bunları yapmak veya yaptırmak adına saha ve akademi iş birliği geliştirilmelidir.
- vi. HYP kapsamında aile hekimleri için belirlenen katsayılar revize edilmelidir. Pozitif performans kronik hastalık tarama, takip ve başarı oranları olabildiğince düşük tutularak hedeflere ulaşmak kolaylaştırılmalıdır. Tek bir tarama yapan dahi ödüllendirilmelidir.
- vii. İSM/TSM kurum hedefleri ve personel teşvik hedeflerinde BOH ve risk faktörlerine daha fazla yer verilmelidir.
- viii. HYP ile ilgili sistemsel aksaklıklar giderilmeli ve kullanıcı dostu hâle getirilmelidir.
- ix. HYP için hazırlanan kılavuzlar sadeleştirilerek sahaya uygun hâle getirilmeli ve ilçe sağlık müdürlükleri de HYP üzerinden tarama girişi yapabilmelidir.
- x. Aile hekimleri için kronik hastalıklarda sevki gerektiren durumlarda üst

basamaktan randevu kolaylığının sağlanması ve aile hekimine geri bildirim yapılması kooperasyonu artıracaktır.

- xi. Kronik hastalık yönetiminde basamaklar arası entegrasyon büyük önem taşımaktadır. Entegrasyon sorunlarının önüne geçebilmek için illerde olduğu gibi ilçe düzeyinde de hastaneler dâhil tüm kamu sağlık kuruluşlarının ilçe sağlık müdürlüklerine bağlı olduğu yeni sağlık yönetim modelleri de düşünülmelidir.
- xii. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının BOH ve risk faktörleri ile mücadelede iyi uygulama örneklerini paylaşabileceği bir platform kurulmalı ve uygun bulunan örnekler yaygınlaştırılmalıdır.
- xiii. BOH ve risk faktörleri ile mücadelede toplum katılımını artırmak için stratejiler geliştirilmelidir.
- xiv. İlçe sağlık müdürlükleri tarafından yapılan halk eğitimlerinin içeriği standardize edilmeli ve eğitimlerin etkinliği ölçülmelidir.
- xv. BOH ve risk faktörleri ile ilgili başta yöneticiler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının savunuculuklarını geliştirmek adına eğitimler planlanmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Hayran, O. (2019). Kronik/bulaşıcı olmayan hastalıklarda politikalar ve hastalık yönetimi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 51, 6-9.
- 2) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- 3) <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors>.
- 4) <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/hastalik-yonetim-platformu.html>.
- 5) Aile Hekimliği Sözleşme Ve Ödeme Yönetmeliği. *Resmî Gazete Tarihi: 30.06.2021 Resmî Gazete Sayısı: 31527*.
- 6) Atak, M., Sezerol, M. A., & Altaş, Z. M. (2023). Chronic disease management in primary care: A cross-sectional study in Türkiye. *Phnx Medical Journal*, 5(3), 211-216.
- 7) <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR-92141/il-saglik-mudurlukleri-ve-birimleri-kurum-hizmet-yonergesi.html>.
- 8) https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/aile-hekimligi-uygulama-ve-gelistirme-db/Dokumanlar/Yonerge/Ek_Aile_Hekimligi_Tarama_ve_Takip_Kat-sayisina_Iliskin_Yonerge_1.pdf.

yapılmasını sağlayabilir. Böylece kişinin kilo vermesi için profesyonel destek sağlanmış olur. Böylece aile hekimi, SHM tarafından desteklenerek kendi hedefleri açısından bir başarıya ulaşır ve güçlü bir birinci basamak yapısı oluşur.

Aile hekimlerinde olduğu gibi İSM/TSM için de motivasyon ve pozitif ödemeyi amaçlayan bazı performans kriterleri konulmuştur. İSM kurum hedefleri incelendiğinde toplam 10 kriterin olduğu ve bu kriterlerden dört tanesinin kronik hastalıklar ve risk faktörleriyle ilişkili olduğu görülmektedir (7). Kronik hastalıklardan kanserlerle ilgili iki kriter yer almaktadır. Serviks ve kolorektal kanser taramaları kurum hizmet hedefleri arasında yer almıştır. Ayrıca önemli bir risk faktörü olan tütün kullanımı ile ilgili iki kriter belirlenmiştir. Bunlardan biri tütün denetim faaliyetleri, diğeri ise tütün ihbarlarının tespiti ve takibi ile ilgilidir.

BOH açısından birinci basamakta daha etkin bir yönetimin gerçekleştirilmesi ve Sağlık Bakanlığı stratejik planında yer

Doğumu yeniden yapılandırmak: anne dostu hastaneler ve normal doğum eylem planı

Dr. Betül Zehra Pirdal



2017 yılında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu ve 2018-2022 yılları arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında ihtisasını yaptı. Sultangazi İlçe Sağlık Müdürlüğünde Halk Sağlığı Hizmetleri birim sorumlusu olarak görev aldı. Eylül 2024'ten beri Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğünde Halk Sağlığı Uzmanı olarak görev yapmaktadır.

Doç. Dr. Muhammed Atak



İstanbul Tıp Fakültesinden 2012 yılında mezun oldu. Tıp eğitiminin ardından halk sağlığı alanında eğitimini tamamladı, saha deneyimiyle akademik bilgisini birleştirerek sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çok sayıda projede aktif rol aldı. İstanbul, Bitlis ve çeşitli yurt dışı görevlerinde hekimlik, yöneticilik ve koordinasyon sorumlulukları üstlendi. Afet yönetimi, sağlık okuryazarlığı, göç sağlığı ve birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesi gibi alanlarda çalışmalar yürüttü. İstanbul Üniversitesinde öğretim üyesi olan Dr. Atak, Ağustos 2024'ten bu yana Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Doğum, hayatın başlangıcını simgeleyen temel bir biyolojik ve sosyal olaydır. Ancak son yıllarda dünya genelinde artan sezaryen doğum oranları, doğum hizmetlerine ilişkin politikalarda derinlemesine bir yeniden değerlendirmeyi zorunlu kılmaktadır. Özellikle tıbbi gerekçelere dayanmayan, gereksiz sezaryen oranlarındaki artış, anne ve bebek sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadeli riskleri beraberinde getirmektedir (1). Türkiye, OECD ülkeleri arasında en yüksek sezaryen oranına sahip ülkeler arasındadır. 2023 yılı itibarıyla bu oran yüzde 61,5'e ulaşmış; bu durum kamu sağlığı açısından öncelikli bir politika alanının doğduğunu göstermiştir (2). Bu makalede, Türkiye'de artan sezaryen oranları neticesinde doğum hizmetlerinin dönüşümü; ebelik hizmetlerinin güçlendirilmesi, kadın merkezli bakım modelleri ve ulusal politika belgeleri (Anne Dostu Hastane Programı ve Normal Doğum Eylem Planı) çerçevesinde değerlendirilecektir.

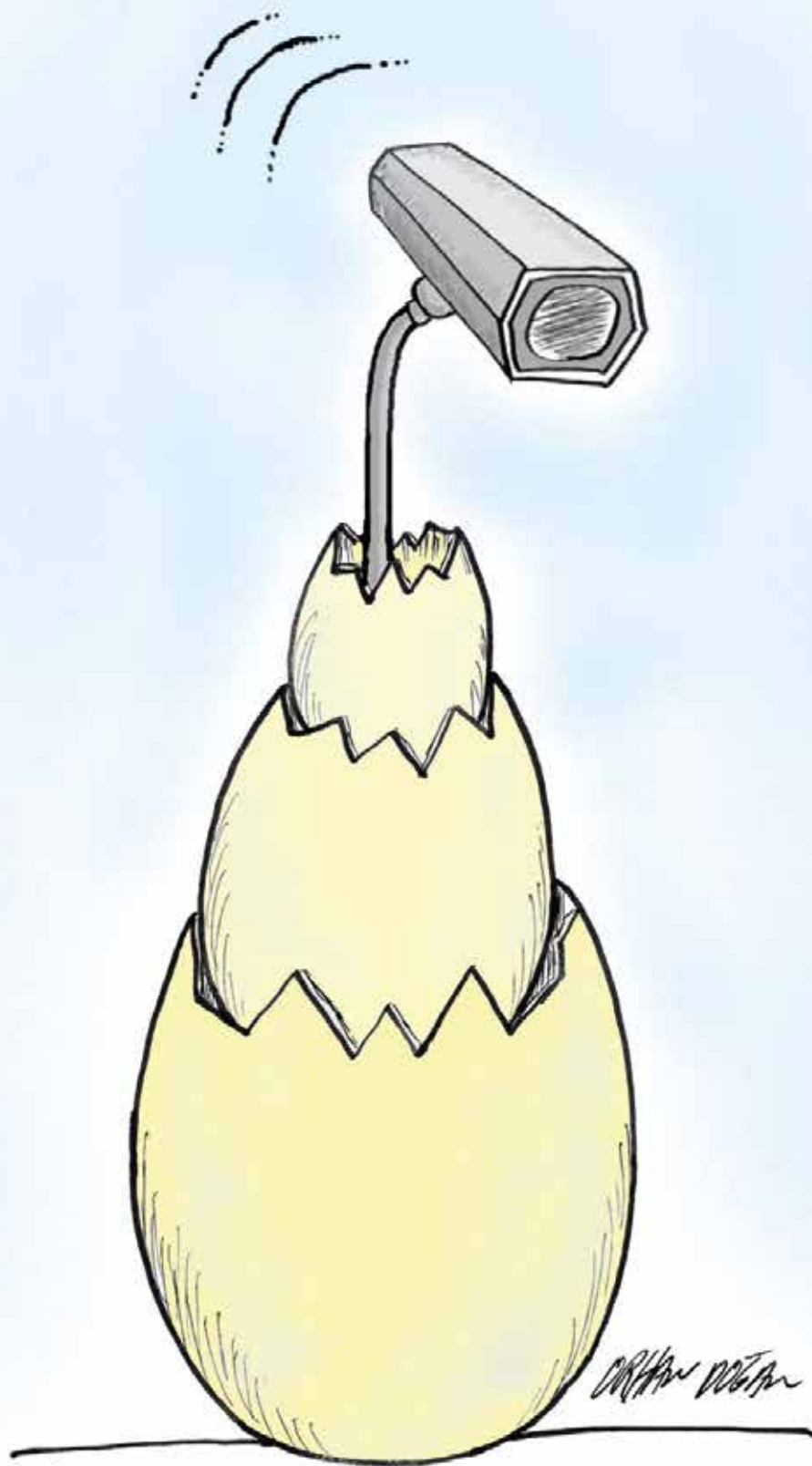
Dünyada Sezaryen Oranları ve Sağlık Etkileri

Dünya genelinde sezaryen doğum oranı 1990 yılında yüzde 7 düzeyindeyken, 2021 itibarıyla bu oran yüzde 21'e yükselmiştir. Bu artış yalnızca tıbbi zorunluluklardan değil; aynı zamanda sosyal, ekonomik ve kültürel etkenlerden de kaynaklanmaktadır.

Sezaryenle gerçekleşen doğumlar, anenin taburculuk süresini uzatabilmekte ve toparlanma süreci normal doğuma kıyasla daha meşakkatli olabilmektedir. Bununla birlikte sezaryenle doğan bebeklerde solunum problemleri daha sık görülmekte, anne sütüyle beslenmeye geçişte gecikmeler yaşanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), geçmişte sezaryen oranlarının yüzde 10-15 aralığında tutulmasını önermiştir. Daha sonra bu öneri, sezaryen oranlarını her ülkenin kendi sağlık sistemi ve ihtiyaçları doğrultusunda ayrıca değerlendirilmesi ve sezaryenin yalnızca tıbbi zorunluluk

hâlinde tercih edilmesi yönünde olmuştur. DSÖ'nün 2018 tarihli kılavuzunda gereksiz sezaryen oranlarının düşürülmesi için klinik dışı müdahale stratejileri önerilmiş; kadınlara, sağlık profesyonellerine ve sağlık sistemlerine yönelik çok katmanlı müdahalelerin gerekliliği vurgulanmıştır. Sezaryenin tıbbi endikasyon olmaksızın tercih edilmesi, enfeksiyon, kan kaybı ve ileri gebeliklerde cerrahi komplikasyonlar gibi riskleri artırmakta, ayrıca sağlık sistemi üzerinde ciddi ekonomik yük oluşturmaktadır (3).

2024 yılında Avrupa Perinatal Tıp Derneği (EAPM) ve Avrupa Ebeler Derneği (EMA) tarafından yayımlanan ortak raporda, ulusal düzeyde sezaryen oranlarının yüzde 15 ila yüzde 20 arasında seyretmesi hem bilimsel veriler hem de başarılı sağlık sistemi örnekleri doğrultusunda önerilmektedir. Raporda, sezaryen uygulamalarındaki aşırı artışın, sağlık çalışanlarının vajinal doğum, makat geliş ya da çoğul gebeliklerin yönetimi gibi doğum sürecine özgü





temel uygulamalarda deneyim kaybına yol açabileceği ve bunun uzun vadede hem klinik yeterlilik hem de toplumsal güven açısından ciddi riskler barındırdığı ifade edilmiştir. Bu nedenle, klinik uygulama becerilerinin korunması ve normal doğumun sürdürülebilirliğinin sağlanması adına, politika yapıcılar ve meslek örgütleri sezaryen oranlarındaki artışı sınırlayacak stratejik adımlara öncelik vermesinin önemi vurgulanmıştır (4).

Dünya genelinde sezaryen doğum oranlarındaki artış, bu eğilimin olası sonuçlarına ilişkin farkındalık çalışmalarını ve müdahale stratejilerini beraberinde getirmiştir. 2018 yılında The Lancet'te yayımlanan bir derlemede, sezaryen oranlarındaki küresel artış "epidemi" olarak tanımlanmış ve bu artışın durdurulması gerektiği vurgulanmıştır. Sezaryen ameliyatında ulaşımın dünyada eşitsizlikler mevcuttur; Güney

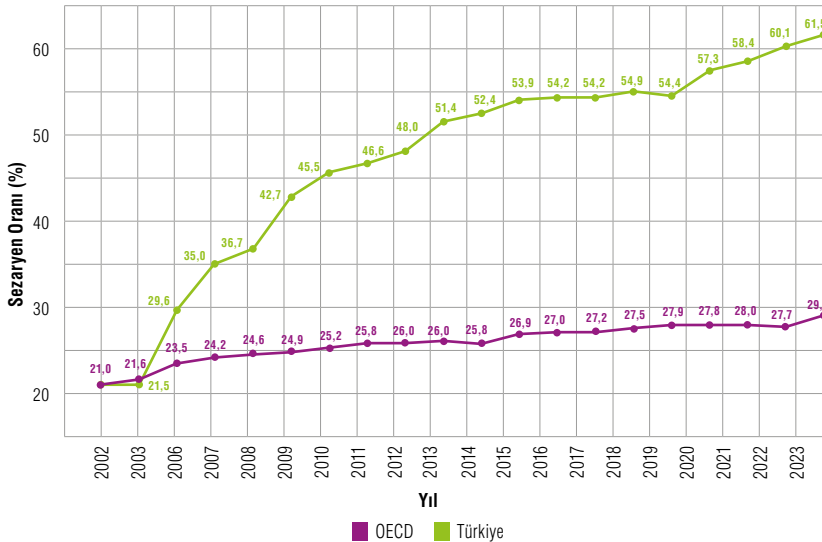
Afrika'da sezaryen oranı yüzde 4 iken, Latin Amerika'da bu oran yüzde 60'lara ulaşmaktadır. Dünya Jinekoloji ve Obstetrik Kongresinde Brezilya ve Çin'de her yıl 6,2 milyar gereksiz sezaryen ameliyatı yapıldığı bildirilmiştir (5).

Türkiye'de Sezaryen Oranları

Türkiye'de sezaryen oranları 2000'li yılların başında yüzde 20 seviyelerindeyken, 2013 yılından itibaren yüzde 50'nin üzerine çıkmış; 2023 yılı itibarıyla yüzde 61,5'e ulaşmıştır. Türkiye, OECD ülkeleri arasında ilk sıralardadır (2, 6). 2000'li yıllardan itibaren Türkiye'de sezaryen oranları, OECD ortalamasının belirgin şekilde üzerinde seyretmekte ve yıllar içinde artış eğilimi göstermektedir (Grafik 1).

2018-2023 yıllarını kapsayan ulusal verilere göre Türkiye'de sezaryen doğum oranı yüzde 57,6, primer sezaryen oranı ise yüzde 28,8 olarak bildirilmiştir. Robson sınıflandırmasına göre normal doğuma elverişli kabul edilen Grup 1-4 olgularındaki sezaryen oranları referans aralıkların belirgin biçimde üzerindedir. Bu sonuç Türkiye'de tıbbi gereklilik dışında yapılan sezaryenlerin fazla olduğunu göstermektedir. Kurumlar arası karşılaştırmalarda; özel hastanelerde

Grafik 1: Türkiye ve OECD sezaryen oranlarının yıllar içinde değişimi



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı ve OECD Health Data

sezaryen oranının yüzde 70'in üzerinde olduğu, bu oranın kamu ve üniversite hastanelerine kıyasla anlamlı ölçüde yüksek olduğu bildirilmiştir (7).

Sezaryen oranlarının bu denli yüksek olması, yalnızca klinik faktörlerle değil; sağlık sisteminin sunduğu annelik bakım modellerinin yapısıyla da yakından ilişkilidir. Kadına doğum sürecinde hangi modelle hizmet sunulduğu, müdahale sıklığını, karar alma süreçlerine katılımı ve doğum deneyimini doğrudan etkilemektedir (8-10).

Annelik Bakım Modelleri ve Ebelik Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerinde gereksinim duyduğu hizmetlerin niteliği, uygulanan annelik bakım modeline göre önemli ölçüde değişmektedir. Sağlık hizmetlerinde kadın merkezli yaklaşımların ön plana çıktığı günümüzde, bakım modelleri yalnızca klinik sonuçlar açısından değil; aynı zamanda bireysel deneyim, memnuniyet ve sağlık okuryazarlığı gibi sosyal göstergeler açısından da değerlendirilmelidir. Avustralya bağlamında gerçekleştirilen ve annelik bakım modellerini doğrudan karşılaştıran en kapsamlı tarama çalışmalarından biri olan Talukdar ve arkadaşlarının çalışmasında beş temel annelik bakım modeli tanımlanmıştır (8):

- I) **Standart kamu bakımı:** Kamu hastanelerinde, vardiyalı çalışan hekim ve ebeler tarafından verilen, süreklilik olmayan doğum bakımı modeli.
- II) **Kamu ebelik süreklilik modeli:** Aynı ebenin veya küçük bir ekip içinden tanıdık bir ebenin gebelik, doğum ve doğum sonrası süreci izlediği, kadın merkezli kamu destekli model.
- III) **Ortak bakım:** Gebelik boyunca aile hekimi takibi, doğumda ise kamu hastanesi ekibi tarafından yürütülen karma model.
- IV) **Özel obstetrik bakım:** Kadınların ücretli olarak özel bir kadın doğum uzmanı tarafından takip edildiği, genelde özel hastanelerde sunulan model.
- V) **Özel ebelik bakımı:** Kadının kendisinin seçtiği özel ebeyle evde ya da hastanede doğum yapmasına olanak tanıyan, bireyselleştirilmiş ücretli model.

Bu modeller; bakım veren kişi, hizmetin sunulduğu yer, sağlık sistemine entegre olma biçimi ve bakımın sürekliliği gibi yapısal unsurlar açısından farklılaşmaktadır. Araştırmada öne çıkan bulgu, kamu ebelik süreklilik modelinin hem klinik hem de deneyimsel çıktılar bakımından en olumlu sonuçlara sahip olmasıdır. Kadınlara tanıdık bir ebenin gebelikten postpartum döneme kadar sürekli bakım vermesini esas alan bu model sayesinde sezaryen, epizyotomi ve yenidoğan yoğun bakım yatış oranlarını azaltmakta, normal doğum oranlarını ve memnuniyet düzeyini artırmaktadır.

Buna karşın standart kamu bakımında hizmet, hastane vardiyasında görevli sağlık profesyonelleri tarafından yürütülmekte olup, bakımın sürekliliği sağlanamamakta ve bu durum kadınların karar alma süreçlerine aktif katılımını sınırlandırmaktadır. Özel obstetrik bakım modelleri ise yüksek maliyet, daha fazla medikal müdahale ve daha düşük doğum memnuniyeti gibi olumsuzluklarla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, özel ebelik bakımı ve ortak bakım modelleri üzerine yürütülmüş karşılaştırmalı araştırmaların yetersizliği, bu modellerin etkinliğini değerlendirmeyi güçleştirmektedir (8).

Benzer şekilde, İspanya'dan yapılan bir araştırmada da iki farklı hastanedeki doğum bakım yaklaşımlarında fizyolojik doğumu benimseyen ve kadın merkezli yaklaşımı esas alan ve daha tıbbi müdahale odaklı bir bakım modeli uygulayan hastane arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Kadın merkezli hastanede, normal doğum oranları daha yüksek, sezaryen ve epizyotomi oranları daha düşükken; kadınlar doğum sürecine daha fazla katılım göstermekte ve bakımın kişiselleştirildiğini ifade etmektedirler. Bu bulgular, doğum bakım modellerindeki yapısal farklılıkların doğrudan klinik sonuçlara yansımada olduğunu göstermektedir (9).

Her iki ülke örneğinde de görüldüğü üzere, model tercihi sadece bakım verenin mesleki disiplinine değil; bakımın sürekliliği, karar alma süreçlerine kadının katılımı, doğum yeri seçeneği, müdahale sıklığı ve sağlık sistemi tarafından sunulan finansal mekanizmalara da bağlıdır.

Ebelikte süreklilik modeli yalnızca klinik başarı değil; aynı zamanda annenin deneyimi, sistem maliyeti ve sağlık hizmeti sunumunun sürdürülebilirliği açısından da üstünlük sağladığı gösterilmiştir. 15

2024 yılında Avrupa Perinatal Tıp Derneği ve Avrupa Ebeler Derneği tarafından yayımlanan ortak raporda, ulusal düzeyde sezaryen oranlarının yüzde 15 ile yüzde 20 arasında seyretmesi hem bilimsel veriler hem de başarılı sağlık sistemi örnekleri doğrultusunda önerilmektedir.

randomize kontrollü çalışmayı içeren bir derlemede, ebe sürekliliği ile izlenen kadınların tanıdıkları bir ebenin varlığında doğuma girme, normal doğum yapma ve tıbbi müdahalelere daha az maruz kalma olasılıkları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca preterm doğum ve neonatal mortalite oranlarının düştüğü; kadınların ise bakım alma süreçlerinden daha memnun olduğu bildirilmiştir. Bu model yalnızca kadınların bireysel deneyimini güçlendirmekle kalmayıp, aynı zamanda sağlık sisteminde maliyet etkinliği ve ebelerde tükenmişliği azaltma gibi kurumsal faydalar da sağlamaktadır (10).

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de kadın merkezli doğum hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sadece klinik göstergelerin değil; aynı zamanda deneyim temelli kalite ölçütlerinin de iyileştirilmesini hedefleyen yapısal reformlara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Özellikle ebelik sürekliliğine dayalı bakım modelinin hem sezaryen oranlarının azaltılması hem de doğumun fizyolojik doğasına uygun şekilde yönetilmesi açısından sağladığı yararlar, sağlık politikalarının yönünü belirlemede etkili bir rehber niteliğindedir. Kadının doğum sürecine aktif katılımını destekleyen, gereksiz müdahaleleri azaltan ve doğum sonrası iyileşme sürecini hızlandıran bu modelin, Türkiye gibi sezaryen oranlarının dünya ortalamasının oldukça üzerinde seyrettiği ülkelerde benimsenmesi, anne ve bebek sağlığı açısından stratejik bir öncelik hâline gelmiştir.

Bu kapsamda Türkiye’de atılan en önemli adımlarından biri, Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan Anne Dostu Hastane Programıdır (11). DSÖ’nün “saygılı anne-bakımı” çerçevesinde şekillenen bu program, doğumu yalnızca klinik bir olay olarak değil; kadının biyolojik, duygusal ve sosyal bütünlüğünü etkileyen çok boyutlu bir süreç olarak ele almaktadır. Programın temel amacı; doğumhane ortamlarında kadın merkezli bakımın güçlendirilmesi, doğum sürecinde gereksiz müdahalelerin azaltılması ve doğum deneyiminin hem fizyolojik hem de duygusal açıdan güçlendirici bir sürece dönüşmesini sağlamaktır (12).

Anne Dostu Hastane Programının kavramsal çerçevesi ilk olarak 2010 yılında oluşturulmuş, ardından 2015 yılında sahada pilot uygulamalar başlatılmıştır. Pilot sürecin ardından geliştirilen program, 2018 yılı itibarıyla ulusal ölçekte yaygınlaştırılmış; bu kapsamda 50’den fazla hastane, gerekli kriterleri sağlayarak “Anne Dostu Hastane” ünvanı almaya hak kazanmıştır (13).

Anne Dostu Hastane kriterleri; fiziksel altyapıdan klinik uygulamalara, sağlık personelinin tutumundan kurumsal kültüre kadar geniş bir yelpazede düzenlemeleri içermektedir. Bu kapsamda hastanelerin doğum ünitelerinde mahremiyeti sağlayacak şekilde tek kişilik doğum odalarının yaygınlaştırılması,

doğum sırasında kadınlara refakatçi desteği sağlanması, kadınların tercih ettikleri doğum pozisyonlarında doğum yapabilmesine olanak tanınması, sürekli ebelerle desteği sunulması ve doğum sonrası erken ten tene temas ile emzirmenin başlatılması gibi uygulamalar temel standartlar arasında yer almaktadır. Ayrıca doğum öncesi hazırlık kursları, doğum planı hazırlanması, bilgilendirilmiş onam süreçlerinin güçlendirilmesi ve müdahale kararlarının kadının tercihleri doğrultusunda alınması da programın özünü oluşturmaktadır (13).

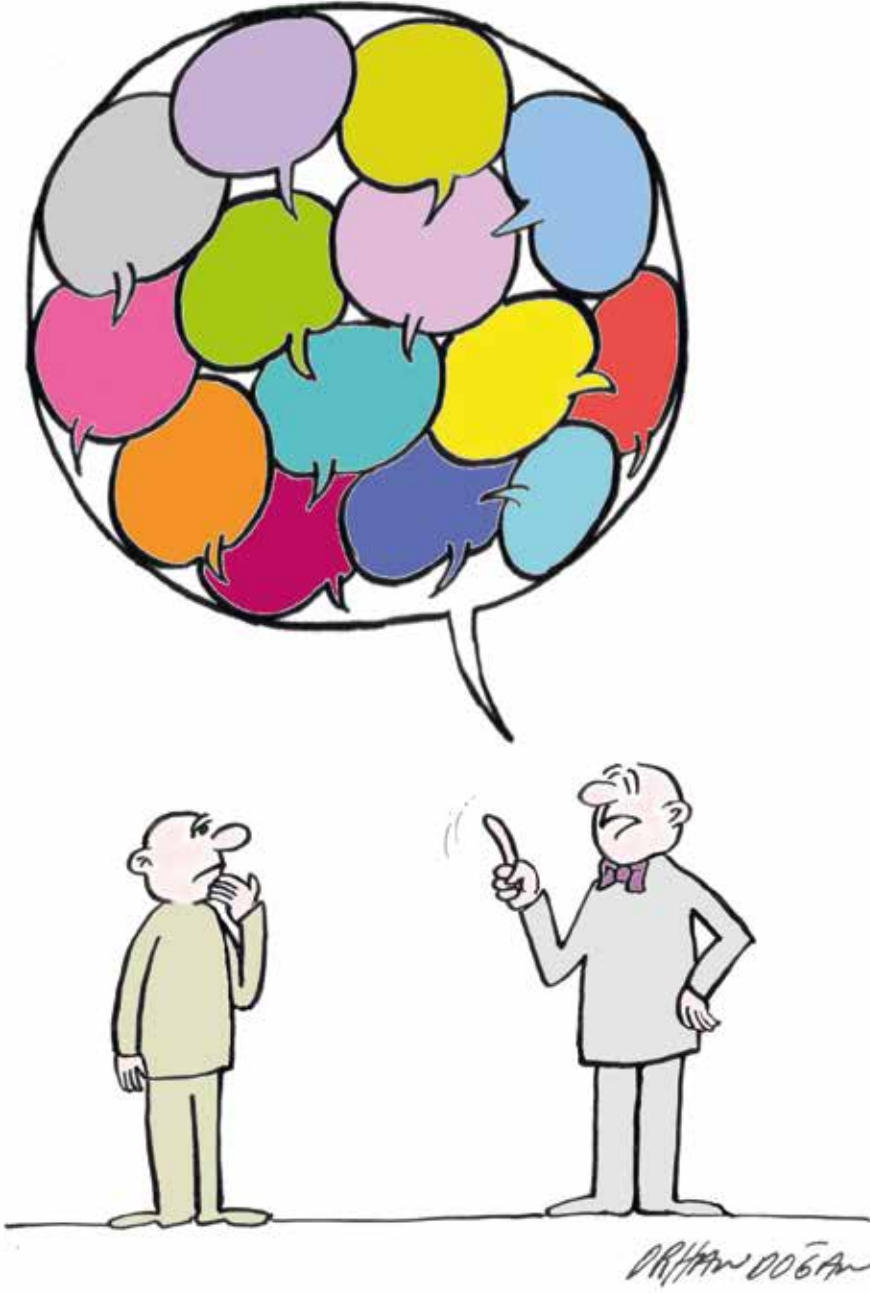
Program yalnızca yapısal ve teknik uygulamalarla sınırlı değildir; aynı zamanda sağlık personelinin iletişim becerilerinin ve etik farkındalığının geliştirilmesini de hedeflemektedir. Anne Dostu Hastane Programı kapsamında görev yapan sağlık personeline yönelik eğitim içerikleri geliştirilmiş; doğum sürecinde kadına saygılı bakım, etkili iletişim teknikleri, empati temelli hizmet sunumu ve kültürel duyarlılık gibi konular hizmet içi eğitim modüllerine entegre edilmiştir. Özellikle ebelerin doğumdaki rolünün tanınması ve güçlendirilmesi, programın ana eksenlerinden biridir (12).

Anne Dostu Hastane Programının bir diğer önemli bileşeni ise sürekli kalite değerlendirmesidir. Bakanlık tarafından geliştirilen Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formları aracılığıyla

hastanelerin fiziksel koşulları, hizmet sunum süreçleri, doğum ortamlarının psikososyal yeterliliği ve sağlık çalışanlarının bilgi-davranış düzeyleri periyodik olarak izlenmekte ve değerlendirme kriterlerini karşılayan hastanelere “Anne Dostu” ünvanı verilmektedir. Bu ünvanla doğumhanelerde sürdürülebilir bir kalite kültürünün inşası açısından sembolik olduğu kadar işlevsel bir araç olarak da değerlendirilmektedir. Özellikle kadınların doğum yapacakları kurumu seçerken bu ünvanı dikkate alabilecekleri göz önünde bulundurulduğunda, Anne Dostu Hastane olmak hem sağlık kurumu hem de anneler açısından karşılıklı bir güven mekanizması kuracaktır (12).

Anne Dostu Hastane Programı, doğum ortamlarının kadın merkezli, mahremiyeti gözetilen ve fizyolojik doğumu destekleyen bir anlayışla yeniden yapılandırılmasını amaçlayarak önemli bir kurumsal dönüşüm başlatmıştır. Bu çerçevede elde edilen kazanımlar, sezaryen oranlarının düşürülmesi hedefiyle daha sistematik ve çok boyutlu müdahaleleri içeren yeni bir stratejik plana zemin oluşturmuştur. 2024 yılında yayımlanan Normal Doğum Eylem Planı, tıbbi gereklilik dışındaki sezaryen uygulamalarını azaltmak, ebelerle rolünün güçlenmesini sağlamak ve doğum bakım hizmetlerinde kaliteyi artırmak amacıyla yapılandırılmıştır. Eylem planında, Anne Dostu Hastane Programı’nın yaygınlaştırılması da bu hedefe hizmet





eden temel yapı taşlarından biri olarak tanımlanmıştır (14).

Normal Doğum Eylem Planı, doğum hizmetlerini yalnızca klinik yönüyle değil, aynı zamanda bireysel deneyim, sağlık okuryazarlığı ve hizmet sunum modeli bağlamında da dönüştürmeyi amaçlamaktadır. “Her Gebeye Ebe” modeli ile her gebenin birebir bir sağlık profesyoneli tarafından takip edilmesi hedeflenmiş; tüm doğum yapılan sağlık tesislerinde gebe okulu kurulması zorunlu hâle getirilmiştir. Gebe okulları, doğum öncesi hazırlık, doğum süreci ve postpartum döneme ilişkin doğru bilgi aktarımını sağlamayı ve doğuma ilişkin korkuların azaltılmasını amaçlamaktadır. Ayrıca gebelerin sağlık okuryazarlık seviyelerini yükseltmek ve kadınların doğum sürecine aktif katılımını teşvik etmek amacıyla geliştirilen “Annelik

Yolculuğu” mobil uygulaması ile dijital takip ve bilgilendirme süreçlerinin desteklenmesi hedeflenmiştir (14).

Sonuç

Türkiye’de sezaryen oranlarının yüzde 60’ın üzerine çıkmış olması, yalnızca klinik uygulamalarla açıklanamayacak derinlikte yapısal ve kültürel bir sorunu işaret etmektedir. Normal doğumun teşviki ve gereksiz sezaryenlerin azaltılması, teknik düzenlemelerin ötesinde toplumsal düzeyde bir sahiplenme ve kültürel dönüşüm gerektirir. Bu doğrultuda geliştirilen Normal Doğum Eylem Planı’nın etkili ve sürdürülebilir olması, yalnızca sağlık profesyonellerinin değil; kadınların, ailelerin ve toplumun tamamının doğuma bakışını dönüştürecek çok boyutlu müdahalelerle mümkündür. Doğum korkusuyla mücadele eden

psikososyal destek programlarının yaygınlaştırılması, doğumun doğal bir süreç olduğuna ilişkin olumlu anlatıların güçlendirilmesi ve kadının doğum sürecindeki rolünün yeniden tanımlanması bu dönüşümün temelini oluşturmaktadır. Aynı zamanda bu dönüşüm, yalnızca politika belgelerine değil, doğuma dair kolektif bilince de dayalı bir değişimi zorunlu kılmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Opiyo, N., Kingdon, C., Oladapo, O. T., Souza, J. P., Vogel, J. P., Bonet, M., et al. (2020). Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 66-68.
- 2) T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklen-ti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 02.06.2025).
- 3) World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections.
- 4) Ayres-de-Campos, D., Simon, A., Modi, N., Tudose, M., Saliba, E., Wielgos, M., et al. (2020). Joint position statement: Caesarean delivery rates at a country level should be in the 15-20% range. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 294, 76-78.
- 5) The Lancet. (2018). Stemming the global caesarean section epidemic. *The Lancet*, 392(10155), 1279.
- 6) Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). OECD Data Explorer: Surgical procedures. [https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df\[ds\]=DisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HEALTH_PROC%40DF_SURG_PROC&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.1&dq=...CM74_CAE.....&pd=2010%2Cto\[TIME_PERIOD\]=false&vw=tb](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_PROC%40DF_SURG_PROC&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.1&dq=...CM74_CAE.....&pd=2010%2Cto[TIME_PERIOD]=false&vw=tb) (Erişim Tarihi: 20.06.2025).
- 7) Ulgu, M. M., Birinci, S., Altun Ensari, T., & Gözükar, M. G. (2023). Cesarean section rates in Turkey 2018-2023: Overview of national data by using Robson ten group classification system. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 20(3), 191-198.
- 8) Talukdar, S., Dingle, K., & Miller, Y. D. (2021). A scoping review of evidence comparing models of maternity care in Australia. *Midwifery*, 99, 102973.
- 9) Ferrer, M. B. C., Jordana, M. C., Meseguer, C. B., Garcia, C. C., & Roche, M. E. M. (2016). Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*, 6(8), e011362.
- 10) Homer, C. S. (2016). Models of maternity care: Evidence for midwifery continuity of care. *Medical Journal of Australia*, 205(8), 370-374.
- 11) T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025). Anne Dostu Hastane Programı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar-2/anne-dostu-hastane-programi.html> (Erişim Tarihi: 21.06.2025).
- 12) T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Anne Dostu Hastane Eğitimci Rehberi.
- 13) T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı. (2018). Ulusal Anne ve Bebek Dostu Hastane Kriterleri ve Ünvan Alan Hastaneler Listesi.
- 14) T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Geliştirme ve Gelişme Merkezi. (2024). Normal Doğum Eylem Planı.

Yaş almanın getirdiklerini geciktirmek için koruyucu yaklaşımlar

Dr. Ayşe Nur Balcı Yapalak



İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden 2014 yılında mezun oldu. Bezmialem Vakıf Üniversitesinde başladığı Halk Sağlığı uzmanlık eğitimini 2020 yılında tamamladı. Devlet Hizmet Yükümlülüğü kapsamında Halk Sağlığı Uzmanı olarak atandığı Patnos İlçe Sağlık Müdürlüğündeki görevini 2022 yılında tamamladıktan sonra İstanbul Medipol Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında Doktor Öğretim Üyesi olarak atandığı görevini hâlen sürdürmektedir. Aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesinde Epidemiyoloji doktora programı öğrencisidir.

Dr. Ömer Ataç



İstanbul Atatürk Fen Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olduktan sonra doktora derecesini İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden Halk Sağlığı alanında aldı. 2012-2015 yılları arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünde görev yaptı. 2016 yılından itibaren İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında çalışmaktadır. 2022-2024 yılları arasında Kentucky Üniversitesinde doktora sonrası araştırmacı olarak bulundu. Kanıta dayalı tıp, birinci basamak sağlık hizmetleri, diyabet epidemiyolojisi, aşı tereddüdü ve akılcı ilaç kullanımı üzerine çalışmaları yayınlanmıştır.

Demografinin Kaçınılmaz Değişimi

Sanitasyon, beslenme gibi yaşam koşullarının, eğitimin ve sağlığın iyileşmesi, kişi başı gelirin artması ile dünya genelinde yaşam süresi uzamıştır. Buna karşılık doğum hızları da ülkeden ülkeye değişen ancak dünya için kabul edilen doğurganlık yenilenme düzeyi olan 2,1'in altına düşmektedir. Dolayısıyla yaşlı bağımlılık oranı da artmaktadır (1).

Türkiye'de de dünyaya benzer şekilde doğuşta beklenen yaşam süresi uzamış ve 1990'da 67,8 yıl iken, 2025'te 77,8 yıla çıkmıştır. Toplam doğurganlık hızı ise 2016 yılından sonra hep 2,1'in altında kalmış, 2025 yılı için 1,6 olarak hesaplanmıştır. Henüz nüfusu azalmaya başlayan ülkeler arasına girmemiş olsak da önümüzdeki 30 yıl içinde nüfusunun ulaşabileceği en üst seviyeye ulaşması beklenen ülkeler arasında Türkiye de bulunmaktadır (2, 3). Bununla birlikte yaşlı nüfus oranımız da artmaktadır. Adrese dayalı kayıt sistemine geçilen 2007 senesinde nüfusumuzun yüzde 7,1'i 65 yaş ve üzeri iken, 2024'te bu oran yüzde 10,6'ya yükselmiştir (4).

Doğum Hızını Arttırma Çabaları

Türkiye'de hem doğum hızlarındaki düşüş hem de yaşlı oranındaki artış nedeniyle, 1965'te yayınlanan Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile birlikte benimsenen antinatalist politikalar, onuncu kalkınma planı ve sonrasında yerini pronatalist politikalara bırakmış, içinde bulunduğumuz 2025 yılı ise 'Aile Yılı' ilan edilmiş ve özellikle toplam doğurganlık hızının artırılması için daha aktif girişimlerde bulunulacağını sinyalleri verilmiştir (5-9). Ancak bizimle benzer süreçlerden geçmiş, yani doğum hızları düşüp yaşlı nüfusu artmış diğer ülkelerde uygulanan politikalardan doğum hızını şu ana kadar sürekli arttırmayı başaran bir ülke olmamıştır. Fransa, İsveç gibi ülkeler 2000'lerin başında uygulamaya başladıkları politikalarla toplam doğum hızlarını 2 civarına yaklaştırmayı başarmış olsa da bu artış kalıcı olmamış ve 2010'lerden sonra tekrardan düşüşe geçmiştir. Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Romanya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde ise son 10 yılda toplam doğurganlık hızında artışlar meydana gelmesini sağlayacak

politikalar uygulanmış ancak doğurganlık yenilenme düzeyine yaklaşamamışlardır. Ayrıca benzer politikaların farklı sosyal ve ekonomik yapıya sahip olan ülkelerde benzer sonuçlar vermediği de bir gerçektir (10, 11).

Doğurganlıktaki azalış trendinin henüz geri döndürülemediği nedeniyle, bilim insanları demografik fırsat penceresi olarak adlandırılan, yani genç nüfus oranının yaşlı nüfus oranının önüne geçmeden önceki dönemin, geleceğe yatırım olarak her alanda iyi değerlendirilmesini önermektedir. Bu dönemi geçirmiş veya sonlarına gelmiş ülkeler için ise kabaca iki seçenek vardır; yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılayabilecek sistemler geliştirmek veya yaşlı nüfusun oluşabilecek ihtiyaçlarını geciktirmek/azaltmak.

Türkiye'nin demografik fırsat dönemi henüz bitmemiştir ancak oldukça az bir zamanının kaldığı tahmin edilmektedir. Bu yazının amacı yaşlanan nüfusumuzun sağlık açısından oluşacak ihtiyaçlarının daha geç dönemlerde başlaması, yaşlı



nüfusun kendini kalkındırma yeteneğini daha geç kaybetmesi veya bu ihtiyaçların ve yetenek kayıplarının daha az düzeyde ortaya çıkması için yapılabilecekleri halk sağlığı yönünden ele almaktır. Bu kapsamda hastalık hizmetlerine değinilmeyecektir.

Yaşlılık Kavramı

Uluslararası kuruluşlar kronolojik olarak yaşlılık için sınırı 65 yaş olarak belirtmektedir. Ancak yaşlılık dönemini tanımlarken 65 yaş üzerinin de homojen bir grup olmadığını, yaşlanmanın biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçleri kapsayan ve bireyden bireye değişen bir durum olduğunu daima göz önünde bulundurmalıdır (12).

Yaşlılık şimdiye kadar birçok sektörde farklı bakış açısıyla tanımlanmış ve tanımlı özellikle kültüre göre çeşitlilik göstermiştir. Hatta aynı toplumun parçası olan kişiler tarafından da değişik şekillerde yorumlanabilmiştir. 2009'da Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada katılımcıların yüzde 79'u yaşlılık belirtisi olarak 85 yaşını geçmeyi, yüzde 76'sı bağımsız yaşayamamayı, yüzde 66'sı araba sürememeyi göstermiştir. Yaşlılığı tanımlamak için kronolojik yaş sınırı sorulduğunda ise 18-29 yaş arası katılımcıların cevap ortalamaları 60 yaş, 30-49 yaş katılımcıların 69 yaş, 50-64 yaş katılımcıların 72 yaş, 65 yaş ve üzeri katılımcıların ise 74 yaş olmuştur. Psikolojik olarak yaşlanmanın başlangıcını belirlemenin ise neredeyse imkânsız olduğu düşünülmektedir (13, 14).

Tarihsel antropoloji yaşamın dönemlerini tanımlarken kronolojik yaş ve ailesel durumları birlikte göz önünde bulundurmıştır. Mesela 30 yaşında evlenmemiş birini genç sayarken, yaşından bağımsız torunu olan birini yaşlı kategorisine koyabilmektedir. Ekonomistler ise farklı olarak yaşlılığı iş gücüne katılım sağlanamayan yıllar olarak tanımlamıştır (15).

Değişen Dünyada Yaşlının Yeri

Yaşlılar fizyolojik olarak bazı kayıplara uğrasalar da genelde saygı gösterilen, bilgisine ihtiyaç duyulan, deneyimlerine başvuru olan kişiler olarak görülmektedir. Küreselleşme, teknolojik gelişmeler, kentleşme, cinsiyet normlarının değişmesi, göçler gibi dünyanın değişen yüzü ise yaşlıların bu rollerini bir şekilde etkilemeye, fiziksel ve sosyal özgürlüklerini kısıtlamaya, aile içindeki gereksinimlerini azaltmaya başladı (16).

Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı bakımından çoğunlukla aile ya da sosyal çevre, özellikle de kadınlar sorumlu tutulmaktaydı. Ailede bakıma ihtiyaç duyanların bakımını üstlenen kadının sağlığı olumsuz yönde etkilenmekte, bu da yaşamı boyunca geçirdiği sağlıksız yılların erkeklerden fazla olmasına, ileri yaşlarda sağlıksız olma olasılıklarının artmasına neden olmaktadır. Ancak kırdan kente göçler ile kalabalık aile yapısı yerini çekirdek aileye bırakmış, özellikle kadınların eğitim seviyesinin ve çalışma hayatına katılımının artmasıyla düşen evlilik ve doğum hızları ailelerin

Doğurganlıktaki azalış trendinin henüz geri döndürülemeyişi nedeniyle, bilim insanları demografik fırsat penceresi olarak adlandırılan, yani genç nüfus oranının yaşlı nüfus oranının önüne geçmeden önceki dönemin, geleceğe yatırım olarak her alanda iyi değerlendirilmesini önermektedir. Bu dönemi geçirmiş veya sonlarına gelmiş ülkeler için ise kabaca iki seçenek vardır; yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılayabilecek sistemler geliştirmek veya yaşlı nüfusun oluşabilecek ihtiyaçlarını geciktirmek/azaltmak.

küçülmesinde rol oynamıştır. Bunun bir sonucu olarak genç yetişkinler ailede ihtiyacı olanların bakımına daha az vakit ayırmaya başlamıştır. Ancak bu kez iki ebeveyni de çalışan çocukların bakıcılığı rolünü ailedeki yaşlı bireylerin üstlenmesi gibi bir durum söz konusu olmuştur. 2023 yılında 65 yaş üzeri kişilerin yaklaşık yüzde 7,5'inin haftada en az 5 gün torununun bakımı ile ilgilendiği tespit edilmiştir. Bu bakım yükünün yaşlı bireylerin sağlığını ve sosyalleşme kapasitesini kötü etkileyebileceği düşünülmektedir (16-19).

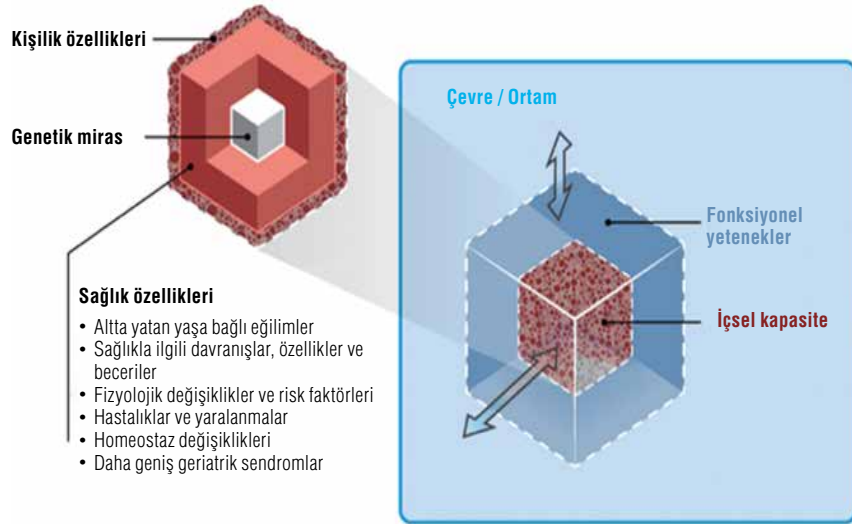
Ömrün uzamasıyla aynı zaman diliminde yaşayan jenerasyon sayısı artmış ancak aile bireyleri birbirlerinden ayrı yaşamaya başlamıştır. Türkiye’de 2004 yılı verilerine göre 65 yaş üzeri kişilerin yüzde 11,6’si tek başına, yüzde 32,3’ü eşleriyle yaşamaktaydı. 2023’te ise bu oranlar sırasıyla yüzde 20,4 ve yüzde 35,8’e çıkmıştır (20, 21). Tek başına yaşayan yaşlı sayısının artması yaşlıların izole bir hayatlarının olması ve istismar edilme ihtimallerini artırmaktadır. Ancak yaşlıların yalnız yaşamaya geçişlerinde Türkiye’de Batı toplumlarından daha farklı bir seyir mevcuttur. Çocukları ile yaşamayan yaşlıların yüzde 64’ünün haftada en az 1 kez çocukları tarafından ziyaret edildiği ve çocukların genelde ebeveynleriyle yakın muhitlerde yaşamayı tercih ettiği görülmüştür (22, 23). Bu durum yaşlının kendini yalnız hissetmesini bir nebze engellemekle birlikte, kentlerde yaşama oranlarının artmasını sağlayan etkenlerden biri olmuştur. 2022 yılında 65 yaş üzeri nüfusunun yüzde 69,9’unun kentlerde yaşadığı görülmüştür (24). Kent yaşamı ise özellikle ileri yaşlarda sosyal izolasyon ve azalmış duygusal yakınlıklar ile ilişkili bulunmuştur (25).

Yaşlanma Sürecine Yaklaşımlar

Aktif Yaşlanma

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlanmanın olumlu bir deneyim olabilmesi için bireylerin sağlık, güvenlik ve topluma katılım fırsatlarının sürdürülmesi gerektiğini belirtmiş ve bu yaklaşımı “Aktif Yaşlanma” olarak tanımlamıştır (26). Aktif yaşlanma yalnızca fiziksel ve istihdam açısından değil; sosyal, kültürel, manevi ve vatandaşlık boyutlarında da bireylerin topluma katılımını ve katkılarını desteklemeyi hedefler. Bu kavram, ihtiyaçlara dayalı pasif yaklaşımlar yerine fırsat eşitliği ve hak temelli politikaları savunur. Aktif yaşlanmayı destekleyen müdahaleler, genellikle ileri yaş nüfusuna yönelik olup, yaşlanmaya bağlı yeti kayıplarına rağmen işlevselliğin korunmasını amaçlar. Bu yönüyle, aktif yaşlanma yaklaşımı ‘ikincil ve üçüncül koruma’ yöntemleriyle benzerlik göstermektedir.

Kişiyi otonomi ve bağımsızlık sağlamak en önemli hedeflerindendir. Otonomi kişinin kendi kararlarını dilediği şekilde verebilmesi, bağımsızlık ise kişinin günlük yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan işlevleri başkasına muhtaç olmadan yapabilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (26). Bunlar için en önemli adımlardan biri toplumların yaşlılık dönemine olan olumsuz bakış açısını değiştirebilmektir.



Şekil 1. DSO sağlıklı yaşlanma modeli (16)

Aktif yaşlanma ile ilgili politikaların geliştirilmesini desteklemek ve teşvik etmek amacıyla BM tarafından 2012 yılında kanıta dayalı bir araç olarak Aktif Yaşlanma Endeksi (AAI) hazırlanmıştır. Endeks, yaşlı insanların kullanılmayan potansiyellerini değerlendirme hedefiyle yaşlıların istihdamını, topluma katılımlarını, bağımsız, sağlıklı ve güvenli yaşamlarını, aktif yaşlanma için kapasite ve destekleyici çevrelerini değerlendirmektedir. İstihdam ve topluma katılım -ki çocuk, torun ve yaşlı bakımını da içerir- bu endeksten alınan puanın yüzde 70’ini oluşturmaktadır (27).

Aktif yaşlanma kavramı her ne kadar fiziksel aktif olma hâli ile sınırlandırılmamışsa da politika düzeyinde genelde bu çerçevede kalmıştır. Ayrıca sağlıklı bir yaş alma süreci olmadan, yaşlılık döneminin aktif geçirilmesinin gerçekçi olmadığı yönündeki eleştirilere de maruz kalmış, bu nedenle 2015 yılında yine DSÖ tarafından ‘sağlıklı yaşlanma’ kavramı geliştirilerek daha kapsayıcı bir çerçeve oluşturulmaya çalışılmıştır.

Sağlıklı Yaşlanma

Doğumda beklenen yaşam süresi artarken, sağlıklı geçirilen yıllar da uzamaktadır. Örneğin Türkiye’de 2000 yılında doğan bir kişinin sağlıklı geçirmesi beklenen süre 9,4 yıl iken, bu süre 2019 doğumlular için 10,2 yıla çıkmıştır (28). Ancak sağlıklı yaşlanma, hastalısız olmakla; sağlık hizmetleri de yalnızca hastane hizmetleriyle sınırlı değildir. DSÖ, sağlıklı yaşlanmayı “yaşlılıkta iyilik hâlini sağlayacak fonksiyonel yeteneklerin geliştirilmesi ve sürdürülmesi” olarak tanımlar. Yaş

ilerledikçe birden fazla hastalığın bir arada görülme olasılığı artsa da bu hastalıklar kontrol altına alınırsa fonksiyonel yetenekler korunabilir. Bu yetenekler yalnızca fiziksel değil; aynı zamanda entelektüel, sosyal ve duygusal alanlarla da ilişkilidir (16; 29). Sağlıklı yaşlanma, bireyin yaşam boyu biriktirdiği güç ve zayıflıkların toplamı olarak düşünülmeli; bu nedenle, sadece yaşlılara değil, her yaş grubuna yönelik stratejilerle desteklenmelidir. DSÖ’nün bu alandaki stratejileri, yaşlanma belirtilerini geciktirmeyi, morbiditeyi yaşamın son dönemine sıkıştırmayı ve kırılganlığa geçişi ertelemeyi hedefler. Bu yaklaşım, fiziksel ve zihinsel rezervleri korumaya odaklanan ‘birincil koruma’ stratejileriyle büyük benzerlik taşır (19).

DSÖ’nün şematize ettiği sağlıklı yaşlanma modeline göre (Şekil 1), bireyler arası farklılıklar bu süreci olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Sağlıklı yaşlanma genetik özelliklerle başlar; sosyal çevre, yaşam tarzı ve alışkanlıklarla şekillenir. Cinsiyet, etnik köken, eğitim, meslek ve gelir gibi ‘kişisel özellikler’ ise bireyin sosyal statüsünü belirleyerek kaynaklara erişim, fırsatlar ve risklerle karşılaşma düzeyini etkiler.

Yaşla birlikte moleküler ve hücresel düzeyde hasar birikir; bu da fizyolojik ve homeostatik değişikliklere yol açar. Ancak bu değişikliklerin düzeyi her bireyde aynı değildir. Pozitif veya negatif alışkanlıklar, çevresel koşullar ve sosyal bağlam, bireyin sağlık özelliklerini şekillendirir. Tüm bu etkenlerin birleşimiyle ortaya çıkan içsel kapasite, bireyin ulaşabileceği maksimum potansiyeli ifade eder.

Fonksiyonel yetenek ise bireyin değer verdiği faaliyetleri gerçekleştirme becerisidir; temel ihtiyaçları karşılamak, hareket etmek, karar vermek, öğrenmek, ilişkiler kurmak ve topluma katkı sağlamak bu kapsama girer. Çevresel koşullar bu yetenekleri destekleyebilir ya da kısıtlayabilir. Kişi ile çevresi arasındaki uyum ne kadar yüksekse, içsel kapasitesini ve fonksiyonel yeteneklerini geliştirme olasılığı da o kadar artar. Ayrıca, modelde yer almasa da dayanıklılık (resilience) da bu süreci etkileyen önemli bir unsurdur ve bireyin içsel kapasitesi, çevresi ve kişisel özelliklerinden beslenir (16).

Yaş Almaya Ömür Boyu Yaklaşım

İçsel kapasitesi yüksek ve stabil olan kişilere yönelik politikalar (Birincil Koruma): İleri yaşlarda sağlıklı olabilmek çocukluktan itibaren sahip olduğumuz alışkanlıklara, yaşam tarzına, çevresel ve fiziksel imkânlarla yakından ilişkilidir. İleri yaşlarda iyi bir sağlığa sahip olmak için bireysel olarak üzerimize düşen sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemektir. Devletin sorumluluğu ise bunu destekleyecek fiziksel, sosyal ve yapısal ortamlar oluşturmak için dayanıklılığı ve psikososyal gelişimi güçlendiren stratejileri incelemektir. Ayrıca bu stratejilerin birden fazla düzeyde ve sektörde yürütülmesi gerekmektedir (19; 30). Bunun için sağlık sektöründe atılması gereken öncelikli bazı adımlar vardır: 1) Sağlık hizmetlerini sadece hastane hizmetlerinden ibaret görmemek, 2) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini hastanelerin yükünü azaltmaktan ziyade toplumun sağlık okuryazarlığını desteklemek ve sağlığını geliştirmek gibi amaçlar için hizmete sunmak, 3) Toplumun sağlıklı olma durumunun ancak tüm sektörlerin katılımıyla sağlanabileceği göz önünde bulundurulduğunda, tüm sektörlerde verilen kararlarda sağlık bakış açısını önceleyebilmek için rehberlik etmek.

Sağlıklı yaşlanma için gerekli olan destekleyici çevre ise çok boyutlu bir yapıya sahiptir ve şu bileşenleri kapsar (31, 32): 1) Bireylerin fiziksel olarak aktif kalabileceği yeşil alanlar, yaya ve bisiklet yolları, kamusal açık alanlar, güvenli konutlar ve sokak aydınlatmalarını içeren kent planlamaları, 2) Hem ev hem de okul, iş gibi ev dışındaki ortamlarda sağlıklı, taze ve ekonomik gıdaya erişim, 3) İş yeri ve okullarda ergonomik koşulların iyileştirilmesi ve ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, 4) Okullarda sağlık eğitimi ve teşvik programları içeriklerini

zenginleştirmek, 5) Sağlık için risk faktörü olduğu kanıtlanmış ürünlere erişimi (tütün, alkol, şeker, tuz vb.) veya maruziyeti (kamusal alanlarda alkol, kapalı alanlarda tütün tüketimi veya sağlıksız besin reklamları gibi) vergi/ceza gibi uygulamalarla kısıtlamak, 6) Kütüphane, müze, kültür merkezi, park, hobi merkezleri, spor alanları, ibadethane, medrese gibi sosyal etkileşimi arttıracak sosyokültürel alanlar 7) Toplumun kendi sağlıklarını etkileyen karar süreçlerine katılımlarını sağlamak.

Bu tür destekleyici ortamların başarılı uygulamalarına farklı ülkelerde rastlamak mümkündür. Örneğin Finlandiya'da tüm okullarda zorunlu günlük fiziksel aktivite ve sağlık eğitimi müfredatın önemli bir parçasıdır. Dengeli beslenme imkânları ise devlet okulları tarafından karşılanmaktadır. Okullarda sağlık hemşiresi ve psikolojik danışman bulunması zorunlu personellerdir (33). Hollanda, bisikletle ulaşımı ulusal düzeyde yaygınlaştırmıştır (34).

Sağlık, yalnızca sağlık sektörünün sorumluluğunda değildir. Ulaşım, tarım, çevre, eğitim ve konut gibi tüm sektörlerde alınan kararların sağlık üzerindeki etkileri dikkate alınmalıdır. Bu da karar alma süreçlerine sağlık perspektifinin dâhil edilmesiyle mümkündür. Tüm Politikalarda Sağlık (Health in All Policies) yaklaşımı, farklı sektörlerde sağlık etkilerini gözetmeyi ve sağlık uzmanlarının katkısıyla çok sektörlü koordinasyon sağlamayı hedefler. Aksi takdirde, tüm yükün sadece sağlık çalışanlarına bırakıldığı sistemler, yalnızca sağlıksız geçen yaşam yıllarını artırmakla yetinecek ve sürdürülebilir olmayacaktır.

İçsel kapasitesi azalmaya başlamış kişiler için stratejiler (İkincil Koruma):

Yaşlılık kimi bireylerde uzun yıllar boyunca yüksek işlevsellikle devam ederken, kiminde daha erken dönemlerde kapasite kayıpları görülebilir. Kapasitesi azalan yaşlılar, tam bağımlı bireyler olmadan önce desteklenebilecek en kritik gruptur. Bu nedenle bu dönemdeki stratejiler, sağlığı koruyucu ve kapasiteyi destekleyici bir bakış açısıyla ele alınmalıdır. Sağlık sistemlerinin bu noktada görevi yalnızca hastalıkları tedavi etmek değil, yaşlının günlük yaşamını sürdürebileceği kapasiteyi destekleyen hizmetleri görünür ve erişilebilir kılmaktır. Bu grup için sağlık hizmetlerinin, yalnızca hastalanıldığında başvurulacak bir yapıdan çıkıp, hem bireyler hem de sağlık çalışanları tarafından talep edilebilecek şekilde düzenli takip sistemleri içermesi gerekmektedir.

Bunlara yönelik Türkiye'de birinci basamakta 65 yaş üzeri riskli nüfusun izlemi için Hastalık Yönetim Platformu (HYP) kurulmuştur. Ancak sistem yükün sadece sağlık çalışanı üzerinden kurgulanıp vatandaşa sorumluluk yüklememesi, zaten fazla olan iş yükünü artıracak izlem ekranlarına sahip olduğu, izlemlerin daha çok tanı odaklı kalması ve kişiye özel müdahale veya uyarı mekanizmalarının bulunmaması gibi nedenlerle eleştirilmiştir izlemlerin tanı ile sınırlı olduğu, uyarı ya da kişiye özel müdahale gibi toplumun sağlığında etki oluşturabilecek adımları içermediği gibi gerekçelerle eleştiri konusu olmuştur (35-37). Tüm bu eksiklerine rağmen, yaşlı bireylerin düzenli takibini gündeme taşıyan bu girişim önemli bir başlangıç olarak değerlendirilmelidir.

Sağlık sektörünün doğrudan müdahil olmadığı alanlarda da yaşlı bireylerin kapasitesini koruyacak ya da en azından daha hızlı kaybı önleyecek yapılmalara ihtiyaç vardır. Fiziksel çevre, yaşlının bağımsızlığını doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Konut içi düzenlemeler, uygun bina girişleri ve asansörlü yapılar yaşlı bireyin hareket alanını artırırken bakım ihtiyacını azaltabilir. Kamusal alanlarda ise oturma/dinlenme imkânlarının sıklığı, yürüme yollarının güvenliği, parkların erişilebilirliği ve kamusal tuvaletlerin varlığı gibi basit ama kritik unsurlar, kapasitesi azalan bir yaşlının dış dünyayla bağını sürdürebilmesini sağlar. Bu unsurların eksikliği, bireyin evine kapanarak hem fiziksel inaktivitesinin derinleşmesine hem de sosyal ilişkilerden koparak zihinsel ve duygusal kapasitesinin daha hızlı gerilemesine yol açabilir.

Yaşlı bireylerin toplumsal yaşamdan uzaklaşması yalnızca fiziksel kısıtlılıkların değil, toplumun yaşlılığa dair algısının da bir sonucudur. Yaşlılık, çoğu zaman üretkenliğin sona erdiği ve bireyin edilgenleştiği bir dönem olarak görülür. Bu yaklaşım, yaşlı bireylerin sosyal yaşamdan dışlanmasına, karar alma süreçlerine dâhil edilmemesine ve kamusal görünürlüklerinin azalmasına yol açar. Bu süreç, kişilerin yalnızca yaşları nedeniyle eşitsizliğe maruz kaldıkları yaş ayrımcılığı (ageism) olgusunun somut bir yansımasıdır (38). Oysa yaşlılık, deneyimin katkıya dönüştüğü aktif bir evre olarak değerlendirilmelidir. Bu bakış açısının yerleşebilmesi için sosyal içme (social inclusion) yaklaşımının benimsenmesi

gerekir (39). Yani yaşlı bireylerin sosyal yaşama katılımı bir ayrıcalık değil, temel bir hak olarak görülüp teşvik edilmelidir.

Yaş ayrımcılığının düşünce ve tanımlardaki değişimlerle kolayca önlenebileceği zannedilebilir. Ancak bir toplumun veya bireyin bakış açısını, alışkanlıklarını ve inançlarını değiştirmek kolay değildir. Bunun için farklı stratejiler önerilmektedir. Bunların başında yaş temelli ayrımcılığı yasaklayan yasa yapımı gelmektedir. DSÖ yaşından bağımsız olarak her bireyin sağlık, eğitim, istihdam ve sosyal yaşama erişiminin hak olduğunu özellikle vurgular. Bunun yanında, yaşlılık dönemine dair olumsuz algıları değiştirilmesi gerektiğinin üstünde durmaktadır. Medyada yaşlı bireylerin yalnızca muhtaç figürler olarak değil; aktif, üretken ve bilge karakterler olarak temsil edilmesini önerir. Ayrıca, kuşaklararası bağların güçlendirilmesi için okullarda, toplumsal aktivitelerde farklı kuşakların bir araya gelmesini sağlayan etkinlikler düzenlenmesini tavsiye edilmektedir (40).

Ülkemizde yaşlı bireylerin yalnızlaşmasının nedenlerinden bir diğeri de aslında bahsettiğimiz rol değişiklikleridir. Türkiye’de yaşlı bireyler tarihsel olarak aile içinde sözü dinlenen, deneyimleriyle yol gösteren ve kuşaklar arası bağları sağlayan kişiler olarak görülmüştür. Ancak kentleşme, çekirdek aile yapısının yaygınlaşması ve yaşam koşullarındaki dönüşümlerle birlikte bu roller belirgin biçimde değişmiştir. Günümüzde pek çok yaşlı birey çocuklarına yakın yaşasa da onlarla aynı evde yaşamamakta, bu da fiziksel yakınlığa rağmen sosyal uzaklık ve yalnızlık duygusunun artmasına neden olmaktadır. Özellikle torun bakımı, yaşlı bireylerin aile içinde üstlendiği en yaygın rollerden biri hâline gelmiştir. Sağlığı elverdiği sürece torun bakımı, yaşlı bireyin yalnızlığını azaltmak, kendini işe yarar hissetmek ve aile bağlarını kuvvetlendirmek açısından olumlu etkiler yaratabilir. Ancak uluslararası kuruluşların da uyardığı gibi, bu durumun hem fiziksel sağlıklarını zorlayıcı, hem sosyal hayatlarını kısıtlayıcı, hem de stres ve tükenmişliklerini artırıcı etkisi olduğu da gösterilmiştir (41-43).

Yaşamın bu döneminde sosyal ilişkilerin canlı tutulması, psikolojik iyilik hâlini desteklediği gibi, bireyin işlevselliğini ve yaşamdan aldığı anlamı da güçlendirir. Bu ara dönemde atılacak küçük ama bütüncül adımlar, yaşlı bireyin yaşam

kalitesini artırmakla kalmaz, uzun vadeli bakım ihtiyacını da geciktirerek toplumsal sağlık yükünü azaltır.

İçsel kapasitesi belirgin biçimde azalmış kişiler için stratejiler (Üçüncül Koruma): İçsel kapasitelerinde önemli kayıplar olan kişiler için onurlu ve anlamlı bir yaşam sürebilmek genellikle başkalarının bakımı, desteği ve yardımıyla mümkündür. Yaş arttıkça kişilerin bakım ihtiyaçlarının da arttığı bilinmektedir ancak bu artışın hızı ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişiklik göstermektedir. Ayrıca mevcut tahminlerin, bakım ihtiyacı olan kişi oranını olduğundan düşük gösterdiği düşünülmektedir. Bunun temel nedeni, bakım ihtiyacının yalnızca temel yaşam aktivitelerini gerçekleştirilemeyen düzeyine ulaşıldığında tanımlanması ve böylece daha hafif destek ihtiyaçlarının göz ardı edilmesidir. Oysa erken aşamada sağlanacak destek, daha ağır bakım ihtiyacı oluşmasını geciktirebilir.

Bu desteklerin tümü, uzun dönem bakım sistemi kavramı altında toplanır ve aile üyeleri, ücretsiz veya ücretli profesyonel olmayan bakıcılar, kurumsal bakım hizmetleri, toplum temelli bakım hizmetleri ve bakım verene destek hizmetleri gibi unsurları içerir. Hangi unsurların daha ağırlıklı olacağı, ülkenin kaynaklarına, kültürel yapısına ve ihtiyaçlara göre değişmektedir. Ancak özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu hizmetlerin sistemli ve kapsayıcı bir yapıya kavuştuğu söylenemez.

Uzun dönem bakım sistemleri genel olarak toplum temelli (kişinin evinde ya da mahallesinde) ve kurumsal (huzurevi gibi) olarak ayrılmaktadır. Toplum temelli bakımlar yaşlıların hayat kalitesini artırdığı, hastaneye yatışları geciktirdiği ve yaşlılar tarafından daha çok tercih edildiği için daha çok tercih edilmeye başlanmıştır. Ancak burada iki önemli sorun öne çıkmaktadır. Birincisi bakım verenlerin büyük çoğunluğunu ailenin kadın üyeleri oluşturmaktadır. Bu durum kadınların kariyer fırsatlarını kısıtlamakta ve ekonomik olarak dezavantajlı duruma düşmelerine neden olmaktadır. İkincisi ise gerek ücretli gerekse ücretsiz bakım verenlerin çoğu, konuya ilişkin yeterli eğitime sahip değildir (16). Bu nedenlerle, yerinde yaşlanmayı destekleyen toplum temelli bakım sistemlerinde; 1) Devletin bakım verenlere eğitim olanakları sunması, 2) Devletin aile üyeleri bakım verse dahi, ekonomik destek sağlaması,

3) Gelişen teknolojik imkânlar kullanılarak yaşlı bireylerin sağlık, güvenlik ve sosyal ihtiyaçlarının takibinin kolaylaştırılması, 4) Bakımın bir aile görevi olarak görülmesinin yanı sıra profesyonel bir destek ihtiyacı olduğu bilincinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Ülkemizde hâlihazırda belediyeler ve bakanlıklar tarafından verilen evde sağlık ve evde bakım hizmetleri bulunmaktadır. Ancak bu hizmetlerin yaygınlaştırılması, erişimin kolaylaştırılması ve hizmet kapsamının bireysel ihtiyaçlara göre genişletilmesi gerekmektedir. Kültürel değerlerimizde yaşlıya bakmak ve duasını almak kutsal bir sorumluluk olarak görülmektedir. Bu değeri korumak önemli olmakla birlikte, gelecekte bu sorumluluğun gönüllülük esasına dayanarak ve destek mekanizmalarıyla güçlendirilerek sürdürülmesi, bakım iş gücünü koruma ve büyütme açısından kritik olacaktır.

“Yerinde yaşlanma” izole yaşayan, bakımı karşılanamayan, uygunsuz ev koşullarında ve güvensiz bir çevrede yaşayan yaşlılar göz önünde bulundurulduğunda tek başına çözüm olarak kabul edilememektedir. Huzurevleri, gündüz bakım merkezleri, gibi kurumlar bunun için alternatif oluşturmaktadır. Bu kurumsal bakım tesisleri geçmişte daha çok tıbbi model üzerine kurulmuşken, günümüzde ev ortamına daha yakın, sosyal içerikli yapılar hâline getirilmeye çalışılmaktadır. Buna rağmen çoğu yaşlı birey alıştığı çevreden ayrılmayı istemediği için huzurevlerini tercih etmemektedir. Bazı bireyler için bu ortamlar sosyalleşme fırsatı sunarken, diğerleri için kendi düzenlerini kuramadıkları, paylaşım zorunluluğuna dayalı, uyum gerektiren stresli ortamlar olabilmektedir. Bu kurumlardaki bakımın da kimisi profesyonel olmasından memnunken kimisi bu profesyonelliğin samimiyeti kaybettiğini savunmaktadır (44). Ayrıca mekân değişikliği, özellikle hafıza problemleri yaşayan bireyler için ek riskler doğurabilmektedir. Bu nedenle, kurumsal bakımların da bireyin kişisel tercihleri, sosyal ihtiyaçları ve güvenlik beklentileri dikkate alınarak planlanması gerekmektedir.

Kurumsal bakım hizmetlerinde dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de erişilebilirlik önemli bir sorundur. Türkiye’de huzurevlerinde kalan yaşlıların yaklaşık yarısı kamu kurumlarında ikamet etmekte; bu kurumlarda düşük ücretli, ihtiyacı olanlara ise indirimli veya ücretsiz hizmet

sunulmaktadır. Ayrıca ücretsiz kalanlara harçlık verilmekte olup özel kurumlar ise kapasitelerinin yüzde 5'i kadar yaşlıya ücretsiz hizmet sağlamakla yükümlüdür (45). Bu uygulamalar devletin konuya duyarsız olmadığını gösterse de, mevcut kapasite artan ihtiyacı karşılamaya yetmemektedir. Kurumlara kabulde uzun bekleme süreleri ve belirsizlikler, özellikle düşük gelirli yaşlılar için ciddi eşitsizlikler doğurmaktadır. Ayrıca, uzun dönem bakım sistemlerinin sağlık ve sosyal hizmetlerle entegre şekilde çalışması gerekmektedir. Her ne kadar bu alanlar yapısal olarak ayrı olsa da; sevk zincirleri, veri sistemleri ve konsültasyon süreçlerinin koordineli ilerlemesi önemlidir. Gelecekte bakım veren ihtiyacının artacağı öngörüldüğünde, toplum temelli modellerin daha sürdürülebilir ve ekonomik olduğu açıktır. Ancak hangi model olursa olsun oturmuş sistemler olmadan verilen bakım hizmetleri -gerek aile gerekse devlet eliyle sunulsun- çoğu zaman yalnızca bireyi hayatta tutmayı hedeflemekte, onun onurunu, yaşam amacını ve işlevselliğini korumada yetersiz kalmaktadır.

Sonuç olarak, ileri yaşlarda sağlıklı olabilme şansına bağlı değildir. Yaşlanmayı geciktirmek ve yaşlılıkta bağımsızlığı korumak yalnızca bireysel tercihlere değil, yaşam boyu sürdürülen destekleyici çevrelere ve doğru müdahalelere bağlıdır. Eğitim, gelir durumu, çevre düzenlemeleri, sosyal ilişkiler ve yaş dostu hizmetlerin varlığı bu süreci doğrudan etkileyen belirleyici unsurlardır. Ayrıca, yalnızca sağlık sistemlerinin değil, tüm toplumsal yapıların bu süreci destekleyecek şekilde dönüştürülmesi gerekir. Sağlıklı, işlevsel ve anlamlı bir yaşlılık süreci için erken dönemlerden itibaren atılacak adımlar, bireyler ve toplumlar için uzun vadeli kazanımlar sağlayacaktır.

Kaynaklar

- 1) Pol, L. G., & Thomas, R. K. (2013). *The demography of health and healthcare* (3rd ed.). Springer.
- 2) United Nations. (2024a). *World population prospects 2024: Summary of results*.
- 3) United Nations. (2024b). *World population prospects: The 2024 revision*. <https://population.un.org/wpp/>.
- 4) Türkiye İstatistik Kurumu. (2025b). *Yıllara, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus, 1935-2024*.
- 5) Özdemir, A. (2017). Doğum kontrol teşviklerinden en az üç çocuğa: Tarihîsel süreçte Türkiye'de anti-natalist ve pronatalist politikaların seyri. *Uluslararası Politik Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 65–75.
- 6) T.C. Cumhurbaşkanlığı. (2025). *Aile Yılı*. <https://www.aileyili.gov.tr/>
- 7) T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2013). *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)*.

8) T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). *On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023)*.

9) T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). *On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028)*.

10) Sobotka, T., Matysiak, A., & Brzozowska, Z. (2019). Policy responses to low fertility: How effective are they?

11) The World Bank. (2023). *Fertility rate, total (births per woman)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

12) Sinha, S. K., & Ellis, B. (2022). *Health of older people*. In R. Detels, Q. A. Karim, F. Baum, L. Li, & A. H. Leyland (Eds.), *Oxford Textbook of Global Public Health* (7th ed.). Oxford University Press.

13) Sucu, N. (2018). Huzurevinde kalan yaşlıların huzurevi ile ilgili algıları, deneyimleri ve yaşam beklentileri: Niğde örneği. *Millî Kültür Araştırma Dergisi*, 2(2), 127–150.

14) Taylor, P., Morin, R., Parker, K., Cohn, D. V., & Wang, W. (2009). Growing old in America: Expectations vs. reality. In Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/3/2010/10/Getting-Old-in-America.pdf> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

15) Grigoryeva, I., Vidasova, L., Dmitrieva, A., & Sergeyeva, O. (2019). *Elderly population in modern Russia*. Springer International Publishing.

16) World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*.

17) Türkiye İstatistik Kurumu. (2025a). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2024*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2024-54079> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

18) United Nations. (2007). *World Economic and Social Survey 2007: Development in an ageing world*.

19) World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*.

20) Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Türkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-53809> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

21) United Nations. (2022). *Living Arrangements of Older Persons, 2022*. <https://popdiv.dfs.un.org/livingarrangements/index.html#!/countries/840> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

22) Şenol, D., & Erdem, S. (2017). Yaşlılık ve yaşlı kadınlarda huzurevi algısı: Nitel bir çalışma. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 31–50.

23) Türkiye İstatistik Kurumu. (2023a). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2022*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2022-49667> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

24) Türkiye İstatistik Kurumu. (2023b). *Kent-Kır Nüfus İstatistikleri, 2022*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Kent-Kir-Nufus-İstatistikleri-2022-49755> (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

25) World Health Organization. (2021b). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*.

26) World Health Organization. (2002). *Active ageing : a policy framework*.

27) Beşe Canpolat, Ş., & Taştı, E. (2022). Türkiye'de aktif yaşlanma endeksinde 2008-2020 döneminde yaşanan değişim: Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırmalı bir değerlendirme. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 22(45), 443–499.

28) World Health Organization. (2020). *World Health Statistics: Life expectancy and healthy life expectancy data by country*. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.SDG2016LEX>.

29) Souare, G. E., & Lyold, L. S. (2008). *The History and Demography of Aging in the United States*. In S. Loue & M. Sajatovic (Eds.), *Encyclopedia of Aging and Public Health* (pp. 11–22). Springer.

30) United Nations. (2002). *Report of the Second World Assembly on Ageing*.

31) United Nations. (n.d.). *Decade of healthy ageing*. <https://www.decadeofhealthyageing.org/> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

32) World Health Organization. (n.d.-b). *Health promotion*. <https://www.who.int/health-topics/health-promotion> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

33) Duran, M., & Taştekin, A. N. (2020). Finlandiya erken çocukluk eğitimi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2), 600–624 (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

34) Aşırın, A. (2024). Hollandalılar erken yaştan itibaren her alanda bisiklet kullanıyor. *Anadolu Ajansı*. https://www.aa.com.tr/tr/yasam/hollandalilar-erken-yastan-ibaren-her-alanda-bisiklet-kullaniyor/3238411?utm_source=chatgpt.com (Erişim Tarihi: 29.06.2025).

35) Akyıldız, H. Ç., & Okyay, P. (2024). Sağlıkta koruma kavramının gelişimi ve kapsamı. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*.

36) Atak, M., Sezerol, M. A., & Altaş, Z. M. (2023). *Chronic disease management in primary care: A cross-sectional study in Türkiye*. *Phoenix Medical Journal*, 5(3), 211–216.

37) Ketenci, S., & Akpınar, N. G. (2022). Aile Hekimliği yaşlı hasta izlemi kapsamında polifarmasinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 48(3), 279–285.

38) World Health Organization. (n.d.-a). *Ageism*. <https://www.who.int/health-topics/ageism> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

39) World Bank. (n.d.). *Social inclusion*. <https://www.worldbank.org/en/topic/social-inclusion> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

40) World Health Organization. (2021a). *Global report on ageism*.

41) Gökçearslan Çifci, E., & Tören, Z. (2019). Torun bakımı veren büyük ebeveynleri yeniden düşünmek: Sosyal hizmet alanına bir katkı. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3), 988–1004.

42) Taşkın, M., & Akçay, S. (2019). Torunlarına bakan büyükannelerin deneyimlerine ilişkin nitel bir araştırma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(2), 583–606.

43) Uğur, S. B. (2018). Torun bakım faaliyetinin bakım sağlayıcı büyükannelerin sağlık durumları üzerindeki etkisi. *Mediterranean Journal of Humanities*, 8(1), 399–415.

44) Balcı Yopalak, A. N. (2020). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi [Tıpta Uzmanlık]. *Bezmialem Vakıf Üniversitesi*.

45) Karakuş, B. (2018). Türkiye'de yaşlılara yönelik hizmetler, kurumsal yaşlı bakımı ve kurumsal yaşlı bakımında illerin durumu. *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı*.

Ruh sağlığı ekonomisi: küresel perspektif ve Türkiye için yol haritası

Dr. Aliye Aslı Sonsuz



Doktora derecesini İstanbul Medipol Üniversitesi, yüksek lisans ve lisans derecesini ise Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünden aldı. 2005-2015 yılları arasında Türk Kızılay'da, Marmara ve Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde idari görevlerde bulundu. Londra'daki Greenwich Üniversitesinde TÜBİTAK desteği ile misafir araştırmacı olarak sağlık ekonomisi alanında doktora sonrası çalışmasını yürüttü. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesidir ve Sağlık Sistemleri ve Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin (SASPAM) yönetim kurulunda görev yapmaktadır. Çalışmalarını sağlık ekonomisi ve politikaları alanında yürütmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlık tanımını birçok yerde yapıyoruz, yani "Sadece hastalığın ya da sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli" olma durumunu. Peki buradaki üç ögenin birbiri ile etkileşimini ya da "tam iyilik hâli" olarak altı çizilen ulaşılması imkânsız noktayı hiç değerlendirdik mi? Esasen bu değerlendirmeyi yapmak sadece sağlıkla ilgili alanlarda yapılacak müdahalelere yönelik zihinsel bir egzersiz değil, konunun ekonomik boyutuna da dikkat çeken bir yaklaşımdır.

"Tam iyilik hâli" terimi, bireyin bu üç durumunun tek başlarına ideal boyutta olmasının yanı sıra birbirleri üzerindeki etkisine de işaret eder. Ruhsal sağlığı bozuk olan bir kişinin psikosomatik hastalıklara yakalanmasıyla fiziksel iyilik hâli de bozulabilir. Örneğin stresli olduğumuzda karnımız ya da başımız ağrıyabilir. Bireyin iş, aile gibi sosyal çevresinde yaşadığı entegrasyon veya iletişim sorunları nedeniyle ruhsal sağlığı da etkilenebilir ya da bunun tam tersi de geçerlidir. Bu parçalar arasındaki ilişkiler daha net ortaya çıkınca ruh sağlığının önemi bireyler, toplumlar ve ülkeler için daha belirgin hâle gelmektedir. Yabancı alan yazınında "mental health" olarak geçen kavram Türkçeye çevrilirken "akıl sağlığı" mı, "ruh sağlığı" mı olarak

kullanılmalı tartışmalarına burada değinmeden bu metindeki kavram T.C. Sağlık Bakanlığının benimsediği şekliyle "Ruh Sağlığı" olarak kullanılmıştır. Ruh sağlığı terimi nöropsikiyatrik bozukluklar/hastalıkları (bipolar bozukluk, şizofreni vb.), nörolojik sorunlar/hastalıkları (bilişsel bozukluk, demans vb.) ve aynı zamanda bilişsel, davranışsal ve duygusal iyilik hâlinin bozulduğu depresyon ve anksiyete gibi ruh hâli bozukluklarını (mood disorders) kapsayan çerçeve bir kavramdır. Bu açıdan ruh sağlığı, bireyin kendini gerçekleştirebilme, karşılaştığı stres faktörleriyle baş edebilme, verimli ve etkili çalışabilme ve topluma katkıda bulunabilme gücüne sahip olduğu iyilik hâli olarak tanımlanır (1).

Ruh sağlığı sorunları olan kişiler, sıradan bir yaşam sürmede, toplum ve iş hayatına katılmada önemli güçlükler yaşayabilir ve içinde bulundukları durum önemli bir ekonomik etkiye de neden olur. Hafif düzeydeki ruh sağlığı sorunları bile sosyal, mesleki sorunlara ve üretkenlikte azalmaya neden olabilir. Bu gibi nedenlerle bu bireyler için etkili tedavi sağlamak ya da daha iyi bir alternatif olarak önlemek, bireysel faydasının yanı sıra daha fazla üretkenlik sağlaması, işe devamsızlığı azaltmasıyla işverenlere; daha az bakım yüküyle aile üyeleri-arkadaşlara, daha az sağlık ve sosyal harcama yoluyla da devletlere fayda sağlar (2).

COVID-19 Sonrası Yeni Salgın: Ruh Sağlığı Bozuklukları

Ruhsal bozukluklar, dünya çapında en yaygın sağlık sorunları arasındadır ve bu nedenle, en önemli küresel sağlık önceliği olarak kabul edilmelidir (3). Her yıl Avrupa Birliği (AB) nüfusunun üçte birinden fazlası, bu dünya bölgelerindeki morbidite yüküne en büyük katkıyı sağlayan ruhsal bozukluklardan muzdariptir (4). Ayrıca istatistiklere göre, dünyada her 10 kişiden biri ruh sağlığı bozukluğu ile yaşamakta; yaklaşık 265 milyon depresyon hastası, 20 milyon şizofreni hastası ve 90 milyondan fazla alkol veya uyuşturucu bağımlısı bulunmaktadır (5). Her yıl yaklaşık 720.000 kişi ruhsal bozukluklar nedeniyle intihar ederek yaşamına son vermektedir (6).

DSÖ istatistikleri 2017 yılı verilerini önceki 10 yıl ile karşılaştırdığında ruh sağlığı ve madde kullanımı bozukluklarında %13'lük bir artışa işaret etmektedir (7). Bu artış yasa dışı maddelere çevrim içi kolay ulaşım ve çeşitli psikososyal faktörlere atfedilmektedir (8). Yeni dünya düzeni yeni ruh sağlığı hastalıklarını da literatüre sokmuştur. 2019 yılında yayımlanan ICD-11 versiyonunda ICD-10' yer almayan "kompleks travma sonrası stres bozukluğu"; savaş-çatışma, terör, ciddi sağlık sorunları, yaşamı tehdit edici ölüm içeren olaylar ve doğal afetler gibi aşırı stres faktörüne uzun süreli ya da



tekrarlayan biçimde maruz kalmaya bir yanıt olarak ortaya çıkar. Peki böyle bir olaya ya dahası olaylar dizisine maruz kalmayanımız var mı? Özellikle 2020 yılında başlayan ve etkileri hâlâ devam eden COVID-19 pandemisi daha fazla izolasyon, yalnızlık, hastalık, keder, gıda güvensizliği, iş kaybı ve mali istikrarsızlığa neden olmuş, bu dönemde ev içi şiddet artmış; bu faktörler insanların ruh sağlığını ve bilişsel yeteneklerini olumsuz etkileyerek ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığını daha da artırmıştır (8, 9). Bu nedenle birçok yetkili “yeni pandemi” olarak ruh sağlığı sorunlarını ilan etmiştir.

Ruh Sağlığının Ekonomik Yüküne Müdahale: Toplum Tabanlı Stratejiler ve Yaşam Tarzı Müdahaleleri

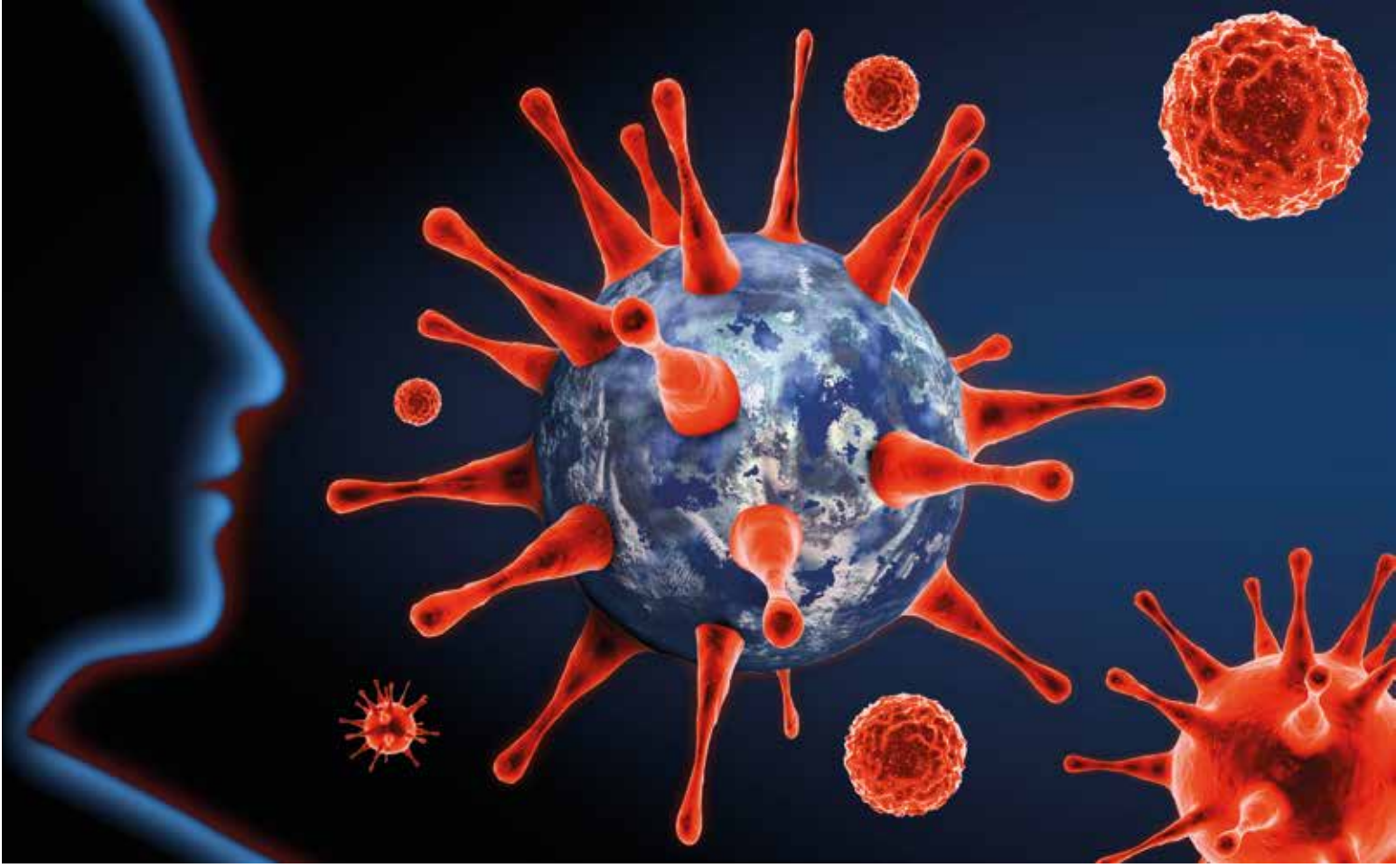
Ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığı ve ekonomik yükü nedeniyle dünya genelinde ihtiyaç sahiplerine bu alanda hizmet sağlama stratejileri son 50 yılda önemli ölçüde değişmiştir. Bu değişim, ruhsal bozukluklarda hizmetlerin hastane temelli modelden hizmetlerin odağını toplum temelli bir yaklaşıma kaydıran bir devrimdir (10). Bu yaklaşım, tedaviye ek olarak akut durumların önlenmesi, ruh sağlığının teşvik edilmesi, bakımın sürekliliği, hizmet alıcıların bakımın planlama sürecine ve uygulamasına dâhil edilmesi ile evde kapsamlı hizmetin sunulmasına işaret eder. Artık birçok sistem, yerel ve toplum temelli, belirli hizmet alanlarındaki nüfusun ihtiyaçları etrafında organize edilmiş ruh sağlığı hizmetleri oluşturmayı

hedeflemektedir. DSÖ Ruh Sağlığı Atlası serisi de aynı konuya dikkat çekerken, ruh sağlığı sistemlerinin sürekli değişime tabi olduğunu ve gözden geçirilip yeniden tasarlandığını bildirmiştir. Bu değişiklikler, kısmen, neyin uygun maliyetli ve uygun bakımı oluşturduğuna dair artan kanıtları yansıtmaktadır (11). DSÖ toplum temelli hizmetlere geçiş çağrısını, bu hizmetlerin yaşam kalitesini artırdığı, insan haklarına öncelik verdiği ve daha maliyet etkin olduğunu ifade ederek yapmıştır (12).

Türkiye de bu eğilimlerle uyumlu olarak, hizmetlerin etkin kullanımını en üst düzeye çıkarmak, bakımın etkinliğini ve hizmet alıcıların memnuniyetini artırmak ve maliyetleri azaltmak için toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini gündemine almıştır. Ruh sağlığı hizmetlerinin önceliklendirme için gündeme gelmesi T.C. Sağlık Bakanlığının 2006 yılında yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metninde yerini almaktadır. Sonrasında bu metin esas alınarak Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP) (2011-2023) hazırlanmıştır. Eylem Planının nihai amacı “Ruh sağlığı hizmetlerinde bütünsel toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelini hayata geçirmek, bireylerin ruh sağlığını takip etmek, korumak ve iyileştirmek” olarak belirlenmiş ve bu amaca ulaşmak için faaliyet, gösterge ve hedefler belirlenmiştir. Türkiye’nin aktif rol üstlendiği ve 2013 yılında İzmir’de gerçekleştirilen Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı DSÖ Avrupa Bölgesel Komitesi 63’üncü oturumunda kabul edilmiştir. Eylem planının ulusal

Her yıl AB nüfusunun üçte birinden fazlası, bu dünya bölgelerindeki morbidite yüküne en büyük katkıyı sağlayan ruhsal bozukluklardan muzdariptir. Ayrıca istatistiklere göre, dünyada her 10 kişiden biri ruh sağlığı bozukluğu ile yaşamakta; yaklaşık 265 milyon depresyon hastası, 20 milyon şizofreni hastası ve 90 milyondan fazla alkol veya uyuşturucu bağımlısı bulunmaktadır. Her yıl yaklaşık 720.000 kişi ruhsal bozukluklar nedeniyle intihar ederek yaşamına son vermektedir.

planlarda bulunmasını istediği dört ana hedefinden birisi “Ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilir, maliyeti karşılanabilir ve ihtiyaçlara cevap verebilir şekilde toplum içinde mevcut olmasıdır”. Planda yer alan bir diğer önemli hedef de “Ruh sağlığı alanında kanıta dayalı uygulamalar, bilgi sistemleri ve bu alandaki araştırmaları güçlendirmek” tir. Kanıta dayalı uygulamalar klinik alanda, geri ödeme-kaynak tahsisi kararlarında ve diğer bütün yönetsel alanlarda objektif ve ispatlanabilir veriler sağlayarak yöneticilere yol göstermektedir.



Global çaptaki sağlık istatistikleri yeni dünya düzeninde ruh sağlığı sorunlarının artışı ve yaygınlığını kanıtlamaktadır. Bu sorunların sadece sağlık sektörüne ya da harcamalarına olan etkisini değerlendirmek ise resmin sadece küçük bir kısmını görmektedir. Aynı zamanda iş verimini azaltması, sosyal ilişkileri bozması, alternatif maliyetleri, aile ve bakım verenlere yükü gibi etkileriyle ülke ekonomilerine önemli derecede zararı olabilmektedir. Sigorta kapsayıcılığı yüksek olan gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu sorunlara ilişkin harcamaların tamamı ya da çoğunluğu devlet tarafından karşılanmaktadır.

Ruh sağlığı hizmetlerinde, bireylerin hastaneye yatırımlarına ihtiyaç bırakmayacak veya hastanede kalış sürelerini asgariye indirecek müdahaleler daha maliyet etkin ve hümanist bir yaklaşım olması nedeniyle karar vericilerin gündemindedir. Literatürdeki çalışmalar da diyet (Beslenmeden farklı olarak diyet, kişinin sağlık durumu, hastalıkları veya yaşam hedefleri doğrultusunda belirlenen özel bir beslenme düzenidir.) ve egzersiz gibi yaşam tarzı iyileştirmelerinin, bireylerde maliyet etkin müdahaleler olduğuna işaret etmektedir. Örneğin majör depresyonu olan yetişkinlerde gerçekleştirilen bir araştırma, sosyal destekle karşılaştırıldığında beslenme eğitimi, yemek pişirme atölyeleri ve balık yağı takviyesinden oluşan bir diyet müdahalesinin kazanılan kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı (QALY) başına daha maliyet etkin olduğunu göstermiştir (13). Başka bir araştırma da Blumia Nervosa hastalarına, diyet ve eğitim bileşenlerini içeren bilişsel-davranışçı eğitim programının geleneksel tedaviye göre hasta başına daha maliyet etkin olduğunu bulmuştur (14). Ayrıca diyet ve ruhsal sağlık arasında iki yönlü bağlantıya dair güçlü kanıtlar da literatürde mevcuttur; zihinsel bozuklukları ve/veya akıl hastalığı semptomları olanların diyet alımı daha zayıftır ve bunun tersine diyet alımı kötü olan kişilerin ruh sağlığı sorunları daha fazladır (15, 16, 17). Ağır ruh sağlığı sorunları olan bireyler genellikle kötü

diyete sahiptir ve genel popülasyondan daha fazla şeker ve doymuş yağ tüketme eğilimindedir (18). Bu durum ayrıca ruh sağlığı sorunları olan kişilerin bedensel sağlığının da genel popülasyondan daha kötü olduğuna işaret etmektedir.

Diyet ve ruh sağlığı arasındaki iki yönlü ilişkiye dair bulguların benzeri egzersiz ve ruhsal sağlık arasında da geçerlidir. Ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilerde, kötü beslenmenin yanı sıra fiziksel hareketsizlik ve sigara içme dâhil olmak üzere kötü yaşam tarzı davranışları daha yaygındır (18). Bu da ruh sağlığı sorunları olan bireylerde diyabet, kalp ve kanser gibi kronik hastalıklara neden olmaktadır. Birleşik Krallık'ta yapılan bir kohort çalışması, genel popülasyona kıyasla şizofreni hastalığı olan bireylerde ölüm riskinin iki ila üç kat daha yüksek olduğunu ve bu aşırı doğal ölümlerin yüzde 70'inin sigaradan kaynaklandığını tespit etmiştir (19).

Ruh Sağlığı Harcamalarında Devletin Rolü

Ruh sağlığı sorunlarının iş gücü kaybı ve üretim ekonomisine olan etkisinin ötesinde artan prevalansı ile sağlık harcamalarına olan etkisi de tartışmasız bir gerçektir. Sadece demans hastalığını ele alan bir çalışma bile konunun önemine dikkat çekmektedir. Bu çalışmanın bulgularına göre; demanslı bireyler harcama

ve sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etki açısından, daha sık doktora gidiyor (yılda 2,6 daha fazla), daha yüksek hastanede kalış oranına sahip (yüzde 5,8 puanlık artış) ve hastanede daha fazla gece geçiriyor (yılda 1,7 gece daha fazla) (20). Bunun yanı sıra DSÖ Ruh Sağlığı Atlası göstergelerine göre, ülkelerin Gayrisafi Millî Hasılası yükseldikçe, kişi başına ruh sağlığı harcamalarda devletin ödediği pay da artmaktadır. Tam sigortalı bireylerin ruh sağlığı sorunları için maliyete göre en fazla yüzde 20'lik ödeme yaptığı ya da hiç yapmadığı bir durumda üst gelir grubu ülkelerde (İngiltere gibi) devlet ruh sağlığı sorunlarının tamamının, üst-orta gelir grubu ülkelerde (Türkiye gibi) ise yüzde 94'lük bir kısmının ödemesini yaparak bu hastalıklara ait finansal yükün çoğunu üstlenmektedir (11).

Bu durum ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan kamu kaynaklarının nereye tahsis edileceğine karar veren kamu yöneticilerine ayrı bir yükümlülük getirmektedir. Ruh sağlığı harcamalarının çoğunun kamu tarafından karşılandığı da göz önünde bulundurulduğunda özellikle geri ödeme kararlarında en fazla faydayı en az maliyetle elde etmenin yollarını aramak, politik karar vericilerin en önemli gündemi olmalıdır (21). Bu soruna yönelik karşılaştırmalı klinik ve ekonomik değerlendirme yapmayı sağlayan maliyet etkililik araştırmaları, özellikle tedavinin etkililiği, maliyeti ve sonuçları üzerinde yoğun bir biçimde odaklanan, sağlık ekonomisinin gündeminde olan bir disiplindir. Ancak bu alanda yetişmiş uzman sayısı, kaynaklarını daha verimli kullanması gereken az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yetersizdir. Bu nedenle bu ülkelerin ekonomik değerlendirme analizleri yapabilecek uzmanlar yetiştirmek adına daha fazla çaba göstermesi gerektiği de açıktır.

Global çaptaki sağlık istatistikleri yeni dünya düzeninde ruh sağlığı sorunlarının artışı ve yaygınlığını kanıtlamaktadır. Bu sorunların sadece sağlık sektörüne ya da harcamalarına olan etkisini değerlendirmek ise resmin sadece küçük bir kısmını görmektedir. Aynı zamanda iş verimini azaltması, sosyal ilişkileri bozması, alternatif maliyetleri, aile ve bakım verenlere yükü gibi etkileriyle ülke ekonomilerine önemli derecede zararı olabilmektedir.

Sigorta kapsayıcılığı yüksek olan gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu

sorunlara ilişkin harcamaların tamamı ya da çoğunluğu devlet tarafından karşılanmaktadır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda öncelikle karar vericilerin ruh sağlığına yönelik kaynak ve harcama değerlendirmelerini yukarıda bahsedilen bu geniş çerçevede yapması ilk adım olmalıdır. Sonrasında hastalığı olanlara ve risk altındaki bireylere en maliyet-etkin programın seçilmesi gerekir. Tabii bu çalışmaların yapılması ülkedeki sağlık ekonomisi alanının ne kadar geliştiğine, bu analizleri yapabilecek uzmanların sayısına ve yetkinliğine bağlıdır. Bunun yanı sıra ekonomik değerlendirmelerin temel verilerini oluşturan randomize kontrollü deneyler ve kohort çalışmalarının sübvansede edilmesi, maliyet çalışmalarının desteklenmesi gerekir. Ayrıca ruh sağlığı sorunlarını önleyici ve tedavi edici etkisi olan, hümanist ve toplum temelli yaklaşımları içeren yaşam tarzı müdahalelerine dair araştırmaların Türkiye bağlamında yapılması; klinik kanıtların ve ekonomik değerlendirmelerin daha gerçekçi olmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar

- 1) WHO. (2018). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (Erişim Tarihi: 15.06.2025).
- 2) McCrone, P. (2024). *The Socioeconomic Costs of Mood Disorders*. In A. Young, M. Sanches, J. C. Soares, & M. Juruena (Eds.), *Clinical Textbook of Mood Disorders* (pp. 68–73). chapter, Cambridge: Cambridge University Press.
- 3) Gutiérrez-Colosía, M. R., Salvador-Carulla, L., Salinas-Pérez, J. A., García-Alonso, C. R., Cid, J., Salazzari, D., ... & REFINEMENT Group. 2019. *Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries*. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(2), 210–223.
- 4) Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.C. (2011). *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. *European Neuropsychopharmacology* 21, 655–679.
- 5) WHO. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (Erişim Tarihi: 02.07.2025).
- 6) WHO. *Mental Health, Brain Health and Substance Use*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data> (Erişim Tarihi: 02.07.2025).
- 7) WHO. (2023). *Mental health*, https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2 (Erişim Tarihi: 22.06.2025).
- 8) Munipalli, B., Al-Soleiti, M., Morris, A., & Rumans, T. (2024). *COVID-19: ramifications of the pandemic on mental health and substance abuse*. *Frontiers in public health*, 12, 1401734.

9) Piquero, A. R., Jennings, W. G., Jemison, E., Kaukinen, C., & Knaut, F. M. (2021). *Domestic violence during the COVID-19 pandemic-Evidence from a systematic review and meta-analysis*. *Journal of criminal justice*, 74, 101806.

10) Moradi-Lakeh, M., Yaghoubi, M., Hajebi, A., Malakouti, S. K., & Vasfi, M. G. (2017). *Cost-effectiveness of aftercare services for people with severe mental disorders: an analysis parallel to a randomised controlled clinical trial in Iran*. *Health & social care in the community*, 25(3), 1151–1159.

11) WHO. (2021). *Mental Health Atlas*, ISBN 978-92-4-003670-3 (electronic version), <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703> (Erişim Tarihi: 01.07.2025).

12) McDaid D., Thornicroft G. 2005. *Mental health II: balancing institutional and community-based mental health care*. Brussels: WHO European Centre for Health. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107632> (Erişim Tarihi: 16.06.2025).

13) Segal, L., Twizemariya, A., Zarnowiecki, D., et al. 2020. *Cost effectiveness and cost-utility analysis of a group-based diet intervention for treating major depression: the HELFIMED trial*. *Nutr Neurosci*; 23:770–778.

14) White, J.H. (1999). *The development and clinical testing of an outpatient program for women with bulimia nervosa*. *Arch Psychiatr Nurs*;13:179–191.

15) Li, Y., Lv, M.R., Wei, Y.J., et al. (2017). *Dietary patterns and depression risk: a meta-analysis*. *Psychiatry Res*. 253:373–382.

16) Teasdale, S.B., Burrows, T.L., Hayes, T., et al. (2019). *Dietary intake, food addiction and nutrition knowledge in young people with mental illness*. *Nutr Diet*. 77:315–322.

17) Firth, J., Gangwisch, J.E., Borsini, A., Wootton, R.E., Mayer, E.A. (2020). *Food and mood: how do diet and nutrition affect mental wellbeing?* *BMJ*. 369:m2382.

18) WHO. (2018). *Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders*. Geneva, Switzerland, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf> (Erişim Tarihi: 30.06.2025).

19) Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., & Inskip, H. (2010). *Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia*. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 196(2), 116–121.

20) Bassoli, Elena and Brugiavini, Agar and Carrino, Ludovico, *What are the Costs of Dementia in Europe?* (October 01, 2024). Ca' Foscari University of Venice, Department of Economics Research Paper Series No. 13/2024.

21) Sonsuz, A. A., Uslu, Y., & Aydın, S. (2023). *Ülkelere Özgü Ekonomik Değerlendirme Metodolojik Kılavuz Geliştirilmesi: Türkiye İçin İlaça Özel Bir Uygulama*. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 13(2), 251–268.

Koruyucu sağlık endüstrisi: kavramsal bir çerçeve ve politika denemesi

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını 1992 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı. Sakarya-Geyve Devlet Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü, ardından Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı ile Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu Üyeliği görevlerini üstlendi. 2010-2020 yılları arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü görevini yürüttü. 2020-2023 yılları arasında Bakan Yardımcısı olan Aydın, İstanbul Medipol Üniversitesinde öğretim üyesi ve Sağlık Sistemleri ve Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (SASPAM) Müdürü olarak görevini sürdürmektedir.

Endüstri, aslı Latince olup Fransızcadan dilimize girmiş sanayi anlamında kullanılan bir kelimedir. Sanayi, en geniş anlamıyla üretim faaliyetlerinin tümünü çağrıştırmaktadır. Makroekonomide birbirleriyle yakından ilişkili bir dizi ham madde, mal ve hizmet üreten bir ekonomi kolu olarak kabul edilir (1). Ancak bugün endüstriye genel kullanımı bakımından daha geniş bir anlam yüklemektedir. Zamanla sadece üretim değil, belli bir alandaki ticari faaliyetlerin tümünü, organizasyonları ve ekonomik yapıları yansıtan bir anlam kazanmıştır. Kısacası belli bir alanda ürün veya hizmetin geliştirilmesi, üretilmesi, pazarlanması ve dağıtılması ile ilgili tüm faaliyetleri kapsayan bir kavramdan söz ediyoruz. Tüm bunların itici gücünün ekonomik faaliyet olduğu açıktır. Endüstriyi geliştirmeye zorlayan en önemli araç ise ihtiyaçların ve taleplerin karşılanması durumudur. Sağlık endüstrisi dediğimizde, sağlık hizmet talebini karşılamak üzere kurgulanmış bütün altyapılar, bütün organizasyonlar, bu talebi karşılamak üzere ortaya konan her türlü hizmet ve ürün ile bunların erişilebilirliğini sağlayan her türlü faaliyeti anlıyoruz. İtici gücünün ekonomik faaliyet olduğu varsayımını göz önüne alırsak, bu faaliyetlerin realize edilmesini sağlayan finansal kaynak yönetimini de

sağlık endüstrisine dâhil etmek gerekir. Sağlık sistemi konusunda ülkede hangi model uygulanırsa uygulansın, sağlık endüstrisinin gelişmesi de genel teatmüle uygun olarak halkın taleplerinin karşılanması yönünde olmaktadır.

Sağlık sisteminin ana görev kapsamı, bireylerin ve toplumun sağlığını her yönüyle korumak, geliştirmek ve sağlık sorunlarına etkili çözümler sunmaktır. Bu kapsam, her türlü sağlık hizmetinden sağlık yönetimine ve finansmanına kadar geniş bir yelpazeyi içerir. Özet bir yaklaşımla sağlık hizmetlerinin koruyucu hizmetler, tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetlerinden oluştuğunu biliyoruz. Belki daha bütüncül bir bakış açısıyla koruyucu hizmetleri önleyici hizmetlerle birlikte ifade etmek daha uygun olabilir. Amacımız sadece bireyleri hastalık risklerine karşı korumak değil, sağlığa zararlı olabilecek her türlü riskin ortaya çıkmasını da önlemek olmalı. Sağlık sistemlerinden beklenen de tüm bu hizmetlere erişimi sağlayacak şekilde yapılandırılmasıdır. Her ne kadar sistemlerin kurgusu buna uygun olsa da, genel eleştiri, kaynakların daha ziyade tanı ve tedavi edici hizmetlere kaydırıldığı ve koruyucu hizmetlerle rehabilitasyon hizmetlerine yeterli önemin verilmediği şeklindedir. Sağlığın geliştirilmesi dâhil koruyucu önleyici sağlık hizmetlerine, dolayısıyla halk sağlığına yapılan yatırımın

sosyoekonomik kalkınmanın ayrılmaz bir parçası olduğu yönündeki yaygın kanaata rağmen bu durum değişmemektedir.

Bu haklı eleştiri, sorunu giderecek bir eylemi ne yazık ki harekete geçiremiyor. Zira insanlarımızın hizmet talebi daha ziyade hastalıkla tanışınca ortaya çıkıyor. Doğal olarak bu talebi karşılayacak hizmet türü öncelikle gelişmeye zorlanıyor. Teorik anlamdaki sağlık endüstrisinin içinde sınırlı bir yer tutan tanı ve tedavi hizmetleri böylece endüstrinin en başat alanı hâline geliyor. Buna bağlı olarak, bugün sağlık endüstrisi deyince aklımıza öncelikle hastahaneler ve buralarda verilen hizmetlerle ilişkili üretim araçları ve kaynaklar gelmektedir. Endüstrinin bu formunu geliştiren dinamik, sağlığını yitirmiş kişilerin talebi, yani hastalardır. Öyle ki, tarihimizde şifahane olarak bildiğimiz hizmet alanlarını bile hastahaneye dönüştürerek hasta ve hastalık merkezli düşünmeyi son derece kanıksadığımız anlaşıyor. Sağlık endüstrisi bu hâliyle âdeta bir hastalık endüstrisi hâlini almış durumdadır ve tamamen reaktif işleyen bir sistemdir. Hastalık endüstrisi, bilimsel olmaktan ziyade eleştirel bir kavram; bununla bir anlamda sağlığı bozan, hastalıkları büyüten ve insanların sağlık taleplerini sömüren bir ekonomik sistem kast ediliyor. Günümüz tıp anlayışına eleştirel yaklaşımıyla bilinen Ivan Illich



ise, yerleşik klinik uygulamayı da kapsamına alarak hastalık-üreten endüstriden söz etmektedir (2).

Talebin doğası gereği hastalık endüstrisi hızlı bir şekilde gelişmekte ve kaynakları tüketmektedir. Hatta kıskırtılmış talep, arzı körükledikçe bu endüstrinin büyümesi kontrol sınırlarını aşmaktadır. Sağlık sektörümüz bu hâliyle âdeta, muhasebecinin mizahi tanımında olduğu gibi (3), her sağlık hizmetinin maliyetini gözetken ancak hiçbirinin değerini bilmeyen bir durum sergiliyor.

Daha önce SD dergisinde yer alan bir yazısında Çelik, sağlık sektöründe rol alan tüm tarafların, koruyucu sağlığı ve sağlıklı yaşamı kutsadıktan sonra, tam da bunun tersine hastalık endüstrisinin gelişimi ve kazanımlarını artırmak için her türlü çabayı büyük bir gayret içinde göstermeye devam ettiklerini belirtiyor (4). Talep bu yönde oldukça bu tutumun devam edeceği anlaşılıyor. Bunun halk sağlığı açısından kabul edilebilir bir durum olmadığı açıktır. Haklı olarak bu denli kutsanan koruyucu sağlığı hizmetlerine hak ettiği önemi veren bir hareket geliştirmek, koruyucu önleyici hizmetleri zihinsel ve sosyal çabaların ötesinde endüstriyel faaliyetin merkezine alacak bir dönüşüme öncülük etmek gerekmektedir. Böyle bir dönüşüm, sağlık endüstrisinin ve dolayısıyla kaynakların koruyucu önleyici hizmetlere doğru yönlendirilmesi için bir fırsat olabilir. İfade etmeye çalıştığımız koruyucu sağlık endüstrisi, hastalıkları tedavi etmekten çok; önlemek, risk fak-

törlerini azaltmak ve toplumsal düzeyde sağlık direncini artırmak amacı taşıyan hizmetler, teknolojiler, ürünler, politikalar ve sistemler ekosistemidir. Bu endüstri, reaktif değil proaktif bir yaklaşımla çalışır.

Koruyucu önleyici sağlık hizmetleri; sağlık eğitimi, çevre ve iş güvenliği, sağlıklı beslenme, ruh sağlığı ve taramalara öncelik vererek sağlığı uzun vadeli koruma ve sağlıklı yaşamayı amaçlayan politik altyapılar üzerine kurulu bir toplum sağlığı yaklaşımıdır. Toplumcu anlayış, toplumun ortak yararının bireysel çıkarlardan önce geldiğini savunur. Halk sağlığının korunması bir kamu sorumluluğudur. Bu sorumluluk çerçevesinde, amaca uygun gerçekçi politikalarla ve otokratik yaklaşımla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin başarılabileceği eğilimi hakimdir. Ne var ki, yukarıda anlatıldığı üzere durum böyle gelişmemektedir.

Liberal ve birçok sosyalist sistemlerde ise bireyselleşme öne çıkmakta ve bireyin sağlık hizmetlerine erişim özgürlüğüne vurgu yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1986 Ottawa şartındaki tanımıyla sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion), insanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir (5, 6). Her ne kadar sağlığın geliştirilmesi; gelir, barınma, gıda güvenliği, istihdam ve uygun çalışma şartları gibi sosyal belirleyicilere yönelik kamu politikalarını kapsasa da yine de birey ön plandadır (7). Hatta bazı halk sağlığı görevlileri, hükümetler ve tıbbi çevreler ile sağlık endüstrisi,

Talebin doğası gereği hastalık endüstrisi hızlı bir şekilde gelişmekte ve kaynakları tüketmektedir. Hatta kıskırtılmış talep, arzı körükledikçe bu endüstrinin büyümesi kontrol sınırlarını aşmaktadır. Sağlık sektörümüz bu hâliyle âdeta, muhasebecinin mizahi tanımında olduğu gibi, her sağlık hizmetinin maliyetini gözetken ancak hiçbirinin değerini bilmeyen bir durum sergiliyor.

sağlığın geliştirilmesini sadece kişisel becerilerin geliştirilmesine indirgeme eğilimindedir; bu aynı zamanda sağlık eğitimi ve davranışsal risk faktörlerini değiştirmeye odaklanan sosyal pazarlama olarak kabul edilir (8). Tüm bunlara rağmen, devletin sağlık hizmetlerinin sağlanmasında veya finansmanında rolü olmadığı düşüncesini ileri süren uç liberal düşünce sahipleri bile, bireysel tercihlere müdahale etmeden toplumun korunması ve sağlıklı bir çevrenin teşvik edilmesi gerektiğini kabul ederler.

Kısacası sağlığın geliştirilmesi, önleme ve koruma faaliyetlerine ilişkin politikaların yukarıdan aşağıya talimat ya da baskı ile sonuç alması zor görünüyor. Devlet erki hakkındaki çağdaş paradigma değişimini göz ardı edemeyiz. Otokratik devlet yaklaşımıyla, halk adına, halk için ama halka rağmen halkı koruyucu politikaların süreklilik kazanması mümkün olmuyor. Esas motor güç, halkın bu faaliyetleri ve ilişkili hizmetleri talep eder hâle gelmesidir. Ayrıca bu hususu hem kamu hem özel sektör için cazip bir yatırım alanı hâline getirmedikçe gerekli atılımın yapılamadığı görülüyor.

Halkın farkındalığının artırılması ve koruyucu önleyici hizmetlerin halkın talebi hâline getirilmesi en etkili itici güç olacaktır. Bunun için, zor ve uzun çalışma gerektirecek halk sağlığı okuryazarlığının artırılması gerekir. Bu kavram sağlık okuryazarlığından daha geniş bir anlam ifade eder. Sağlıklı yaşama, sağlık savunuculuğu, sağlığın geliştirilmesi bilinci, çevreden gıdaya, barınmadan ulaşım ve iletişime kadar birçok alanda halk sağlığı temelli farkındalık oluşturacak bir anlayış değişikliğinden söz ediyoruz. Sağlıklı koşulların, yaşam tarzlarının, sağlık davranışlarının ve sağlıklı ortamların teşvik edilmesine yönelik eğitimler ve sosyal iletişim faaliyetleri bu amaca hizmet edecektir. Bu tür faaliyetler koruyucu sağlık hizmetlerinin sadece kamu sorumluluğundan ibaret olmadığının anlaşılmasına ve anlayışın tabana yayılmasına yardımcı olacaktır.

Koruyucu sağlık endüstrisi bakış açısıyla, mevcut sağlık kuruluşlarını da yeniden düşünmek ve anlamlandırmak zorundayız. Özellikle hastahaneler sadece tedavi sunan kurumlar olmaktan çıkarak, proaktif sağlık yönetimi aktörlerine dönüşebilirler. Gerçekleşme imkânını yeterince bulamasa da bu hususta kavramsal bir arayış hâlihazırda mevcuttur. Sağlığı geliştiren hastaneler

(health promoting hospitals) ilk kez 1988'de DSÖ'nün önerisiyle gündeme gelmiş ve hatta Avrupa'da bir iş birliği ağı oluşturma çabası ortaya çıkmıştır (9). Klasik hastaneler tedaviye odaklanırken, sağlığı geliştiren hastaneler önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerini bir bütün olarak ele alır. Yani hastalığı iyileştirmenin ötesinde, hastalığı ortaya çıkmadan engellemek ve insanların sağlıklı kalmasına yardımcı olmak hedeflenir. Bu hastanelerde sağlığı geliştirmenin, hastane politikalarının ve yönetsel kararların içine yerleştirilmesi beklenir. Hastaların sadece tıbbi tedavilerini değil, genel yaşam kalitesini artırmayı amaçlayarak eğitim, psikolojik destek ve yaşam tarzı danışmanlığı gibi hizmetler sunulur. Hastalara ve ailelerine sağlıklı yaşam alışkanlıkları konusunda rehberlik edilir. Stres yönetimi, ergonomi, sağlıklı beslenme gibi personelin sağlığını geliştiren programlar yürütülür. Hastaneler sadece hastalara hizmet vermez; toplumun tümüne yönelik sağlık geliştirme etkinlikleri düzenlerler.

Ancak sağlığı geliştiren hastane konseptinin koruyucu sağlık endüstrisi içinde beklenen rolü yeterince karşılayamadığı açıktır. Hastalıkların önlenmesini ve sağlığın geliştirilmesini teşvik eden hizmet modellerinin geliştirilmesi için sağlık hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesinde fayda vardır. Mobilizasyonun çok fazla olduğu, iletişim araçlarının da çok çeşitli olduğu günümüzde sağlık hizmetlerine erişime yeni bir tanım getirilebilir; bu yolla belki sağlık danışmanlığı birinci basamağın da öncesine taşınarak kurumsallaştırılabilir. Uzaktan sağlık hizmeti uygulamaları, hasta takibi ve hastalık sonrası üçüncül (tersiyer) korumalar açısından da etkili bir araç hâlini alabilir. Sağlık sistemiyle temas, hasta doktor buluşmasının ötesine taşınarak taramalar, erken teşhis, genetik risk analizleri gibi hususların öne çıktığı temas modelleri geliştirilebilir. Bu durum başarılabirise, kişi başı doktora başvuru anlayışımız da hem nitel hem de nicel olarak değişikliğe uğrayacaktır.

Bu arada bir hususun altını çizmek gerekir. Koruyucu önleyici sağlık hizmetleri, koruyucu hekimlik ile eş anlamlı sanılarak belli bir meslek grubunun faaliyetiyle sınırlanmamalıdır. Yaygın bir şekilde sağlık ve sağlıkla ilgili mesleklerin eğitim müfredatında yer almalı, hatta halk sağlığı bilinci sağlık mesleklerinin de ötesine taşınmalıdır.

Her hastanenin bünyesinde kurulacak koruyucu sağlık birimleri, obezite, diyabet ve genetik yatkınlıklar gibi risk grubundaki bireyleri erken teşhis ve yaşam tarzı yönlendirmeleri ile takip edebilir. Mahalli sağlık kuruluşlarının Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) verisini kullanarak bölgelerinde risk haritaları oluşturmaları, bölgelerinde yüksek bulunan hastalıkların önlenmesine yönelik özel kampanyalar, eğitimler planlanması mümkün olabilir. Hatta bu tür faaliyetlerin Sağlık Bakanlığı ile paylaşımı ulusal erken uyarı sistemine de katkı sağlayacaktır. Böylece sağlık kuruluşlarımız sağlık sisteminin reaktif değil, proaktif yönetiminde önemli paydaşlar hâlini alacaktır.

Mevcut sağlık sistemlerimizde yaygın olarak başvuru olan ödeme ve teşvik sistemlerinin tersine çevrilip kamu ve özel sigortalar tarafından sağlık hizmetlerinin rasyonel kullanılması ve hastane başvuruları ile hastanede kalış sürelerinin azaltılmasına yönelik ödeme ve teşvik mekanizmalarının geliştirilmesi gerekir. Öyle ki; sağlık kuruluşları, sadece semptomlarıyla hasta geldiğinde değil; bireylerin ikincil (sekonder) ve üçüncül (tersiyer) korumalarında ve hatta sağlıklı bireyi korurken de gelir elde edebilirler.

Kavramsal düzeyde, hastalık önleme hizmetleri öncelikle sağlık hizmetleri sektöründe yoğunlaşan hizmetlerdir, yani sağlık endüstrisi kapsamındadır. Sağlığı geliştirme hizmetlerini ise daha ziyade sektörler arası eylemlere dayanan ve yukarıda da ifade edildiği gibi sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili hizmetler olarak nitelendirebiliriz. Bu yönü itibarıyla sağlığın geliştirilmesini de hedef alan bir koruyucu sağlık endüstrisi, sağlık endüstrisinden daha kapsamlı olacak ve farklı sektörlerin rol almasını gerekli kılacaktır.

Günümüzde ileri sürülen yeni halk sağlığı anlayışı zorunlu olarak kapsamlıdır; biyolojik, genetik, dijital yeni teknolojiler ve bilimsel keşifler hastalık kontrolü ve sağlığın geliştirilmesi için daha fazla yöntem ortaya çıkardıkça kapsam gelişmeye devam edecektir (10). Halk sağlığının belirleyicileri sadece sağlık sektörü çerçevesinde hayata geçirilebilen faaliyetlerden ibaret değildir. İş çevresi, barınma, beslenme, ulaşım, haberleşme, çevre gibi birçok alanla ilgili faaliyetlerin koruyucu ve önleyici sağlık odaklı yapılmasını özendirecek tedbir, teşvik ve yaptırımlardan söz edebiliriz. Ancak bunlar çoğu zaman göz ardı edilen kamu

düzenlemelerinden ibaret kalmakta ve maalesef yeterince uyulmamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için sadece geleneksel sağlık sektörünün faaliyetleri yeterli olmamaktadır. Başta sosyal belirleyicilere etki eden sektörler olmak üzere çok sektörlü iş birliklerine ihtiyaç vardır. Bu sağlık sektörü dışında da mesela eğitim, bayındırlık, ulaşım ve tarım gibi tüm sektörlerle “koruma” ve “önlemenin” süreçlere entegre edilmesini gerektirir. Bu alanlardaki her türlü üretim faaliyetinin yaygın bir sağlık üretimine dönüştürülmesi için etkili politikaların geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Öyle ki, insan sağlığına etki edebilecek her türlü üretim standartlarının başında asgari sağlık standartları olmak zorundadır (10).

Yakından ve uzaktan ilişkili tüm sektörleri içine alan kapsamlı bir koruyucu önleyici sağlık ekonomisinin harekete geçirilmesi ön açıcı olacaktır. Sağlığa zararlı faaliyet ve ürünlerin ek vergiye tabi tutulması, önleyici ve sağlığı geliştirici ürün-hizmetlere ise vergi avantajı ile farklı teşviklerin sağlanması gibi kamu politikaları geliştirilebilir. Koruyucu sağlık endüstrisinin yatırımcılara cazip hâle gelmesi için, yenilikçi, sürdürülebilir ve hedefe yönelik finansal araçların kullanılması önem taşımaktadır.

Kamu-özel sektör iş birlikleriyle işveren destekli sağlık programları gibi ölçeklenebilir programlar geliştirilebilir. Çalışanlarına sağlıklı yaşam fırsatları, belli standartlarda tarama ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan iş çevreleri için ayrıca özel teşvik mekanizmaları hayata geçirilebilir.

Konunun önemine binaen başta giyilebilir teknolojiler olmak üzere fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam, erken teşhis cihazları, dijital platformlar ve mobil sağlık uygulamaları için Bakanlık nezdinde hızlı onay ve uygunluk mekanizmaları oluşturulabilir. Kişiselleştirilmiş sağlık risk profilleri ve yaşam tarzı önerileri sunan dijital koruyucu sağlık uygulamaları teşvik edilebilir.

Anonimleştirilmiş dijital sağlık veri havuzlarının araştırma ve inovasyona açılmasına izin verilmesi sağlık sektörünün neredeyse tüm paydaşları tarafından dile getirilmektedir. Bu alanda detaylı düzenlemeler yapılır ve araştırmacıların erişimine açılırsa genetik yatkınlıklar, hastalık riskleri ve koruyucu önleyici tedbirlere ilişkin politika ve projeler kanıta dayalı olarak yapılabilecektir.

Koruyucu önleyici hizmetleri kapsayan bir finansal koruyuculuk hayati önem taşımaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve özel sigorta şirketleri, önleyici hizmetleri kapsamına almalı, vatandaşların bu hizmetlerden katkı payı ödemeksizin yararlanmasını sağlanmalıdır. Belli yaş ve risk gruplarında yapılacak tarama programlarına katılım ödüllendirilmeli, prim indirimi veya başka teşvik yöntemleri uygulanmalıdır. Bireylerin iyi davranışlarını ödüllendirecek mekanizmalar kurulabilir. Standart sağlık geliştirici, önleyici ve koruyucu programları uygulayanların sağlık sigorta kapsamı primden bağımsız olarak genişletilebilir hatta bu kişilere özel konforlu (VIP) sağlık hizmet sunum modelleri geliştirilebilir. Sigorta şirketleri, davranışsal önleme araçlarına yatırım yapabilir, hastalık riski azalınca finansal avantaj sağlayabilir. Bu alanda kamu ve özel sağlık sigortaları gerektiğinde iş birliği içinde ortak politikalar üretebilir. Bireylerin sağlıklı yaşam için yapacakları bireysel harcamaları için sigorta prim indirimi, gelir vergisinden düşme ya da vergi iadesi gibi özendirici araçlar bulunabilir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri merkezleştirildikçe yerel yönetimler bu sorumluluk yükünden uzaklaşmaktadır. Hâlbuki bireye ve onun iş ile yaşam alanına en yakın kamu otoriteleri yerel yönetimlerdir; koruyucu ve önleyici hizmetlerde en etkili olabilecek birimlerdir. Ulaşım, barınma, temiz su temini, hava ve çevre temizliği konularındaki sorumluluk alanları koruyucu önleyici faaliyetlerin başında gelir. Tüm bu faaliyetlerde temel sağlık standartlarının gözetilmesi gereklidir. “Sağlıklı şehir” teşvik programı uygulanarak, yürünebilir mahalleler ve bisiklet yolları gibi sağlıklı yaşamı destekleyen kentsel planlama öne çıkarılabilir. Yerel yönetimlere bölgelerinde gerçekleştirdikleri iyileştirmeler, oluşturdukları sağlıklı yaşama ortamları, nüfuslarında azalttıkları hastalık yükleri ve iyileştirdikleri temel sağlık göstergeleri gibi ölçütlere göre bütçe teşvikleri yapılabilir. Bu ölçütlerin kötüleşmesi durumunda zorlayıcı tedbirler geliştirilebilir.

Kısacası koruyucu önleyici sağlığı, ataletten kurtarmak ve ona yeni bir ivme kazandırmak için sadece kamu kaynaklarıyla yürütülmeye çalışılan eğitim, kampanya ve programlardan ibaret faaliyetlerin ötesine taşımak gerektiği açıktır. Kısım kısım atılan birçok olumlu adım olmakla birlikte bunların sonuç alıcı topyekün bir

eyleme dönüşmesinde zorluk yaşıyoruz. Bunu aşmak zorundayız. Bireylerin kendi sağlıklarından sorumlu oldukları bilincini geliştirecek, tüm toplumda farkındalık ve talep oluşturacak mekanizmaları harekete geçirecek, insan hayatına uzaktan veya yakından dokunan ilgili tüm sektörleri içine alacak ulusal bütüncül bir politika anlayışına ihtiyacımız var.

Artık sistemlerimiz proaktif olmak zorundadır. Koruyucu önleyici sağlığa sahip çıkacak, insanları sağlıklı yaşatacak ve sağlıklı yaşlanmalarını sağlayacak her türlü hizmet, teknoloji, ürün, politika ve sistemlere hayat verecek bir ekonomi, bir endüstri hayal olmasa gerektir. Toplumumuzun hızla yaşlanması ve sağlık harcamalarının önlenemez artışı karşısında sürdürülebilirlik adına buna daha fazla ihtiyacımız var.

Kaynaklar

- 1) “Industry”. Merriam-Webster.com Dictionary. Merriam-Webster. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/industry> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).
- 2) Illich I. *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York, NY: Pantheon Books; 1976.
- 3) Güler Ç. *Ekonomi Fıkra ve Esprileri*. Ankara: Yazıt Yayınları; 2022:18.
- 4) Çelik H. *Hastalık endüstrisinden sağlık endüstrisine geçiş mümkün mü? SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. 2023;63(1):92-93.
- 5) Caron RM, Noel K, Reed RN, Sibel J, Smith HJ. *Health promotion, health protection, and disease prevention: challenges and opportunities in a dynamic landscape*. *AJPM Focus*. 2023;3(1):100167. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10749873/> (Erişim Tarihi: 05.05.2025).
- 6) *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion*. Public Health Agency of Canada. November 17–21, 1986. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion.html> (Erişim Tarihi: 28.10.2023).
- 7) *Office of Disease Prevention and Health Promotion. Social determinants of health - Healthy People 2030*. <https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health> (Erişim Tarihi: 15.05.2025).
- 8) Bunton R, Macdonald G. *Health Promotion: Disciplines, Diversity, and Developments*. 2nd ed. London, UK: Routledge; 2002.
- 9) Pelikan J, Lobnig H, Kraic K. *Health-promoting hospitals*. *World Health*. 1997;(3):24-25. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330601/WH-1997-May-Jun-p24-25-eng.pdf> (Erişim Tarihi: 05.07.2025).
- 10) Tulchinsky TH, Varavikova EA. *Expanding the concept of public health*. In: Tulchinsky TH, Varavikova EA, eds. *The New Public Health*. 3rd ed. Cambridge, MA: Academic Press; 2014:43-90.

Türkiye'deki kanser ölümlerinin 13-yıllık eğilimi

Prof. Dr. Mehmet Koçak



Yüksek lisansını Michigan State University'de, doktorasını University of Memphis'te Uygulamalı İstatistik alanında tamamladı. 2002-2021 yılları arasında St. Jude Children's Research Hospital ve Pediatric Brain Tumor Consortium'da Faz-I/II klinik çalışmalarda istatistikçi olarak görev aldı. 2011'den itibaren University of Tennessee Health Sciences Center'da klinik araştırmalara katkı sundu. 2021'den sonra İstanbul Medipol Üniversitesinde Biyoistatistik Profesörü, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Ana Bilim Dalı Başkanı ve SABİTA Multi-Omics Dizayn ve Analiz Stüdyosu Direktörü oldu. Araştırma alanları arasında gen ekspresyonu, p-değeri meta-analizleri, klinik deneme tasarımları ve sağkalım analizleri yer alırken, SAS ve R konusunda uzmandır. 2017'den bu yana ABD NIH'te ve çeşitli dergilerde hakemlik yapmaktadır.

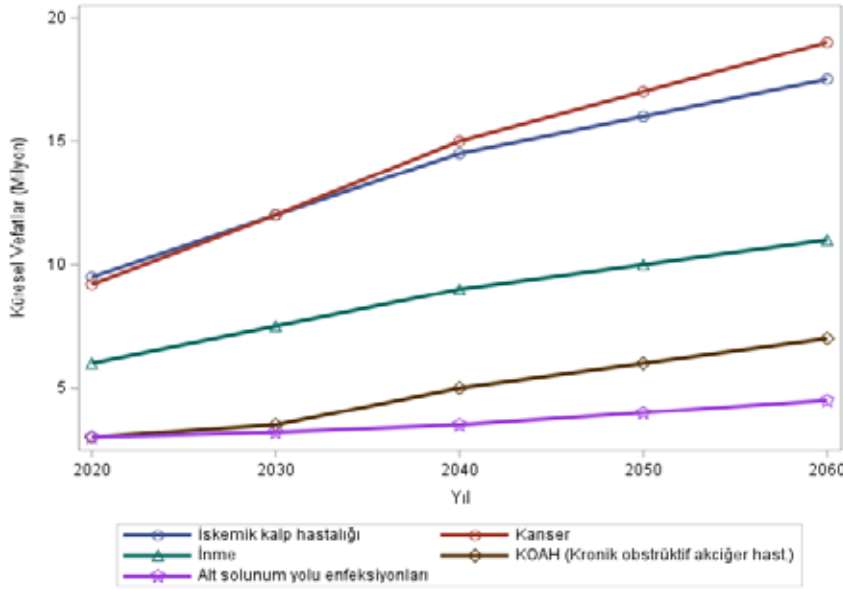
Kanser, modern toplumların karşılaştığı en karmaşık halk sağlığı sorunlarından biridir. Gelişen tanı yöntemleri, artan yaşam süresi ve çevresel risk faktörlerinin yaygınlaşması nedeniyle hem insidans hem de mortalite oranlarında zamana, yaşa, cinsiyete ve coğrafi bölgelere göre ciddi değişiklikler gözlenmektedir. Türkiye'deki sağlık sisteminin kanserle mücadelede gösterdiği çaba ancak epidemiyolojik eğilimlerin doğru analiz edilmesiyle değerlendirilebilecektir. Bu derleme, Türkiye'de 2010-2022 yılları arasında izlenen kanser ölüm eğilimlerini cinsiyet ve coğrafi farklılıklar bağlamında incelemekte; meme, akciğer, kolorektal, prostat ve mide kanseri gibi öne çıkan kanser türlerine odaklanmaktadır. Çalışma aynı zamanda küresel karşılaştırmaları da sınırlı bir şekilde tartışmaktadır. Amaç, Türkiye'de kanserle mücadelede erken tanı, farkındalık ve sağlığa erişim konularında stratejik bakış açısı geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

Küresel Perspektif: Mortalite ve Cinsiyet Farklılıkları

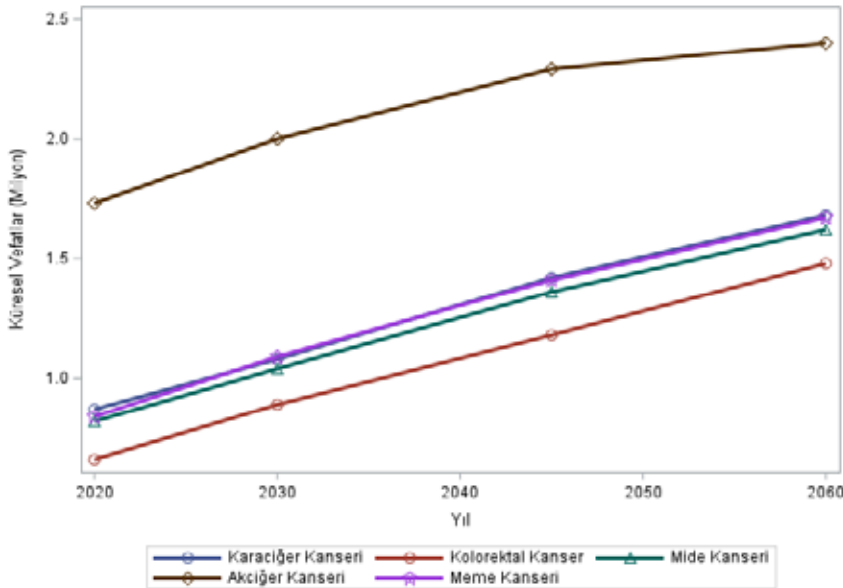
Mattiuzzi ve Lippi'nin 2019'da yayımladığı analizde, Dünya Sağlık Örgütü

Tablo 1. 2000 ve 2016 hastalık-tabanlı mortalite sıralamaları

Hastalık	2016			2000		
	Vefat Sayısı (Milyon)	Sıra	Yüzde (%)	Vefat Sayısı (Milyon)	Sıra	Yüzde (%)
Toplam	56.874	-	100	52.307	-	100
İskemik kalp hastalığı	9.433	1	16,6	7.029	1	13,4
Kanserler	8.966	2	15,8	7.010	2	13,4
İnme	5.781	3	10,2	5.170	3	9,9
KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)	3.041	4	5,3	2.972	5	5,7
Alt solunum yolu enfeksiyonları	2.957	5	5,2	3.325	4	6,4
Alzheimer ve diğer demanslar	1.992	6	3,5	0.804	15	1,5
Trafik kazaları	1.402	7	2,5	1.136	10	2,2
İshal	1.383	8	2,4	2.246	6	4,3
Tüberküloz	1.293	9	2,3	1.684	7	3,2
Karaciğer sirozu	1.254	10	2,2	0.988	13	1,9
Böbrek hastalıkları	1.180	11	2,1	0.727	17	1,4
Diğer dolaşım sistemi hastalıkları	1.081	12	1,9	0.840	14	1,6



Şekil 1. Mortalitede başı çeken hastalıklardan ilk beşinin 2016'dan 2060'a kadar olan yıllar arasında tahmini epidemiyolojik eğilimi



Şekil 2. Mortalitede başı çeken kanser türlerinin ilk beşinin 2016'dan 2060'a kadar olan yıllar arasında tahmini epidemiyolojik eğilimi

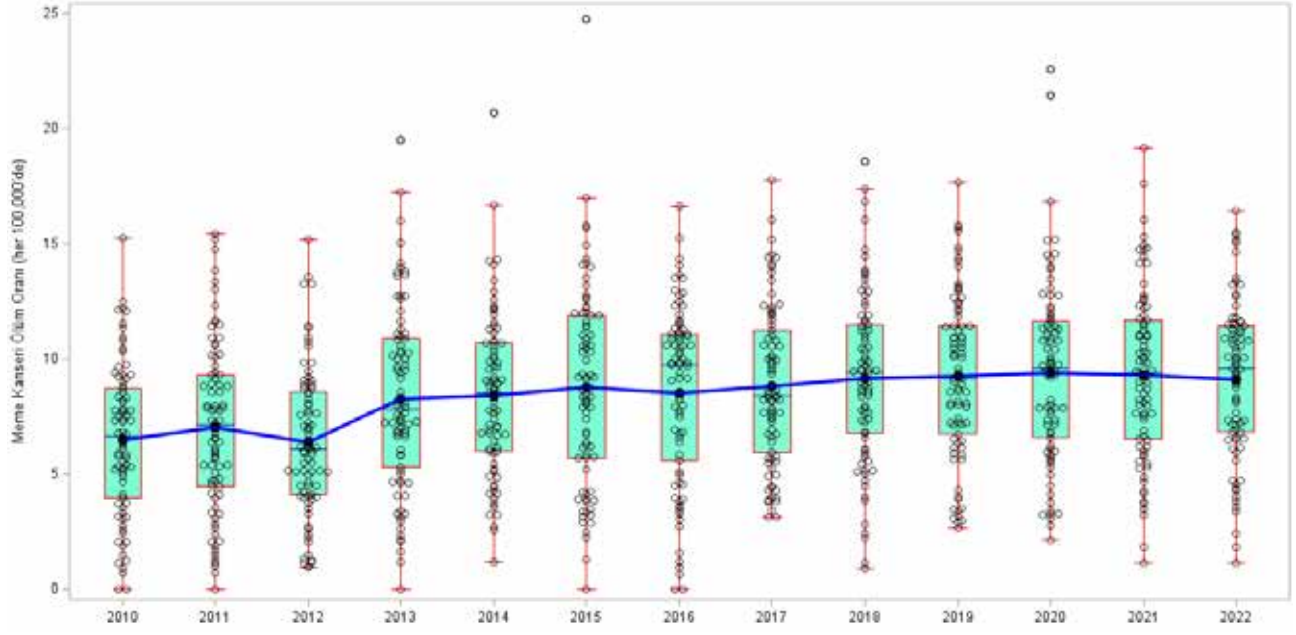
GLOBOCAN 2020 verileri, dünya genelinde yıllık yaklaşık 10 milyon kanser ölümü olduğunu göstermektedir. Cinsiyet temelli farklılıklar özellikle dikkat çekicidir: erkeklerde akciğer ve karaciğer, kadınlarda ise meme ve rahim kanserleri öne çıkmaktadır.

ve Amerikan Kanser Derneği verilerine göre 2000 yılından bu yana kanser ölümlerinin artmakta olduğu ortaya konmuştur (Tablo 1).

Önümüzdeki 30-35 yıllık süreçte mortalitede başı çekecek beş hastalığın projeksiyonu aşağıdaki şekilde verilmiştir:

Benzer şekilde, ilk beşe giren kanser türleri de Şekil 2'de verilmiştir:

GLOBOCAN 2020 verileri, dünya genelinde yıllık yaklaşık 10 milyon kanser ölümü olduğunu göstermektedir. Cinsiyet temelli farklılıklar özellikle dikkat çekicidir: erkeklerde akciğer ve karaciğer, kadınlarda ise meme ve rahim kanserleri öne çıkmaktadır (Tablo 2).



Şekil 3. Türkiye'de meme kanseri ölümlerinin son 13 yılı

Türkiye'de Kanser Mortalite Verileri (2010-2022)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Sağlık Bakanlığı ölüm nedeni istatistiklerine göre, 2010 ve 2022 yılları arasında kapsayan 13-yıllık bir süreçte, aşağıdaki beş kanser türü ölüm nedenleri

arasında üst sıralarda yer almaktadır: Meme Kanseri, Akciğer Kanseri, Kolorektal Kanseri, Prostat Kanseri ve Mide Kanseri. Bu raporu da bu beş kanser türünden kaynaklı mortalitelerle sınırlı tutmayı hedeflemekteyiz. 13-yıllık bir süreci resmederken, kanser ölüm oranlarının 81 ildeki varyasyonları cin-

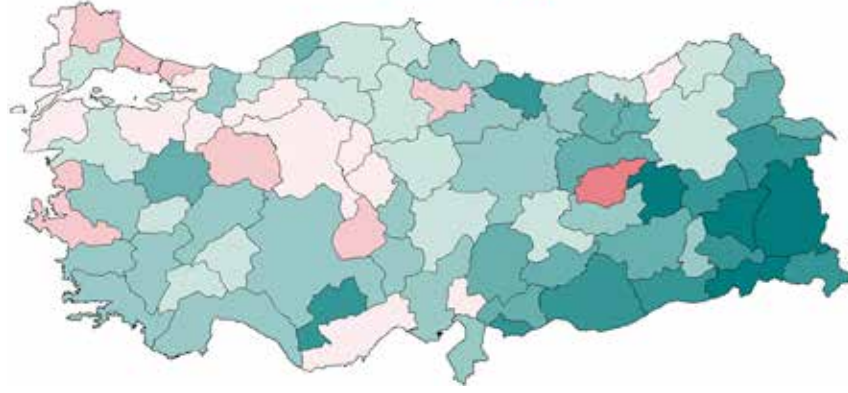
siyete göre sunmayı ve 2010 ve 2022 karşılaştırmasını haritalar üzerinden görsel olarak sunmayı tercih ettik. Bu ve benzeri araştırmalar; cinsiyet/yaş aralıklarına ve bu iki faktörün çaprazlamalarına göre haritalandırılmaları daha da derinleştirilebilir.

Tablo 2. Kanserde cinsiyet dengesizliğine global bir bakış (Dünya Sağlık Örgütü, 2021)

Ölüm Sebebi	Yıllık Mortalite			Her 100.000'de Vefat Sayısı			Erkek Ölüm Oranı/Kadın Ölüm Oranı
	TOPLAM	ERKEK	KADIN	TOPLAM	ERKEK	KADIN	
Kötü huylu neoplazmalar - Genel	9.797.203	5.439.271	4.365.738	123.4	136.1	109.3	1.25
Trakea, bronş ve akciğer kanserleri	1.855.182	1.221.180	636.152	23.4	30.6	15.9	1.92
Kolon ve rektum kanserleri	953.846	528.361	426.060	12	13.2	10.7	1.24
Mide kanseri	855.847	559.350	297.347	10.8	14	7.4	1.88
Meme kanseri	705.402	12.191	692.497	8.9	0.3	17.3	0.02
Karaciğer kanseri	601.441	400.403	201.109	7.6	10	5	1.99
Diğer kötü huylu neoplazmalar	560.681	298.785	262.223	7.1	7.5	6.6	1.14
Özofagus (yemek borusu) kanseri	519.251	380.574	139.467	6.5	9.5	3.5	2.73
Pankreas kanseri	475.345	254.821	220.862	6	6.4	5.5	1.15
Ağız ve orofarinks kanserleri	408.377	291.467	117.318	5.1	7.3	2.9	2.48
Lenfomalar, multipl miyelom	403.082	228.360	174.924	5.1	5.7	4.4	1.31
Prostat kanseri	393.995	395.897	0	5	9.9	0	
Rahim ağzı (serviks uteri) kanseri	338.753	0	338.706	4.3	0	8.5	
Lösemi	312.248	176.628	135.830	3.9	4.4	3.4	1.3
Beyin ve sinir sistemi kanserleri	259.548	143.424	116.249	3.3	3.6	2.9	1.23
Mesane kanseri	212.946	158.155	55.280	2.7	4	1.4	2.86
Over (yumurtalık) kanseri	191.911	0	191.623	2.4	0	4.8	
Safra kesesi ve safra yolları kanseri	159.898	68.342	91.496	2	1.7	2.3	0.75
Böbrek kanseri	159.338	102.479	57.051	2	2.6	1.4	1.8
Melanom ve diğer deri kanserleri	132.012	73.750	58.473	1.7	1.8	1.5	1.26
Gırtlak (larinks) kanseri	114.021	97.298	17.004	1.4	2.4	0.4	5.72
Rahim gövdesi (korpus uteri) kanseri	98.775	0	98.514	1.2	0	2.5	
Tiroid kanseri	47.263	17.724	29.562	0.6	0.4	0.7	0.6
Mezotelyoma	27.332	19.357	7.991	0.3	0.5	0.2	2.42
Testis kanseri	10.709	10.725	0	0.1	0.3	0	

Meme Kanseri Ölüm Oranı (2010):

0 - 1	1 - 3	3 - 5	5 - 7
7 - 9	9 - 11	11 - 13	13 - 15
15 - 17	17 - 18		



Meme Kanseri: Arnold ve arkadaşları (2022), meme kanserinin özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki artan yüküne dikkat çekmektedir. Meme kanseri kadınlarda en sık görülen malignite olup, Türkiye'de her yıl yaklaşık 20.000 yeni vaka bildirilmektedir ve 2010-2022 arasındaki verilerin incelenmesinde meme kanserinden ölümlerde yavaş da olsa bir artış gözükmemektedir (Şekil 3).

Meme kanseri ölümleri bölgesel olarak anlamlı farklar göstermektedir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri, sahil kesimlerine ve Trakya'ya göre daha az meme kanseri ölümü rapor etmektedir. Meme kanserinden ölümlerin 2010'dan 2022'ye değişimi ve mekânsal korelasyon gözle görülür düzeydedir (Şekil 4).

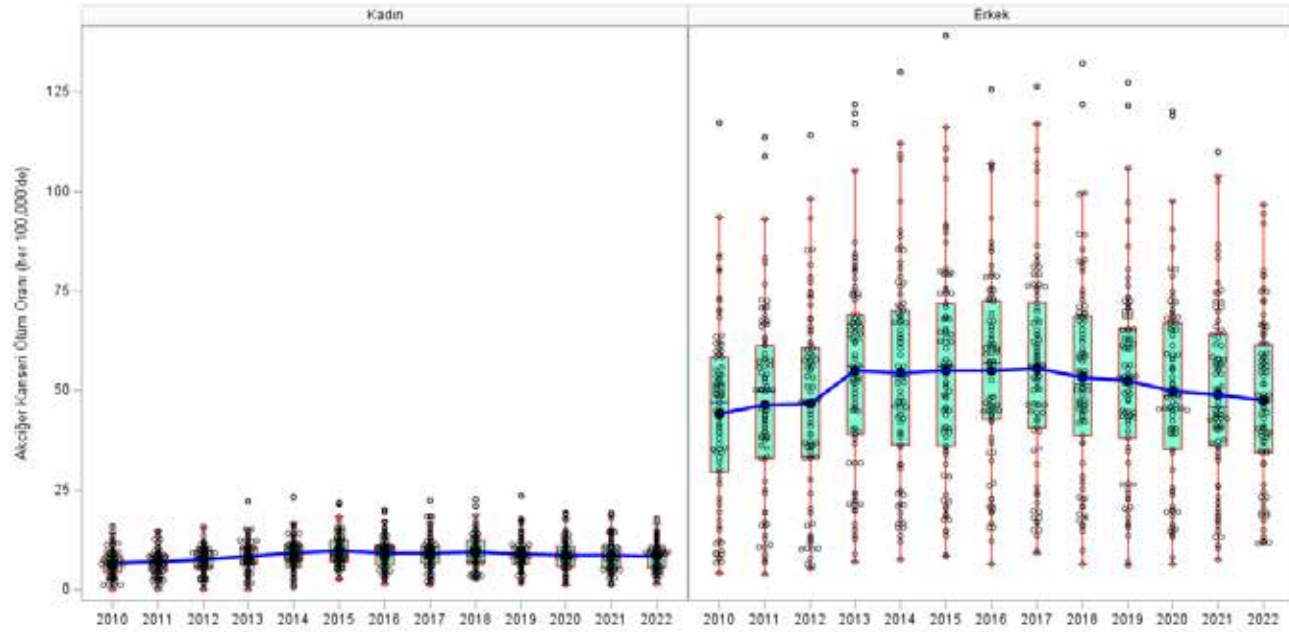
Meme Kanseri Ölüm Oranı (2022):

0 - 1	1 - 3	3 - 5	5 - 7
7 - 9	9 - 11	11 - 13	13 - 15
15 - 17	17 - 18		



Akciğer Kanseri: Akciğer kanseri, en ölümcül kanser türüdür ve erkeklerde görülme sıklığı kadınlara kıyasla 2-3 kat fazladır. İslami ve arkadaşları akciğer kanserinin küresel yükünü göstermiş, coğrafi varyasyona ve sigarayı bırakma politikalarının etkisine dikkat çekmiştir. Türkiye'de de coğrafi olarak akciğer

Şekil 4. Türkiye'de meme kanserinden ölümlerin coğrafi durumu



Şekil 5. Türkiye'de akciğer/larinks/farinks/trakea kanserlerinden ölümlerin son 13 yılı

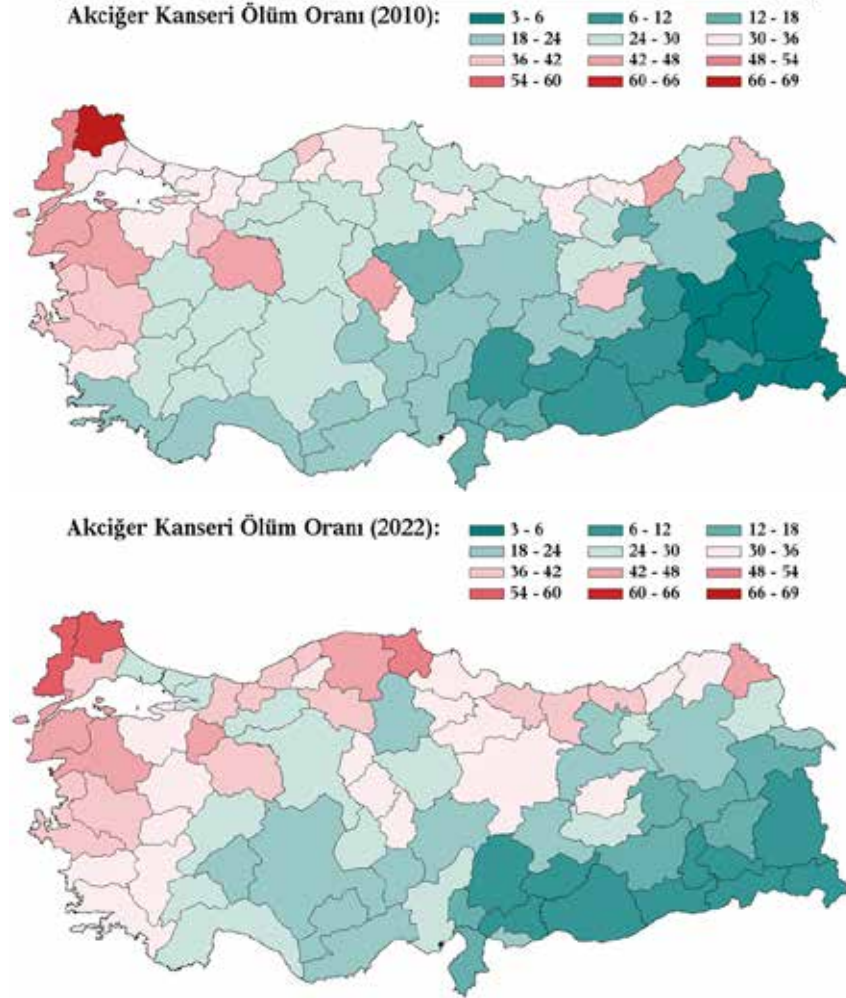
kanseri mortalite oranında iller arasında 10 kattan fazla farklılıklar yıllara göre değişimsiz gözlenebilmektedir. Akciğer kanserinden ölümlerde de çok anlamlı bölgesel varyasyon ve mekânsal korelasyon görülmektedir.

Kolorektal Kanseri: Sharma ve arkadaşları (2022) kolorektal kanserlerdeki küresel artışlara ve özellikle genç nüfusun bu konudaki mağduriyetine dikkat çekmiştir. Kolorektal kanserler, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de

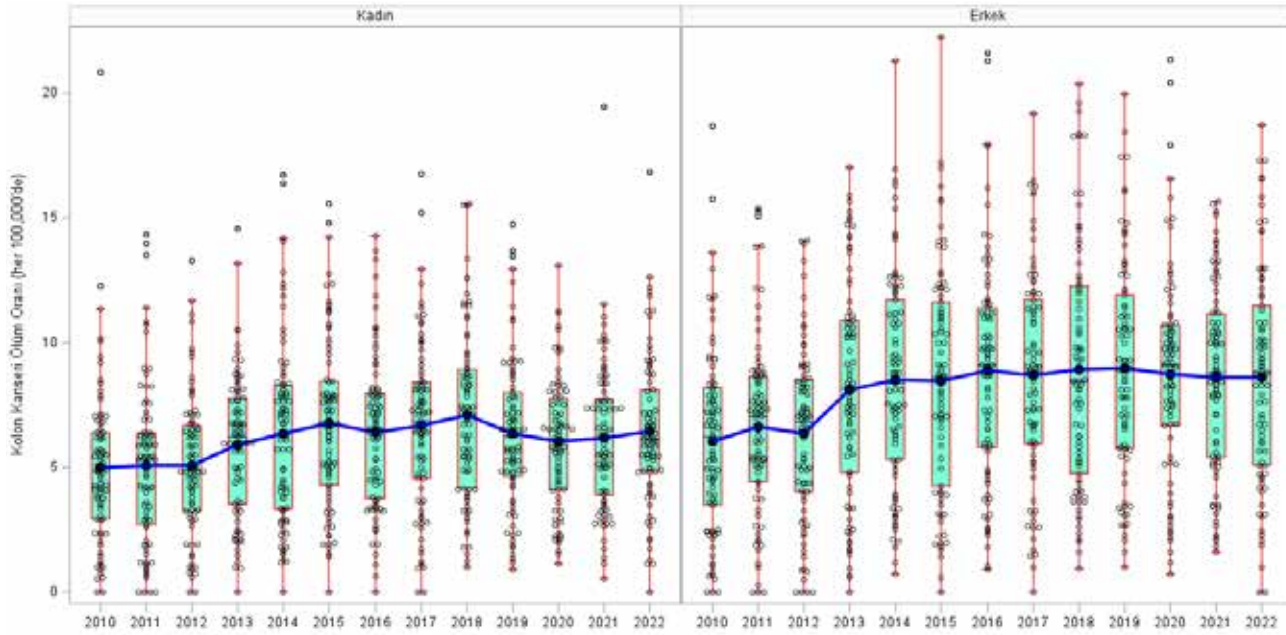
de insidansı ve bunun sonucu olarak mortalitesi artan bir kanser türü olarak ortaya çıkmaktadır.

Kolorektal kanserlerin 13 yıllık değişiminde Karadeniz Bölgesi'nin durumu, yerel

Akciğer kanseri, en ölümcül kanser türüdür ve erkeklerde görülme sıklığı kadınlara kıyasla 2-3 kat fazladır. İslami ve arkadaşları akciğer kanserinin küresel yükünü göstermiş, coğrafi varyasyona ve sigarayı bırakma politikalarının etkisine dikkat çekmiştir. Türkiye’de akciğer kanseri mortalite oranında iller arasında 10 kattan fazla farklılıklar yıllara göre değişmeksizin gözlenebilmektedir.



Şekil 6. Türkiye’de akciğer/larinks/farinks/trakea kanserlerinden ölümlerin coğrafi durumu



Şekil 7. Türkiye’de kolon ve rektal kanserlerden kaynaklı ölümlerin son 13 yılı

sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilip yapılandırılması gerekliliğini acil bir şekilde ortaya koymaktadır.

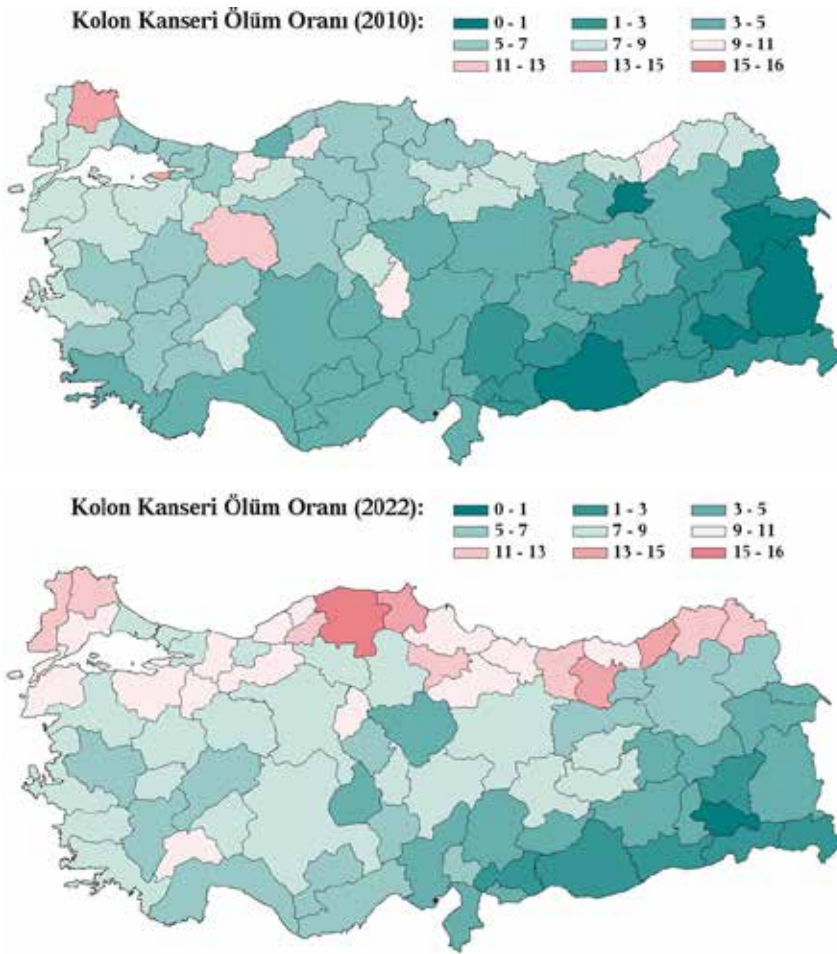
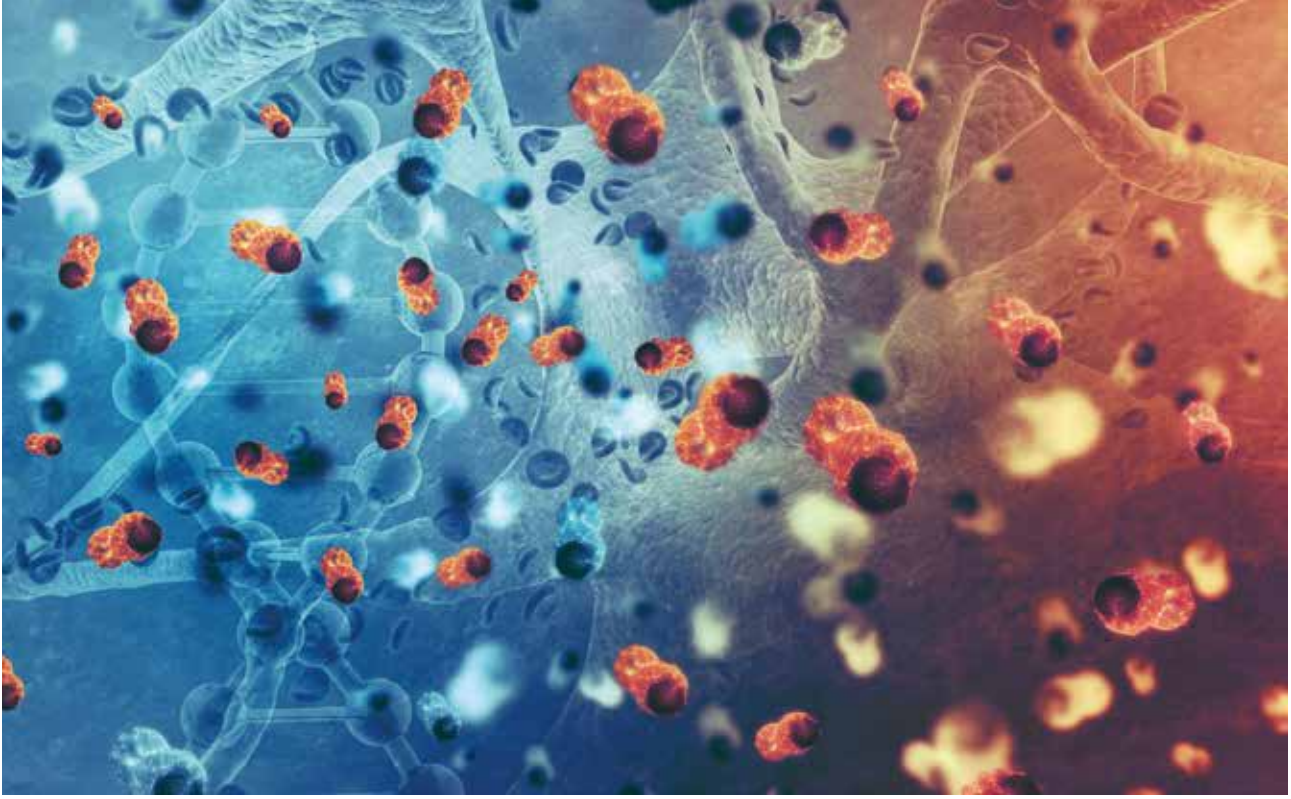
Mesane Kanseri: Weber ve arkadaşları (2024), erkeklerde en sık görülen ikinci kanser türü olan mesane kanserinin küresel ölçekte artan yüküne dikkat çekmiştir.

Mesane kanseri ölümlerindeki son 13 yıldaki bölgesel artışlar dikkat çekmekte, yerel sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilip yapılandırılması gerekliliğini bu kanser türü için de acil bir şekilde ortaya koymaktadır.

Mide Kanseri: Tanısı genellikle geç konulan ve kötü prognoza sahip

kanserlerden biri olan mide kanserinin küresel ölçekte insidansı ve mortalitesi azalma eğiliminde olsa da Türkiye’nin özellikle mortalite ölçeğinde aynı trendi takip etmediği gözlenmektedir.

Mide kanserine bağlı ölümlerde Kuzey Doğu Anadolu Bölgesi’ndeki artışlar dikkat çekmektedir.



Şekil 8. Türkiye'de kolon ve rektal kanserlerden kaynaklı ölümlerin coğrafi durumu

Politika Önerileri ve Gelecek Stratejileri

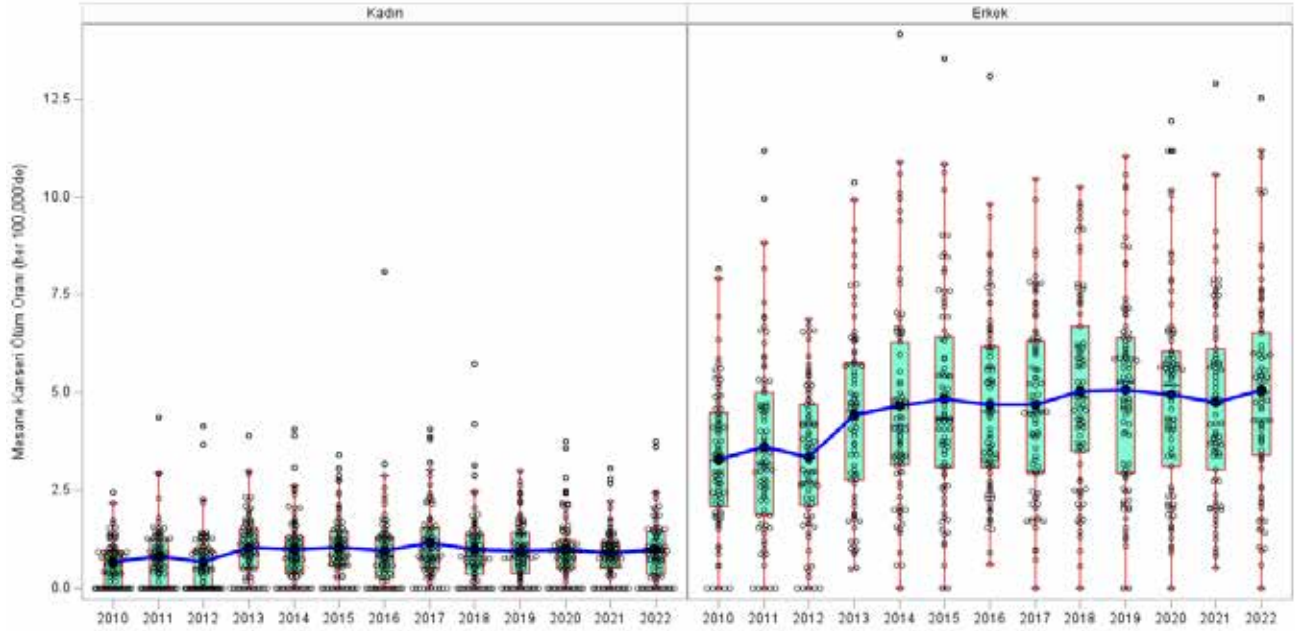
Türkiye'deki kanser kaynaklı ölümlerin yıllara ve illere göre değişen yapısı, tek tip merkezi müdahalelerin etkilerinin sınırlı olacağını açıkça ortaya koymaktadır. Bu nedenle, kanserle mücadelede başarı

sağlamak için yerel özelliklere duyarlı, dinamik ve veriye dayalı politikaların geliştirilmesi kaçınılmazdır. Her ilin kendine özgü çevresel koşulları, sosyoekonomik profili, sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ve risk faktörleri göz önüne alınarak oluşturulacak sağlık politikaları, hastalık yükünü azaltmada çok daha etkili olacaktır.

İllere göre değişen kanser mortalite oranları, bölgesel sağlık ihtiyaçlarının farklılaştığını göstermektedir. Örneğin bazı illerde mide ya da akciğer kanseri ölümleri yüksek seyrederken, diğerlerinde meme veya kolorektal kanserlerde belirgin artışlar gözlemlenmektedir. Bu durum, ulusal sağlık politikalarının yerel düzeyde esnetilmesini hatta yeniden yapılandırılmasını gerektirmektedir. İl bazında sağlık, sosyodemografik ve çevre verilerinin düzenli olarak toplanması, analiz edilmesi ve kamuoyuyla paylaşılması, yerel yönetimlerin ve sağlık müdürlüklerinin kanıta dayalı kararlar almasını kolaylaştıracaktır.

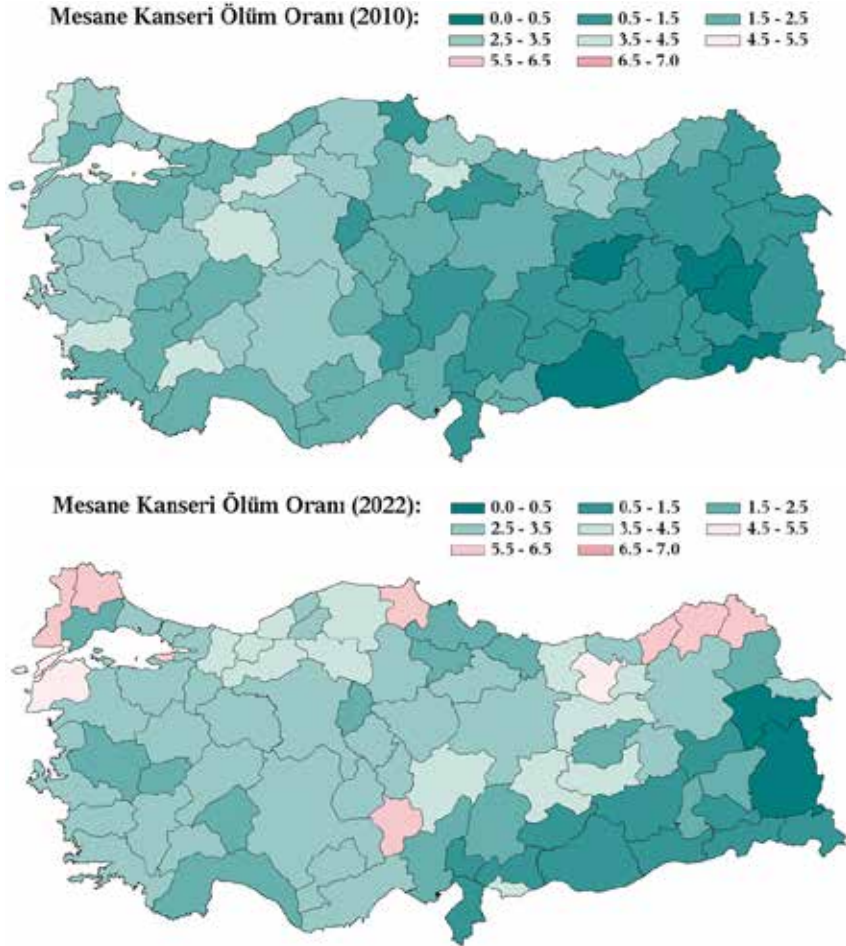
Cinsiyetler arası farklar ve kırsal-kentsel eşitsizlikler de politika üretiminde göz ardı edilmemelidir. Kadınlarda bazı kanser türlerinin daha geç teşhis edilmesi veya kırsal bölgelerde sağlık taramalarına erişimin daha sınırlı olması gibi durumlar, dezavantajlı gruplar için özel stratejiler geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu çerçevede, problemlerin zamanında tespiti, hastalıkların önlenmesi ve tedaviye erken başlanabilmesi adına; kadın sağlığı programları, mobil tarama üniteleri, bölgesel farkındalık kampanyaları gibi çözümler önem kazanmaktadır.

Geleceğe dönük stratejilerde, teknolojik olanaklardan da yararlanılmalıdır. Ulusal kanser kayıt sisteminin daha güçlü ve detaylı hâle getirilmesi, yaşa-standartize edilmiş oranlarla uzun dönemli projeksiyonlar yapılabilmesini sağlar. Bu projeksiyonlar hem sağlık altyapısının planlanması hem de bütçe yönetimi açısından büyük önem taşır. Yapay zekâ



Şekil 9. Türkiye'de mesane kanseri kaynaklı ölümlerin son 13 yılı

Tanısı genellikle geç konulan ve kötü prognoza sahip kanserlerden biri olan mide kanserinin küresel ölçekte insidansı ve mortalitesi azalma eğiliminde olsa da Türkiye'nin özellikle mortalite ölçeğinde aynı trendi takip etmediği gözlenmektedir. Mide kanserine bağlı ölümlerde Kuzey Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki artışlar dikkat çekmektedir.



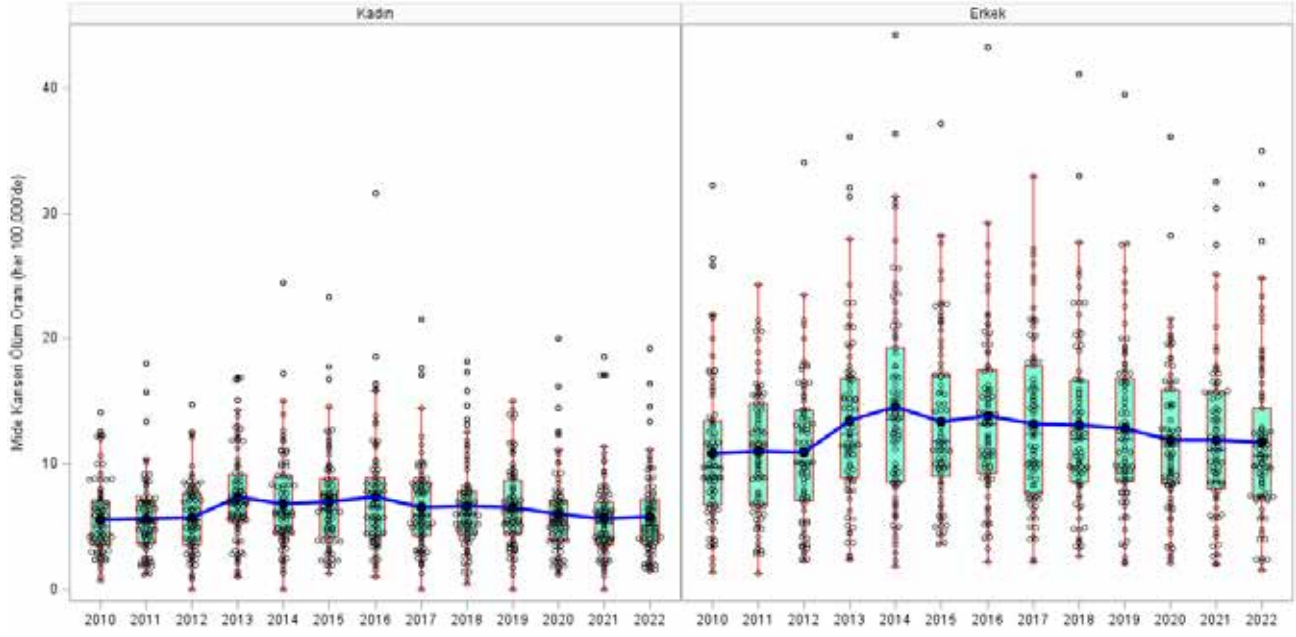
Şekil 10. Türkiye'de prostat kanserleri kaynaklı ölümlerin coğrafi durumu

destekli modellemelerle yüksek riskli bölgeler öngörülerek, kaynakların daha verimli dağıtılması mümkün olabilir.

Son olarak, kanserle mücadelede sağlık sektörünün sınırlarını aşan çok sektörlü iş birliklerine ihtiyaç vardır. Çevresel maruziyetlerin azaltılması için çevre, şehircilik ve tarım politikaları sağlıkla uyumlu hâle getirilmelidir. Yerel yönetimler, sivil toplum

kuruluşları ve akademik kurumlar bu süreçte önemli paydaşlardır. Özellikle sağlık okuryazarlığının artırılması, hastalıkların önlenmesi, erken teşhis ve tedavinin önemi gibi konularda, yerel bilgi üretimini ve takibini teşvik eden akademik çalışmalar ve halk katılımına

dayalı bilinçlendirme faaliyetleri, sürdürülebilir ve toplum temelli müdahale programlarının temelini oluşturacak ve uzun vadede hem bireylerin hem sağlık sistemlerinin üstündeki hastalık yükünü hafifletmeye anlamlı ve kalıcı bir düzeyde yardımcı olacaktır.

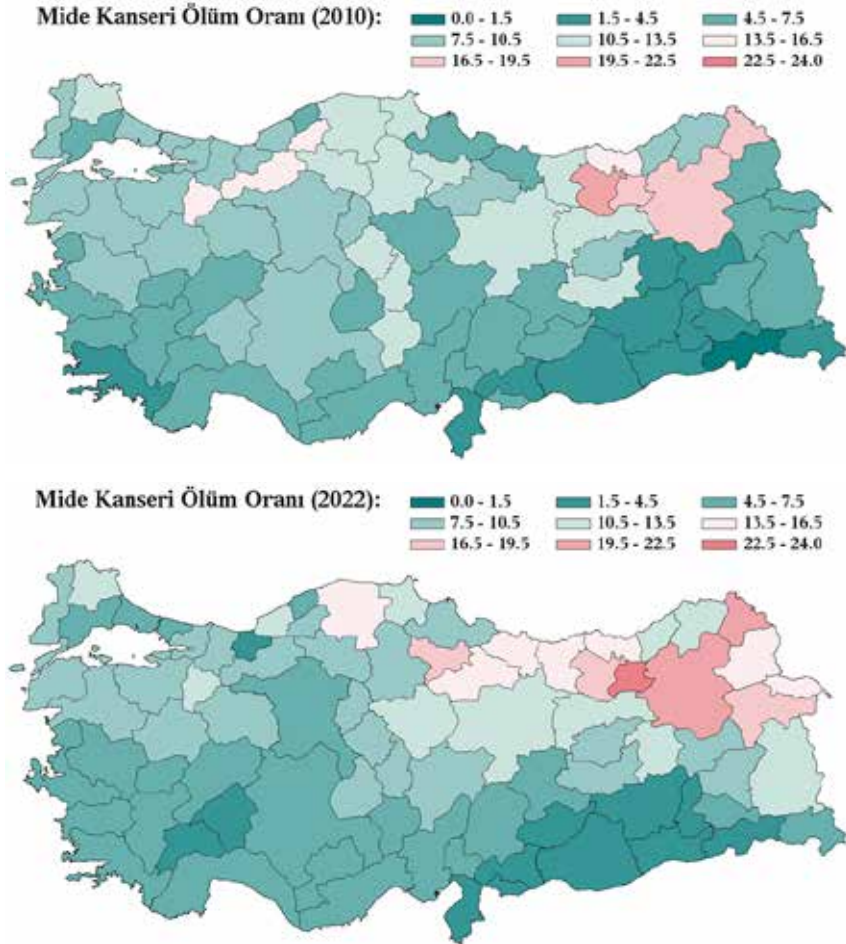


Şekil 11. Türkiye'de mide kanseri kaynaklı ölümlerin son 13 yılı

Türkiye'deki kanser kaynaklı ölümlerin yıllara ve illere göre değişen yapısı, tek tip merkezi müdahalelerin etkilerinin sınırlı olacağını açıkça ortaya koymaktadır. Bu nedenle, kanserle mücadelede başarı sağlamak için yerel özelliklere duyarlı, dinamik ve veriye dayalı politikaların geliştirilmesi kaçınılmazdır. Her ilin kendine özgü çevresel koşulları, sosyoekonomik profili, sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ve risk faktörleri göz önüne alınarak oluşturulacak sağlık politikaları, hastalık yükünü azaltmada çok daha etkili olacaktır.

Kaynaklar

- Arnold, M., Morgan, E., Rumgay, H., Mafr, A., Singh, D., Laversanne, M., & Bray, F. (2022). Current and future burden of breast cancer. *The Breast*, 66, 15-23.
- İslami, F., Torre, L. A., Jemal, A., & Bray, F. (2015). Global trends of lung cancer mortality. *Translational Lung Cancer Research*, 4(4), 327-338.
- Li, Y., Hahn, A. I., Laszkowska, M., Jiang, F., Zaubler, A. G., & Leung, W. K. (2024). Global burden of young-onset gastric cancer: A systematic trend analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Gastric Cancer*, 27(4), 684-700.



Şekil 12. Türkiye'de mide kanseri kaynaklı ölümlerin coğrafi durumu

- Mattiuzzi, C., & Lippi, G. (2019). Current cancer epidemiology. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(4), 217-222.
- Sharma, R., Aier, I., Semwal, R., & Varadwaj, P. K. (2022). Global burden of colorectal cancer. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 7(7), 627-647.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). Ölüm nedeni istatistikleri (2010-2022). Ankara: TÜİK. <https://www.tuik.gov.tr>.

- Wéber, A., Vignat, J., Shah, R., Morgan, E., Laversanne, M., Nagy, P., Kenessey, I., & Znaor, A. (2024). Global burden of bladder cancer mortality in 2020 and 2040 according to GLOBOCAN estimates. *World Journal of Urology*, 42(1), 237-245.
- World Health Organization. (2021). Global health estimates: Leading causes of death. Geneva: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri ve küresel sağlık diplomasisinin rolü

Prof. Dr. Hülya Akan



1966 İstanbul doğumludur. Lisansını Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde, tıpta uzmanlık eğitimi ise Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tamamlayarak 1994 yılında aile hekimliği uzmanlığını aldı. 2013 yılında doçent ve 2019 yılında profesör ünvanını alan Akan, uzun yıllar grip platformu koordinatörlüğü, Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık derneğinde MYK eğitim sorumluluğunu ve derneğin İstanbul şube başkanı olarak alanında birçok aktif çalışmaya katıldı. Ulusal ve uluslararası aile hekimliği ve tıp eğitimi ile ilişkili çeşitli derneklere üyelikleri ve aktif çalışmaları bulunmaktadır. Hâlen antropoloji doktora öğrencisi olan Akan, "medikal çoğulculuk" konusunda saha çalışması yürütmektedir. Birçok uluslararası dergide yayınları bulunmaktadır. Özel ilgi alanları koruyucu hekimlik, tıbbi antropoloji, çoklu sağlık sistemleri, grip ve pandemiler, tıp eğitiminde simülasyon ve program tasarımı, sağlıkta iletişim becerileridir. Şu anda İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Başkanı olarak mesleğini sürdürmektedir.

İnsanlık tarihi krizlerle doludur. İnsanlığın evrimleşmesine baktığımızda, çevresel etkenlerin ve çevresel adaptasyonun bugünkü durumumuza gelmemizdeki yeri tartışılmazdır. İnsanlık, tarihi boyunca krizlere doğru veya eksik biçimde de olsa gerekli yanıtları vermiş ve yeni toplumsal, teknolojik ve kültürel formasyonlar geliştirmiştir. Bugün farklı bir krizle karşı karşıyayız; iklim değişikliği.

İklim değişikliği insanlık tarihinde ilk iklim krizi değildir. Dünya, tarihsel süreç boyunca defalarca ısınma ve soğuma dönemlerinden geçmiştir. Ancak günümüzü benzersiz kılan şey, bu krizin büyük oranda insan faaliyetleri sonucunda ortaya çıkmış olmasıdır. Çözüm üretmediğimiz sürece iklim değişikliği etkilerini devam ettirecek gibi görünmektedir. Özellikle endüstrileşme süreciyle birlikte insanlık, yalnızca çevresine uyum sağlayan bir canlı olmaktan çıkmış; doğrudan çevresini dönüştüren bir aktöre dönüşmüştür. Bugünün iklim krizi, bu dönüşümün ekolojik ve toplumsal maliyetlerinin somut bir yansımasıdır. Bu yazıda iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri, bu etkilerin sağlık

sistemi üzerinde oluşturduğu yük ve ulusötesi yapıların, sağlık diplomasisinin bu sorunların çözümündeki rolü ele alınmıştır.

İklim Değişikliği

İklim değişikliği, atmosferdeki sera gazı birikiminin artmasına bağlı olarak yeryüzü sıcaklıklarının yükselmesi, mevsimlerin kayması, ekstrem hava olaylarının şiddetlenmesi ve doğal sistemlerin dengesinin bozulması şeklinde tanımlanır. Bu süreç yalnızca çevresel bir dönüşüm değil; aynı zamanda sosyal, ekonomik ve politik yapıların yeniden şekillendiği çok katmanlı bir kriz alanıdır.

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre, 2030-2050 yılları arasında iklim değişikliğine bağlı nedenlerle her yıl yaklaşık 250.000 kişinin hayatını kaybedebileceği tahmin edilmektedir. Gezegenimiz öngörülenden daha hızlı bir şekilde ısınmaktadır. Bazı bilim insanları geri dönüşüm noktanın ulaşılmasına ramak kaldığı yönünde görüş bildirmektedirler.

İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri doğrudan ve dolaylı olmak üzere

iki ana başlıkta ele alınabilir. Doğrudan etkiler arasında sıcak hava dalgalarına bağlı ölümler (sıcak çarpması, kalp-damar yetmezliği, ısıya bağlı ölümler), doğal afetlerin (sel, kuraklık, orman yangını) neden olduğu yaralanmalar, sakatlıklar, ölümler ve ruhsal sorunlar sayılabilir. Dolaylı etkiler ise çeşitlidir: I) Hava kirliliği: Astım ve kalp hastalıkları, II) Vektör ekolojisinin değişimi: Sıtma, dang humması, ensefalit, Lyme hastalığı, Batı Nil virüsü artışı. Buzulların erimesi ile yeni mikroorganizmaların ortaya çıkma olasılığı III) Alerjenlerin artışı: Alerjik hastalıklar ve solunum problemleri, IV) Su kalitesinin bozulması: Kolera, kampilobakter, leptospiroz gibi enfeksiyonlar, V) Besin güvencesizliği ve yetersiz beslenme: İshal hastalıkları, kötü beslenme ve malnütrisyon.

Ayrıca iklim değişikliği kaynaklı çevresel bozulma, toplumların fiziksel ve ruhsal dayanıklılığını zayıflatmakta, özellikle dezavantajlı grupların (çocuklar, yaşlılar, göçmenler) kırılganlığını artırmaktadır. Bu çok yönlü sağlık tehditleri, hâlihazırda baskı altında olan birçok ülkenin sağlık sistemini daha da zorlamaktadır. Sağlık hizmet kapasitesi afetlerde yetersiz



kalabilmektedir; aşırı hava olayları ve göç gibi faktörler sağlık iş gücünün yönetimini, ilaç ve malzeme lojistiğini ve halk sağlığı planlamasını doğrudan etkilemektedir.

İklim değişikliği yalnızca çevresel bir tehdit değil; insan, hayvan ve çevre sağlığını aynı ekosistem içinde etkileyen bir durumdur. Bu bağlamda iki yeni kavram ortaya çıkmıştır: Tek Sağlık (One Health) ve Gezegen Sağlığı (Planet Health).

'Tek Sağlık'; insanların, tüm hayvanların ve çevrenin sağlığını dengelemek ve optimize etmek için entegre, birleştirici bir yaklaşıma vurgu yaparken; 'Gezegen Sağlığı', insan sağlığı ve bitki yaşamı, gıda ve enerji sistemleri üzerinde de etkisi olan su, hava ve toprak gibi insan sağlığının bağlı olduğu doğal sistemler olarak tanımlanır. İnsan sağlığının doğrudan ekosistemlerin sürdürülebilirliği ile ilişkili olduğunu vurgular.

'Gezegen Sağlığı' yalnızca çevreye duyarlı bir sağlık vizyonu değil, aynı zamanda doğa-insan sistemleri arasındaki karşılıklı bağımlılığı yöneten yeni bir küresel yönetim paradigmasıdır. Bugün, epigenom çalışmaları gibi bilimsel çalışmalar, insanın çevresi ile karşılıklı etkileşiminin insan sağlığı üzerindeki etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Bu etkileşim pasif olmayıp karşılıklıdır; insan da çevresini değiştirmektedir. Bu karşılıklı mikro-makro düzeylerdeki etkileşimler, insan sağlığını tüm gezegenin ve tüm canlıların sağlığından ayrı düşünmeyi

olanaksız kılmaktadır. Bu nedenle, sağlık politikalarının 'Tek Sağlık' yaklaşımı ile ele alınması günümüzde bir tercih değil zorunluluktur.

İklim Değişikliğinin İnsan Göçü Üzerindeki Etkisi

Bugün küresel bağlamda yaşadığımız krizlerin hepsi birbiri ile bağlantılıdır. Her ne kadar bu yazıda iklim krizi özneline tartışılmakta olsa da, aslında bir bütün olarak bakmak gerekir. İklim değişikliği yalnızca çevreyi değil, insanların yaşadığı coğrafyaları ve yaşam biçimlerini de doğrudan etkilemektedir. Kuraklık, deniz seviyesinin yükselmesi, tarım alanlarının verimsizleşmesi, su kaynaklarının tükenmesi gibi iklim kaynaklı etkenler, milyonlarca insanı yaşadığı yeri terk etmeye zorlamaktadır. Bu durum, "iklim mültecisi" ya da "çevresel göçmen" kavramlarını gündeme getirmiştir. Günümüzde göç hareketlerinin önemli bir kısmı doğrudan ya da dolaylı olarak iklim değişikliğine bağlı gelişen yaşam koşullarının bozulmasından kaynaklanmaktadır.

Zorunlu göç olgusu bireylerin sadece fiziksel değil, aynı zamanda sağlıkla ilgili birçok ihtiyacını da belirsizleştirmektedir. Gittikleri ülkelerdeki sağlık hizmetlerine erişimde yasal statü, dil bariyerleri, kültürel uyumsuzluklar ve ekonomik engeller gibi sorunlarla karşılaşan göçmenler hem akut hem de kronik sağlık sorunları bakımından kırılgan bir konuma düşmektedir. Enfeksiyon hastalıklarının yayılma riski artarken, kronik hastalıkların takibi

Dünya Sağlık Örgütüne göre, 2030-2050 yılları arasında iklim değişikliğine bağlı nedenlerle her yıl yaklaşık 250 bin kişinin hayatını kaybedebileceği tahmin edilmektedir. Gezegenimiz öngörülenden daha hızlı bir şekilde ısınmaktadır. Bazı bilim insanları geri dönüşmez noktanın ulaşılmasına ramak kaldığı yönünde görüş bildirmektedirler.

ve ruh sağlığı hizmetlerine erişim büyük ölçüde sektöre uğramaktadır.

Enfeksiyon hastalıklarının sınır tanıması, psikososyal sağlık problemleri, kronik hastalıkları olanların sağlık hizmetine erişimi gibi başlıklar; göç alan ülkelerin sağlık sistemlerinde önemli yük oluşturmaktadır. Artan hasta yükü, sağlık iş gücünün yetersizliği, sağlık altyapısının sınırlılığı ve finansal sürdürülebilirlik gibi sorunlar ön plana çıkmaktadır.

Göçmen sağlığı sadece insani bir mesele değil; aynı zamanda halk sağlığı ve diplomatik iş birliği alanıdır. Göçmen

sağlığına yönelik özel hizmet modelleri, sağlık sistemlerinin kapsayıcılığı ve esnekliği açısından ciddi bir sınav niteliğindedir. Türkiye örneğinde olduğu gibi, büyük ölçekli göç dalgaları karşısında geliştirilen Göçmen Sağlığı Merkezleri gibi modeller, sağlık diplomasinin insani sorumluluk ve halk sağlığı temelinde yapılanması gerekliliğine örnek oluşturmaktadır.

Uluslararası İş Birliği ve Sağlık Diplomasinin Gerekliliği

Yirmi birinci yüzyılın ilk çeyreği, küresel sağlık tehditlerinin devlet sınırlarını tanımadığını açıkça ortaya koymuştur. Bu tehditlerle mücadelede yalnızca ulusal sağlık sistemlerinin yeterli olmadığı artık genel kabul görmektedir. Pandemiler, iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri ve artan göç hareketleri; ülkeler arasında koordinasyonu, bilgi paylaşımını ve ortak stratejiler geliştirmeyi zorunlu kılmaktadır. Bu gelişmeler, sağlık diplomasini yalnızca dış politikanın bir aracı olmaktan çıkararak küresel sağlık güvenliğinin temel unsurlarından biri hâline getirmiştir.

Sağlık diplomasisi, küresel sağlık sorunlarını çözmek amacıyla devletlerin, uluslararası kuruluşların ve diğer paydaşların yürüttüğü müzakere süreçlerini ve iş birliklerini kapsayan çok aktörlü bir uygulama alanıdır.

Uluslararası sağlık diplomasisi, sanılandan çok daha eski ve köklü bir geçmişe sahiptir. 1851 yılında Paris'te kolera salgınlarına karşı düzenlenen ilk Uluslararası Sağlık Konferansı, devletler arası sağlık iş birliğinin başlangıcı sayılır. Bu süreç, bulaşıcı hastalıkların sınır ötesi yayılımını önlemek amacıyla sağlık önlemlerinin koordinasyonunu gündeme getirmiştir. 1951 yılı ise Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün kabul edilmesiyle, sağlık alanındaki iş birliğinin hukuki ve kurumsal bir çerçeveye kavuştuğu bir dönüm noktasıdır. Böylece, modern anlamda sağlık diplomasinin temelleri atılmıştır.

Bu erken dönem diplomatik girişimler; bulaşıcı hastalıkların yayılımını önleme, uyuşturucu ve alkol ticaretini düzenleme, iş sağlığı standartlarını geliştirme ve sınır aşan çevresel tehditlerle mücadele gibi çok çeşitli alanlarda işlev görmüştür. Aynı zamanda bu süreç, Dünya Sağlık Örgütü gibi öncü kurumların ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır.



Küreselleşme Bağlamında Sağlık Diplomasisi

Sağlık diplomasinin iklim değişikliği gibi küresel tehditlerle ilişkisini doğru kurabilmek için, bu süreci küreselleşmenin temel nitelikleriyle birlikte değerlendirmek gerekir. Renenn ve Martens'e göre çağdaş küreselleşme; kültürel, ekonomik, teknolojik ve politik etkileşimlerin yoğunlaşmasıyla ulusötesi yapıların ortaya çıkmasıdır. Bu süreçte, sınırların bulanıklaşması ve etkileşim akışının hızlanması yalnızca devletler arası ilişkileri değil, ulusal sağlık politikalarını ve bireylerin sağlıkla ilgili karar alma biçimlerini de dönüştürmektedir.

Arjun Appadurai'nin "ethnospaces", "technospaces" ve "ideospaces" gibi kavramlarla tanımladığı küresel akışlar, sağlık alanında da etkilidir. Bu akışlar insanların kimliklerini, aidiyetlerini ve sağlık algılarını sabit coğrafi sınırlara bağlı kalmaksızın sürdürmelerine olanak tanır. Örneğin etno-alanlar, bireylerin fiziksel sınırlar olmadan kendi toplumlarından uzakta olsalar bile kendi kimliklerini sürdürmelerine olanak sağlar. Bu, internet ve teknolojik gelişim sayesinde yoğunlaşan iletişim ağları ile mümkün olmaktadır.

Bu bağlamda, mediospaces (tıbbi alanlar) kavramı öne çıkar. Tıbbi alanlar; farklı tıbbi sistemlerin, bilgi biçimlerinin ve otorite yapılarının bir arada var olabildiği, sınırları belirsiz sağlık manzaralarıdır. Sağlık hizmeti artık yalnızca hastane temelli değil; kültürel, sembolik ve dijital mekânlarda da biçimlenmektedir. Bu

durum, sağlık diplomasinin yalnızca hükümetler ya da uluslararası kurumlar arası bir protokol alanı olmadığını; çok aktörlü, çok düzeyli bir yönetim biçimi olduğunu göstermektedir. Yerel sivil toplum kuruluşlarından gönüllü ağlara, dijital sağlık topluluklarından profesyonel birliklere kadar farklı yapılar sağlık diplomasinin birer aktörü hâline gelebilir.

Burada asıl zorluk, küresel ölçekte ortaklaşa eylemlerin çerçevesini çizerken; aynı zamanda toplumların ve bireylerin sosyokültürel farklılıklarına uyum sağlayabilen esnek ve kapsayıcı yönetim modelleri geliştirebilmektir. 'Tek Sağlık' gibi yaklaşımlar bu bütünselliği desteklerken, yerelin ve bireyin sesini dikkate almayan stratejiler sahada yeterli dercede etkili olamayabilir. Küreselleşmenin getirdiği hız ve belirsizlik; iklim değişikliği, pandemiler ve zorunlu göç gibi sağlık krizlerinin hem sıklığını hem de karmaşıklığını artırmaktadır. Bu krizlerin etkili yönetimi, sağlık diplomasinin yalnızca kurumsal değil, toplumsal düzeyde de tanımlanmasını gerektirmektedir.

Yumuşak Güç Olarak Sağlık Diplomasisi

Aynı zamanda sağlık diplomasisi bir "yumuşak güç" (soft power) aracıdır. Ülkeler, sağlık hizmeti sunumu, bilgi ve insan kaynağı transferi gibi yollarla hem uluslararası imajlarını güçlendirmekte hem de diplomatik ilişkilerini daha esnek ve insani temelde yürütmektedir. Kriz anlarında sağlık yardımları, bazen diplomatik söylemlerden daha inandırıcı ve etkilidir.

COVID-19 sürecinde Çin'in "aşı diplomasisi" ve Türkiye'nin Afrika, Balkanlar ve Asya ülkelerine yaptığı tıbbi yardımlar bu bağlamda örnek teşkil etmektedir.

Türkiye'nin Kurumsal ve Uluslararası Katkıları

Türkiye, son yıllarda sağlık diplomasisini aktif olarak kullanan ülkeler arasında yer almaktadır. 2010 sonrası dönemde kurulan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş. (USHAŞ) gibi kurumlar ve yürütülen projeler (örneğin Sudan Nyala Türk Hastanesi) Türkiye'nin bu alandaki kurumsal kapasitesini artırmıştır. Aynı zamanda Türkiye, hem insani krizlerde (örneğin Suriye iç savaşı) hem de kalkınma temelli sağlık projelerinde etkili bir aktör olarak öne çıkmaktadır.

COVID-19 pandemisi sırasında ise Türkiye'nin küresel sağlık diplomasisine katkısı daha görünür hâle gelmiştir. Sağlık Bakanlığı, Dışişleri Bakanlığı ve TİKA koordinasyonunda yürütülen yardımlar kapsamında Türkiye, 160'tan fazla ülkeye tıbbi destek ulaştırmıştır. Bu yardımlar; cerrahi maskeler, N95 maskeler, koruyucu tulumlar, dezenfektanlar, hızlı tanı kitleri ve solunum cihazlarını kapsamış; bazı ülkelere doğrudan aşı desteği de sağlanmıştır. Türkiye, bu yardımları çoğunlukla talep üzerine gerçekleştirmiş, kimi zaman ise proaktif şekilde destek teklif etmiştir.

Bu süreçte Türkiye'nin sergilediği yaklaşım sadece diplomatik değil bir insani sorumluluk pratiği olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca yardımlar sadece devlet eliyle değil; sivil toplum kuruluşları, yardım vakıfları ve özel sektör üzerinden de organize edilmiştir. Bu durum, Türkiye'nin çok aktörlü bir sağlık diplomasisi zeminini oluşturduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak Türkiye örneği, sağlık diplomasisinin teknik, insani ve stratejik boyutlarının bir arada işleyebileceğini gösteren güçlü ve güncel bir modeldir.

Sonuç ve Öneriler

İklim krizi çevresel bir tehdit olmanın yanı sıra halk sağlığını, sosyal istikrarı ve uluslararası ilişkileri derinden etkileyen çok boyutlu bir küresel acil durumdur. Artan sıcaklıklar, ekstrem hava olayları, su ve gıda güvencesindeki kırılganlık ve bulaşıcı hastalıkların yayılımı, sağlık sistemlerini sınır ötesi tehditlerle baş başa

birakmaktadır. Bu nedenle sağlık, artık yalnızca ulusal düzeyde planlanan bir hizmet değil; küresel ölçekte korunması gereken ortak bir değer hâline gelmiştir. İklim politikalarının, sağlık etkilerini yeterince içermemesi, yönetimdeki en büyük boşluklardan biridir.

Geleceğin sağlık diplomasisi; çevre, afet yönetimi, kalkınma, tarım, hayvancılık ve eğitim politikalarıyla entegre bir yapıda ele alınmalıdır. Bugün artık sağlık yalnızca bireylerin değil; toplumların ve gezegenin sağlığı olarak yeniden tanımlanmak zorundadır. Tek Sağlık yaklaşımı, insan, hayvan ve ekosistem sağlığını birlikte ele alan yeni nesil sağlık politikalarının temelidir. Gezegen sağlığını korumadan insan sağlığı sürdürülemez.

Yeni çağın sağlık diplomasisi salgınların yanı sıra aşırı hava olaylarına, gıda güvenicesizliğine, göç dalgalarına ve çevresel adaletsizliklere karşı da hızlı ve esnek tepkiler geliştirebilmelidir.

Küresel sağlık yönetişimi yalnızca dayanıklı değil; aynı zamanda adil ve kapsayıcı olmalıdır. Göçmen sağlığı, geçici çözümlerle değil; uzun vadeli entegrasyon politikalarıyla ele alınmalıdır. Küresel kriz dönemlerinde hızla devreye girebilecek ortak eylem planları geliştirilmeli ve bu planlar yerel, ulusal ve bölgesel düzeylerde esnekliğe imkân tanıyacak şekilde tasarlanmalıdır. Sağlık diplomasisinin çerçevesi, yerelin çözüm üretme kapasitesini dışlamadan, onu güçlendirecek şekilde yapılandırılmalıdır.

Küresel sağlık geleceği, artık yalnızca hastanelerde ya da protokollerde değil; iklim politikalarında, uluslararası dayanışmada ve gezegenin sürdürülebilirliğine duyarlı sağlık stratejilerinde şekillenecektir. Sağlık diplomasisi bu geleceğin yalnızca aracı değil, birlikte inşa edeceğimiz daha adil, dirençli ve umut dolu bir dünyanın anahtarıdır.

Kaynaklar

- Appadurai A. *Modernity at large: cultural dimensions of globalization*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; 1996.
- Chan M. *Global health diplomacy: negotiating health in the 21st century*. World Health Organization; October 21, 2008. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/global-health-diplomacy-negotiating-health-in-the-21st-century> (Erişim Tarihi: 05.07.2025).
- Demir İ. *Küresel Sağlık Diplomasisi ve Türkiye*. İğdir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2021;1(COMEPO Özel Sayısı):131-148.
- Dole C. *Healing the nation*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 2012.

Fassin D. *Humanitarian reason: a moral history of the present*. University of California Press; 2012.

Fidler DP. *Health as foreign policy: Between principle and power*. *Whitehead J Diplomacy Int Relat*. 2005;6(2):179-194.

Fidler DP. *The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy*. *Bull World Health Organ*. 2001;79(9):842-849.

Hoerbst A, Wolf A. *Medicoscapes*. In: *Medizinkritik, Medizinanthropologie*. 2014.

Katz R, Kornblat S, Arnold G, Lief E, Fischer JE. *Defining health diplomacy: changing demands in the era of globalization*. *Milbank Q*. 2011;89(3):503-523.

Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P. *Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health*. *Bull World Health Organ*. 2007;85(3):230-232.

Krause K. *Producing Absolute Disparity*. *Medical Anthropology*. 2014.

Lee K, Smith R. *What is 'global health diplomacy'? A conceptual review*. *Glob Health Gov*. 2011;5(1).

Lock M, Nguyen V-K. *An Anthropology of Biomedicine*. Wiley-Blackwell; 2010.

Rajtar M. *Negotiating Medical Pluralism in Transnational Contexts*. *Medical Anthropology*. 2016.

Rennen W, Martens P. *The globalisation timeline*. *Integrated Assessment*. 2003;4:137-144.

Singer M. *Plural Medical Systems: Complexity, Complementarity*. In: *A Companion to Medical Anthropology*. 2020.

T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı). *İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerinin Azaltılması Ulusal Programı ve Eylem Planı*. Yayın No:998. 1. Baskı. Ankara; 2015. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Iklim_Degisikligi_Eylem_Plani.Pdf.

T.C. Göç İdaresi Başkanlığı. *Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeliler İstatistikleri*. 2024. <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638> (Erişim Tarihi: 14 Mayıs 2025).

T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü. *Türkiye'nin Uluslararası Sağlık Faaliyetleri Raporu*. 2022. <https://disab.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 14 Mayıs 2025).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. *Türkiye'nin Sağlıkta Küresel Rolü Raporu*. 2021 <https://disab.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 14.05.2025).

UNHCR. *Global Trends: Forced Displacement in 2023*. UNHCR 2024. <https://www.unhcr.org/global-trends> (Erişim Tarihi: 14.05.2025).

United Nations (UN). *Climate Change and Health: Policy brief*. 2022. <https://www.un.org/en/climatechange/climate-health> (Erişim Tarihi: 14.05.2025).

Van Daalen KR, Wyma N, Schauer-Berg J, et al. *The global health community at international climate change negotiations*. *BMJ Glob Health*. 2024;9(4):e015292.

Watts N, et al. *The 2019 report of the Lancet Countdown on health and climate change*. *Lancet*. 2019;394(10211):1836-1878.

World Health Organization (WHO). *Climate change and health*. 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health> (Erişim Tarihi: 14.05.2025).

World Health Organization (WHO). *COVAX: Global vaccine access overview*. 2023. <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax> (Erişim Tarihi: 14.05.2025).

Yüzyıllık sanayileşme yolculuğumuz ve sağlık sanayimizin önemli kilometre taşları

Dr. Hakkı Gürsöz



1975 yılında Çorum'da doğdu. 2001 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden, 2015 yılında Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü'nden mezun oldu. Hâlen Yıldırım Beyazıt Üniversitesinde Halk Sağlığı alanında doktora eğitime devam etmektedir. 2001-2004 yılları arasında Kırıkkale Merkez 4 No'lu Sağlık Ocağında görev yaptı. 2005-2010 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünde, 2010-2012 yılları arasında da Sağlık Bakan Danışmanlığı görevlerinde bulundu. 2012 yılında Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkan Yardımcılığı görevine atandı. 2016 yılından itibaren Kurum Başkanlığı görevini yürüttü. 2020 yılı Temmuz ayından sonra Sağlık Bakanlığı Özel Kalem Müdürlüğü emrinde görevine devam etti. OECD Sağlık Komitesi Üyeliği, DSÖ Avrupa Bölgesi Yürütme Kurulu Üyeliği gibi görevlerde bulundu. Dr. Gürsöz hâlen FarmaLojik isimli Sağlık, İlaç, Ar-Ge ve Danışmanlık Şirketinde ortak ve Yönetim Kurulu Başkanı olarak çalışmaktadır.

İnsanlık tarihi boyunca toplumları derinden etkileyen önemli hadiseler meydana gelmiştir. Bunların herbiri birer dönüm noktası olmuştur. Toplumsal hayatı etkileyen ilk ve en önemli dönüşüm avcı-toplayıcı toplumdan tarım toplumuna geçiştir. Tarım Devrimi olarak adlandırılan bu dönemle beraber yerleşik hayat başlamış ve insan hayatı, yaşam tarzları kalıcı bir biçimde değişime uğramıştır.

İnsanlık tarihinin gördüğü ikinci büyük değişim ve dönüşüm ise Sanayi Devrimidir. 18. yüzyılda İngiltere'de başlayan, sonrasında diğer Avrupa ülkelerine ve Amerika'ya yayılan Sanayi Devrimi üretim yapısını temelinden değiştirmiş, başta insanların yaşam düzeni ve ülkelerin siyasi yapıları olmak üzere, hemen hemen hayatın her alanında (ekonomik, sosyal, kültürel, siyasal) etkili olmuştur. Birinci Sanayi Devrimi olarak adlandırılan bu dönemde makineleşme süreci başlamış, tarım ve feodal toplumdan sanayi ve kapitalist topluma, ardından sanayi ve hizmet toplumuna geçiş yaşanmıştır.

Önceki yüzyıllar ile karşılaştırıldığında 19. yüzyıl ve sonrasında tarih en hızlı değişim, dönüşüm yılları olması Sanayi Devrimi ile mümkün olmuştur. Bu dönemi imalat, madencilik ve tarımdaki üretim süreçlerini otomatikleştiren makinelerin icat edildiği büyük bir mekanizasyon çağı olarak tanımlayabiliriz.

19. yüzyılın ikinci yarısında, Avrupa ve ABD'de İkinci Sanayi Devrimi ortaya çıkmıştır. Bu devrimi, seri üretimin yaygınlaştığı ve kimyasal enerjinin ve elektrik enerjisinin buharın yerini aldığı bir dönem olarak tanımlayabiliriz.

1960-1990 dönemleri itibarıyla teknolojinin de gelişmesi ile birlikte, Üçüncü Sanayi Devrimi ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu dönemde günümüzde de kullandığımız yazılımların geliştirilmesi süreci başlamıştır. Bu gelişmeler bilginin dijitalleşmesi sonucunu doğurmuştur. Üçüncü sanayi devriminin temel bileşenleri olarak interneti, bilgi işlem tekniklerini, dijital haberleşmeyi ve mikro elektroniği sayabiliriz.

Dördüncü Sanayi Devrimi (Endüstri 4.0) kavramı olarak ilk kez 2011 senesinde Almanya'da gündeme gelmiştir. Bu dönemde bilim çağı ile birlikte imalat süreçlerine yeni bir bakış açısı kazandırılmıştır. Bu devrim ile siber sistemlerden gen teknolojilerine, nanoteknolojiden yenilenebilir enerjiye ve kuantum bilgi işleme kadar birçok alanda yenilikler yaşanmaya başlamıştır.

Günümüze baktığımızda bilişsel zekâya sahip akıllı makinelerin insan yetenekleriyle eşleşen görevleri yerine getirdiği bir çağın eşiğindeyiz. Bu gelişmeler bizi hızla Beşinci Sanayi Devrimi'ne doğru götürüyor. Yapay zekâ, kuantum hesaplama, biyomühendislik, artırılmış gerçeklik ve sanal gerçeklik, robot bilimi, ileri malzemeler ve yeni nesil enerji gibi önemli teknoloji alanları, günümüzdeki teknolojik gelişmelerin odağında yer alıyor.

Bu kısa hatırlatmalardan sonra bu noktada kendimize sormamız gereken ve yazı başlığımızla da ilgisi olan bazı sorular var.



18. yüzyılda tüm dünyayı etkisi altına alan bu gelişmeler (Birinci Sanayi Devrimi) yaşanırken Osmanlı İmparatorluğu bu büyük dönüşümün sonuçlarını tahmin etmekte, dolayısıyla da bu dönüşüme ayak uydurmakta (gerek iç gerekse de dış bir takım etkenler nedeniyle) ne ölçüde başarılı oldu?

Birinci Sanayi Devrimi'nin üzerinden neredeyse bir asır geçmişken Avrupa kapitalizmi ile rekabet etme yollarını arayan Osmanlı Devleti ilk olarak 1866 yılında "İslah-ı Sanayi Encümeni"ni kurdu. Bu sayede esnafın aralarında birleşerek şirketler kurmalarını, ürünlerin kalitelerinin artırılmasını, belli standartlara uygun üretim yapılmasını, teknik öğrenimin geliştirilmesini sağlamaya çalıştı. Fakat mevcut sermaye birikiminin yatırımlara iyi kanale edilememesi, çoğu zaman Avrupa kapitalizminin yatırımlara engel olması nedeniyle sanayileşme çabalarında olumlu bir sonuç alınamadı.

Oradan günümüze gelirse, Beşinci Sanayi Devrimi'nin kıyısında olduğumuz

bu günlerde yeni çağın gelişmelerine ne ölçüde ayak uydurabiliyoruz? Bu sorgulamayı hem genel sanayileşme hem de sağlık sanayimiz alanında ülke olarak neler yaptığımızı (ve de yapamadığımızı) yakın tarihimizden başlayarak birlikte yapalım.

Millet olarak verdiğimiz kurtuluş mücadelesinin ardından Cumhuriyetimizin kurulmasıyla birlikte bağımsızlığımızın her alanda güçlendirilmesi için sanayi kalkınma planları hazırlanmıştır. Birinci Beş Yıllık Sanayileşme Planı (1934-1938) ülkemizin ilk planlama tecrübesidir. Bu yönüyle önemlidir. Bu plan ile birlikte ilk kez sanayileşmeye dönük planlı ve programlı adımlar atılmıştır. Planda üretimin artırılması ve istihdam sağlanması, özel sektörün yatırım yapıp kurması mümkün olmayan sanayi tesislerinin devlet tarafından kurulması ana amaçlar olarak zikredilmiştir. Üç beyaz denilen un, şeker ve pamuk ile üç siyah olarak değerlendirilen petrol, kömür ve demir üretimine büyük önem verilmiştir. Çimento, cam, kimya gibi alanlarda tesisler inşa edilmiştir.

Günümüze baktığımızda bilişsel zekâya sahip akıllı makinelerin insan yetenekleriyle eşleşen görevleri yerine getirdiği bir çağın eşiğine geldik. Bu gelişmeler bizi hızla "Beşinci Sanayi Devrimine" doğru götürüyor. Yapay zekâ, kuantum hesaplama, biyomühendislik, artırılmış gerçeklik ve sanal gerçeklik, robotik, ileri malzemeler ve yeni nesil enerji gibi önemli teknoloji alanları, günümüzdeki teknolojik gelişmelerin odağında yer alıyor.

Kurulacak bu işletmelerde devlet ile özel sektörün ortak teşebbüste bulunacağı karma bir ekonomik model öngörülmüştür. Kurulacak tesislerin ham madde ihtiyacının yurt içinden karşılanabilmesi ve işletmelerin üretim kapasitelerinin iç tüketimi karşılayacak ölçekte olmasının üzerinde önemle durulmuştur.

Birinci Beş Yıllık Sanayi Planı'nın büyük ölçüde başarılı olması ile beraber 1938-1943 yılları arasını kapsayacak ikinci sanayi planı da hazırlanmış ancak II. Dünya Savaşı'nın başlaması ile hayata geçirilememiştir. Ülkemiz açısından planlı kalkınma döneminin 1960 senesinde önce Devlet Planlama Teşkilatının kurulması, ardından da 1963 senesinde Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın (1963-1968) yayımlanması ile başladığını söyleyebiliriz. Bu ilk plandan bugüne kadar 12 ayrı Kalkınma Planı hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur.

"Sağlık hizmetlerinde özel sektörün ve yerli ilaç sanayinin teşvikine ilişkin tedbirler", Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan başlayarak tüm Kalkınma Planlarında yer alan başlıklardan biri olmuştur.

Bu noktada bir de devletimizin ilk yazılı sağlık planı olan 1946 tarihli "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı"ndan söz etmek de yerinde olacaktır. Bu plan her ne kadar kanunlaşmış yasal metin hâline getirilerek uygulanamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir. Sağlık sanayimizi ilgilendiren kısmı itibarıyla da 1947 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu hizmete açılmıştır. Bu yıldan itibaren deri içi yolu ile uygulanan BCG aşısı üretimine geçilmiştir. Boğmaca aşısı ise, ülkemizde ilk olarak 1948 yılında üretilmeye başlanmıştır.

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nın devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde açıklanan "Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler" ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur. Bu program kapsamına ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler konulmuştur.

Bundan sonraki döneme de kısaca bakacak olursak 1960 ile 1980 arasının en önemli gelişmesi 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun çıkarılması olmuştur.

1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları'nın en önemli iki bileşeni ise 1987 yılında "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarılması ve 1990 yılında Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" ile sağlık alanında reformlara başlanması olmuştur.

2003 yılı ve sonrasında ise Türkiye bugüne kadar hayata geçirilmiş en kapsamlı sağlık reform paketi olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile tanışmış ve bu dönem sağlıkta önemli değişikliklerin, gelişmelerin yaşandığı bir dönem olmuştur.

Bu kısa tarihçeye baktığımızda 1960 ile 2000 yılları arası süreçte istikrarlı ve sistematik bir biçimde sağlık sektörünün desteklendiğini, öncelikli bir sanayi kolu olarak görülüp geliştirilmeye çalışıldığını söylemek eldeki verilerle oldukça güçtür.

2003-2012 yılları arası ise (Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk 10 yılı) daha ziyade sağlık sistemimizin, sağlık hizmet sunumunun, sağlık finansman yapısının yeniden yapılandırılmasına, sağlık hizmetlerine erişimin, hizmet kalitesinin ve verimliliğinin artırılmasına ve Sağlık Bakanlığı Teşkilat Kanunu'nun yenilenmesine dönük reform çabaları ile geçmiştir.

Sağlık sanayinin önemine uygun bir biçimde bu alanın devletimizin plan ve programlarında, temel politika belgelerinde güçlü bir biçimde yer bulmasının 2012 yılı itibarıyla başladığını söyleyebiliriz. Bu dönemde hükümetimiz tarafından ilk olarak 2012/3305 Sayılı Yatırımlarda Devlet Yardımları Hakkında Karar yayımlanmış ve "Sağlık Bakanlığından alınacak proje onayına istinaden gerçekleştirilecek asgari 20 milyon Türk lirası tutarındaki biyoteknolojik ilaç, onkoloji ilaçları ve kan ürünleri üretimine yönelik yatırımlar" öncelikli yatırım konuları arasında zikredilmiştir. Bir komisyon marifeti ile bu alandaki proje başvuruları değerlendirilmeye ve uygun bulunanlara teşvik belgeleri verilmeye başlanmıştır.

Bundan sonra sırasıyla Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2015-2018), Türkiye Biyoteknoloji Stratejisi ve Eylem Planı (2015-2018), Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018), On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) ve On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) yayımlanarak sağlık sanayimizin gelişiminin desteklenmesine devletimizin himayesinde devam edilmiştir.

Bu noktada sağlık sektörüne atfedilen önem, öncelik ve ağırlık nedeni ile 10. Kalkınma Planına (2014-2018) ayrı bir yer açmak isterim. Bu planla beraber ülkemiz ilaç sanayisince üretilen ürünlerin yüksek teknolojiye geçiş süreçleri hızlanmış, daha katma değerli ürünler üretilmesi hedefi uygulamaya konulmuş, yeni yatırımlar, ihracat, teknoloji transferi ve istihdam gibi hususlar giderek artan oranda teşvik edilmeye başlanmıştır.

Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) Öncelikli Dönüşüm Programları arasında yer alan "Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı" altında yer alan "Sağlık Endüstrileri Yönlendirme Komitesi (SEYK) oluşturulacaktır" eylemi doğrultusunda, 2015/19 Başbakanlık Genelgesi gereğince SEYK kurulmuştur.

SEYK toplantılarında;

- Yerli Plazmadan Plazma Ürünleri Üretimi Projesi,
- Hepatit-A Aşı Yerleştirme Çalışması,
- Tıbbi Görüntüleme Cihazları (Manyetik Rezonans Görüntüleme, Bilgisayarlı Tomografi, Ultrasonografi, Hasta Başı Monitör ve Dijital Radyografi Cihazları) Yerleştirme Çalışması,
- Tıbbi Sarf Malzemeleri Yerleştirme Çalışması,
- Rekombinant DNA Teknolojisi ile Koagülasyon Faktörleri Üretim Projesi,
- İlaçta Yerelleşme Kapsamında İthalat İmaliye Geçiş Çalışması,
- İlaçta Yerelleşme Kapsamında Yatırım Projeleri,

SMA Tanı Kiti Üretim Projesi gibi pek çok konu gündeme alınmış ve değerlendirilip karara bağlanan hususlar gereği için ilgili birimlere iletilmiştir.

Değerlendirmeye alınan projelerin haricinde pek çok projenin de ön hazırlıkları, teknik çalışmaları yapılmış ve SEYK gündemine alınması planlanmıştır. Bunları da başlıklar hâlinde şu şekilde sıralayabiliriz:

- Ulusal ve Çok Uluslu Şirketlerin Yatırım Projeleri,
- Enteral-Parenteral Beslenme Ürünlerinin Yerleştirme Projesi,
- Yapay Zekâ ile Kan Yayma Testi Otomasyonunun Yerli Üretimi Projesi,
- Mamografi Uygulamalarında Yerli Yapay Zekâhamme Uygulamaları Projesi,
- Cerrahi El Aletleri ve Ortopedi Ürünleri Yerleştirme Projesi,
- Evde Bakım Cihazları Yerleştirme Projesi,
- Muayene Ekipmanları Yerleştirme Projesi,
- İlaç Ham Maddeleri, Yardımcı Maddeleri ve Ambalaj Malzemeleri Yerli Üretimi Projesi,
- Akrep Serumı Üretimi Projesi,
- Hepatit-A Dışındaki Çocukluk Çağı Aşı Takviminde Yer Alan Tüm Aşıların Yerleştirilmesi Çalışması,
- Biyokimyasal Analiz Test Kitleri Yerleştirme Çalışması,
- Tüberküloz Tanı Ürünlerinin Yerli Üretimi,
- Start-up'ların Desteklenmesine Yönelik Çalışmalar (kamu mentörlüğü sistemin kurulması),
- Kemoterapi İlaç Hazırlama Cihazlarının Yerleştirme Projesi,
- Diyaliz (Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz) Cihaz ve Sarflarının Yerleştirme Projesi.

Bir dönem (2015-2020 arası) sağlık endüstrileri alanındaki yatırım, üretim, ihracatın artırılması, teknolojinin geliştirilmesi, kamu alımları, kamu destekleri, ticaret politikaları, sağlık teknolojisi politikaları gibi hususları aktif bir biçimde

çalışan, koordine eden SEYK, Pandemi ile birlikte geri planda kalmış, yerine de henüz daha aktif, işlerliği olan bir mekanizma ihdas edilmemiştir.

Bu dönemde eş zamanlı olarak Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumumuzun hususi çalışmaları ile 2018 yılında Uluslararası İlaç Denetim Birliği'ne (PIC-s), 2020 yılında Uluslararası Uyum Konseyi'ne (The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use - ICH), 2023 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün ulusal ilaç otoriteleri listesine, 2024 yılında da TİTCK "Ulusal Kontrol Laboratuvarı" 40 ülkeden 70 laboratuvarın yer aldığı EDQM Avrupa Genel Resmi İlaç Kontrol Laboratuvarı Ağı'na (GEON) tam üye statüsüyle dâhil olunmuştur. Bu sayede ülkemizdeki ilaç düzenlemelerinin ve Türk ilaç Sanayinin uluslararası alanda tanınırlığı sağlanmıştır. Tüm bu gelişmelerin elbette ilaç ihracatımıza ve ilaç sanayimizin uluslararası iş birlikleri tesis etmesine olumlu yansımaları olmuştur.

2012 ile başlayan dönemde Yatırım Ofisimizin (o dönemki adı Türkiye Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı) organizasyonları ile her yıl farklı bir bakanımızın heyet başkanlığında kamu, üniversite ve özel sektörümüz temsilcilerinden oluşan kalabalık heyetler ile ABD'de düzenlenen ve dünyanın en büyük biyoteknoloji etkinliği ve buluşması olan BIO Convention'lara katılım sağlamıştır. Bu da herkes için öğretici ve farkındalığımızı arttıran bir süreç olmuştur.

Kısaca ülkemizdeki aşı geliştirme çalışmalarına da değinmek isterim. Tarihî kayıtlardan tüm dünyada aşısı üretilen ilk hastalığın çiçek hastalığı, bu aşığı geliştirenin de 1796 yılında İngiliz doktor Edward Jenner olduğunu biliyoruz. Bundan yaklaşık 15 yıl sonra, 1811'de bir Osmanlı âlimi ve modern Türk tıbbının öncülerinden olan Şanizade Mehmed Atallah Efendi, Edward Jenner tarafından geliştirilen bu ilk modern aşı yöntemini kullanarak çiçek aşısını üretmeyi ve etkin şekilde uygulamayı başarmıştır. 1885 yılında Louis Pasteur tarafından Fransa'da geliştirilen kuduz aşısı 1887'nin Ocak ayında Osmanlı'ya getirilmiştir. 1892'de ilk Çiçek Aşısı Üretim Merkezi, 1893 yılında da Bakteriyoloji Enstitüsü (Bakteriyolojihâne-i Şâhâne) kurulmuştur. Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sırasında zor koşullar altında dahi hayvan ve insan aşılarının

Herkesin sağlık ürünleri alanında kendi kendine yeter olmaya çalıştığı, Ar-Ge ve yerel üretim yetkinliği kazanmaya çalıştığı bir dönemde ülke olarak biz neler yapıyoruz, küresel rekabet endeksinde ne durumdayız, verimlilik düzeyimiz ne, güçlü ve zayıf yanlarımız neler, küresel rekabet stratejilerimiz neler olmalı, hangi alanlarda yerel üretime öncelik vermeliyiz, buna dair insan kaynağı, bilim ve teknoloji politikaları ne olmalı sorularını kendimize sormamız ve buna göre gerekli adımları atmamız gerekiyor.

üretimine devam edilmiştir. 1928'de Hıfzıssıhha Enstitüsü ile üretim merkeleştirilmiştir. 1931 yılından 1996 yılına kadar tetanos ve difteri aşısı üretilmeye devam etmiştir. Ülkemizde aşı üretimi 1996'da DBT ve kuduz aşısı, 1997'de BCG aşısı üretiminin kesilmesi ile sona ermiştir. 1811'de Şanizade Mehmed Atallah Efendi'nin çabaları ile başlayan aşı üretimi serüvenimiz ne yazık ki 1997'de noktalanmıştır.

COVID pandemisi ile birlikte yerli aşı üretimi konusunda tarihî bir adım atılmıştır. Bu dönemde farklı teknolojik altyapılar kullanılan 16 çalışma başlayıp devam etmiş, bunlar içerisinde Sağlık Bakanlığımız [Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)] ve Erciyes Üniversitesi iş birliği ile geliştirilen İnaktif COVID-19 Aşısı (Turkovac) 22 Aralık 2021 tarihinde Acil Kullanım Onayı (AKO), 11 Mayıs 2023 tarihinde de ruhsat almıştır.



Başta Sağlık Bakanlığımız ve Sanayi Bakanlığımız olmak üzere tüm kamu kurum ve kuruluşlarımıza, üniversite camiamıza, özel sektör kuruluşlarımıza ve ilgili tüm sivil toplum örgütlerine bir çağrıda bulunmak istiyorum. 2025 yılı ve sonrasında yeni sanayi devrimini kaçırmamak adına birlikte çalışmamız, iş birlikleri yapmamız, yeni adımlar atmamız ve birlikte başarmamız elzemdir. Bu bir millî mesele ve bir millî duruştur.

Ümit ederiz ki pandemi döneminde elde edilen bu aşı Ar-Ge tecrübesi ve birikimi Sağlık Bakanlığımız tarafından kurulması planlanan ve yapım aşamasında olan Hıfzıssıhha Türkiye Aşı ve Biyoteknolojik Ürün Araştırma ve Üretim Merkezi'ne aktarılır ve daha ileri seviyelere taşınır.

Son olarak tekrar başta sorduğumuz, “Beşinci Sanayi Devrimi'nin kıyısında olduğumuz bu günlerde yeni çağın gelişmelerine ne ölçüde ayak uydurabiliyoruz?” sorusuna tekrar dönelim ve bu değerlendirme ile yazımızı tamamlayalım.

Ülkelerin sağlık sistemlerinin ve sağlık teknolojilerinin değerlendirilip mukayese edildiği ve belli kriterlere göre seçilen 32 ülkeye yer verilen Dünya Sağlık İnovasyon Endeksinde (World Index of Healthcare Innovation - 2024) ülkemizin olmadığını görüyoruz.

Dünya Fikri Mülkiyet Örgütü (WIPO) tarafından yayımlanan ve 133 ülkenin genel inovasyon performanslarının ölçüldüğü Küresel İnovasyon Endeksinde (The Global Innovation Index - 2024) ise ülkemiz 37. sırada yer alıyor.

Dünyanın en büyük 20 ekonomisi içerisinde yer alan ülkemizin sağlık teknolojileri ve inovasyon alanında da ilk 20'de hatta ilk 10'da yer alması temel ve vazgeçilmez hedefimiz olmalıdır. Küresel endekslerdeki durumumuzu, verimlilik düzeyimizi, güçlü ve zayıf yanlarımızı, küresel rekabet stratejilerimizi, hangi alanlarda Ar-Ge'ye ve yerel üretime öncelik vermemiz gerektiğini, buna dair insan kaynağımızı, bilim ve teknoloji politikalarımızı gözden geçirmemiz ve buna göre gerekli adımları atmamız gerekiyor.

Bu perspektiften bakınca bizim de ülke olarak öncelikli konularımız arasında sağlık endüstrilerinin desteklenmesinin ve güçlendirilmesinin olmasının hayati öneme haiz olduğu gözüküyor.

Bu maksatla Sanayi Bakanlığımız tarafında yürüten HIT-30 Yüksek Teknoloji Yatırım Programına, Teknoloji Odaklı Sanayi Hamlesi Programına (kısa Hamle), Yatırım Taahhütlü Avans Kredisi (kısa YTA) Programına ve Sağlık Bakanlığımız tarafından (TÜSEB öncülüğünde) yürütülen Üreten Sağlık Modeli'ne dikkat kesilmekte fayda vardır.

Bu 4 programın ortak amaçlarını, ülkemizde katma değerli üretimin artırılması, devletimizce sağlanan destek ve teşviklerin orta-yüksek ve yüksek teknoloji seviyeli projelere yoğunlaştırılması, sağlık ürünlerinde dışa bağımlılığımızı azaltmak, geleceğin teknolojileri üzerinde Ar-Ge ve üretim yetkinliklerimizi geliştirmek, insan kaynağı kapasite ve yetkinliklerimizi geliştirmek ve dünyaya teknoloji ve ürün ihraç edebilmek olarak özetleyebiliriz. Şu an güncel ve faal durumda olan tüm bu programlar ümit ederiz ki sağlık sanayimizin uluslararası rekabet gücünü artıracak ve millî ekonomimizin yükselişini destekleyecektir.

Bir diğer önemli konu da 2021 yılında Sayın Cumhurbaşkanımız tarafından açıklanan Ekonomi Reformu Eylem Planında "Rekabetçi, yenilikçi ve güçlü bir sağlık sanayisinin geliştirilmesi amacıyla Cumhurbaşkanlığına bağlı Sağlık Endüstrileri Başkanlığı kurulacaktır." eyleminin bir an evvel altının doldurulması gerekliliğidir. Bu amaca yönelik Kanun ve Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi Taslakları hazırlanmış ancak maalesef bugüne kadar kabul edilip yürürlüğe girmemiştir.

Ekonomi Reformları Eylem Planı çerçevesinde hazırlanan kanun taslağı ile Sağlık Endüstrilerini Destekleme Fonu kurulması ve Cumhurbaşkanlığı kararnamesi taslağı ile de Sağlık Endüstrileri İcra Komitesi ve Sağlık Endüstrileri Başkanlığı kurulması öngörülmüştür. Bu başkanlığın Cumhurbaşkanına bağlı, kamu tüzel kişiliğini haiz ve merkez teşkilatı, enstitüler ve hizmet birimlerinden oluşması planlanmıştır.

Kurulması planlanan bu başkanlığın;

- Ülkemizin ileri teknoloji ve inovasyon ihtiyacını karşılamak,
- Araştırma, geliştirme ve üretim altyapısını geliştirmek,
- Yeni ürünlerin üretimini ve var olanların geliştirilmesini sağlamak,
- Sağlık ekonomisi alanında çalışma yapmak,
- Yetenek ve fiziksel altyapı envanteri oluşturmak,
- İcra Komitesi tarafından karar alınan hususlara yönelik kamu ve özel sektör

iş birliğini teşvik etmek, üretim ve tedarik planlamaları yapmak,

- Sağlık vadilerinin kurulmasına öncülük yapmak, sağlık alanındaki girişimcileri ve araştırmacıları yönlendirmek, yerli sanayiye destek ve teşvikleri uygulamak,
- Yurt dışından yerli sanayiye teknoloji transferi yapılmasını sağlamak, sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç duyulan ve ileri teknoloji gerektiren tıbbi cihaz, ürün ve hizmetlerin üretimine, teknolojilerinin geliştirilmesine ve yurt dışından transferine yönelik yerli ve yabancı yatırım ve teknoloji imkânlarını araştırmak,
- Yeni teknolojilerin etki analizini yapmak,
- Biyolojik, biyoteknolojik ve yüksek teknoloji gerektiren ürünler, hasta odaklı tedavi yöntemleri, test materyali ile benzeri ürünlerle ilgili araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunmak, bu ürünleri temin etmek veya edilmesini sağlamak ve gerektiğinde üretirmek,
- İcra Komitesi tarafından önceliklendirilmiş ilaç, tıbbi cihaz, medikal malzeme, aşı ve diğer sağlık ürünlerinin geri ödeme usul ve esaslarının belirlenmesi ve fiyatlandırılmasını yapmak,
- İcra Komitesi tarafından önceliklendirilmiş ilaç, tıbbi cihaz, medikal malzeme, aşı ve diğer sağlık ürünlerinin satın alınması işlemlerini yürütmek gibi son derece kritik görevler üstlenmesi öngörülmüştür.

Temennimiz odur ki; tıpkı savunma sanayimiz örneğinde olduğu gibi ülkemiz sağlık endüstrisi de bu Başkanlığın kuruluşu ve süreçte yapacağı koordinasyon ve etkin liderlik ile olması gereken yere bir an evvel gelsin.

Yazının sonunda tüm paydaşlarımıza, tabii ki başta Sağlık Bakanlığımız ve Sanayi Bakanlığımız olmak üzere tüm kamu kurum ve kuruluşlarımıza, üniversite camiamıza, özel sektör kuruluşlarımıza ve ilgili tüm sivil toplum örgütlerine bir çağrıda bulunmak istiyorum. 2025 yılı ve sonrasında yeni sanayi devrimini kaçırmamak adına birlikte çalışmamız, iş birlikleri yapmamız, yeni adımlar atmamız ve birlikte başarmamız elzemdir. Bu bir millî mesele ve bir millî duruştur.

Kaynaklar

Güven, İ. (2016). *Uygarlık Tarihi*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları, 422-431.

<https://freopp.org/world-index-of-healthcare-innovation/>.

<https://www.wipo.int/en/web/global-innovation-index>.

Kılıç, R. (2023). *Sanayi Devrimlerinin Serüveni: Endüstri 1.0'dan Endüstri 5.0'a. Takvim-i Vekayi Dergisi*, 277-291.

Şahin, R. (2019). *Sanayi devrimi osmanlı imparatorluğu'nda neden başlamadı? Business Economics and Management Research Journal*, 2(1), 1-16.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, "Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018", https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf (Erişim Tarihi: 23.04.2025).

T.C. Sağlık Bakanlığı, "Sağlıkta Dönüşüm", <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi: 23.04.2025).

T.C. Sağlık Bakanlığı, <https://covid19asi.saglik.gov.tr/tr-77801/turkiyede-asinin-tarihcesi.html> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

T.C. Sağlık Bakanlığı, <https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html> (Erişim Tarihi: 25.04.2025).

Sağlık turizminde fırsatlar, riskler ve sürdürülebilir politika yaklaşımları

Dr. Salih Kenan Şahin



1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Uzmanlık eğitimi Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde, işletme yüksek lisansını Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsünde tamamladı. Özel sağlık kuruluşlarında yöneticilik ve yanı sıra aktif siyasi görevler yaptı. 2005-2009 yılları arasında SSK İstanbul Sağlık İşleri Bölge Müdürlüğünde, Genel Sağlık Sigortasının kuruluş çalışmalarına katkı verdi. 2009-2019 arasındaki iki dönem Pendik Belediye Başkanlığı, 2019-2020 arasında ise İstanbul Medipol Üniversitesinde öğretim üyeliği yaptı. Dr. Şahin hâlen Sağlık Bakanlığının ilgili kuruluşu olan USHAŞ'ın Yönetim Kurulu Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Sağlık turizmi, günümüzde popüler bir olgu olarak öne çıkmakla birlikte kökeni insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanların şifa arayışı ve iyileşme isteği, antik çağlardan bu yana seyahatlerin temel amaçlarından biri olmuştur. Bu seyahatler yalnızca tedavi ve şifa arayışına yönelik olmayıp, aynı zamanda kültürel ve dinî amaçlarla da iç içe gelişmiştir.

Mezopotamya'dan Hindistan'a, Eski Roma'dan Çin'e kadar pek çok medeniyette kutsal sular ve banyolar şifa merkezleri olarak önem kazanmıştır. Bu merkezler çoğunlukla dinsel yapılar ve tapınaklarla birlikte konumlanmıştır. İlk sağlık merkezlerinin M.Ö. 3000'lerde Sümerlerde ortaya çıktığı bilinmektedir. Eski Yunan'da sağlık tanrısı Asklepios adına inşa edilen yapılar hem dinî mekân hem de tedavi merkezi işlevi görmüştür (1). Bunların en bilinen örneklerinden biri Bergama'dadır. Burada hastalara banyo ve çamur uygulamaları gibi fiziksel tedavilerin yanı sıra zihinsel ve duygusal terapiler de uygulanmıştır.

Antik Roma'da ise termal kaynakların etrafında tatil köyleri inşa edilmiştir. Roma hamamları, çok sayıda ziyaretçiyi ağırlayan ve sağlık turizminin önemli merkezleri

hâline gelen yapılar arasında yer almıştır. Soranus, Celsus, Dioskorides ve Galen gibi ünlü Romalı hekimlerin yaşadığı şehirler, imparatorluk elitlerinin tedavi amacıyla seyahat ettiği merkezlerdi (1).

Orta Çağ'da sağlık turizminin önde gelen merkezlerinden biri, Endülüs Emevî Devleti'nin hâkimiyetinde bulunan ve Avrupa'nın ilk tıp fakültesine ev sahipliği yapan Kurtuba şehri olmuştur. Avrupalı Hristiyan kralların dahi tedavi amacıyla ziyaret ettiği Kurtuba, dönemin en canlı sağlık turizmi merkezlerinden biri olarak dikkat çekmiştir (1).

Anadolu Türk devletlerinin sosyal devlet anlayışı içerisinde sağlık hizmetleri önemli bir yer tutmaktadır. Tıbbî eğitim vermek ve hastalıkların tedavisini gerçekleştirmek amacıyla kurulan yapılara "Darüşşifa" adı verilmiştir. Bu kurumlar aynı zamanda bîmârhane, şifâhane, dârûlâfiye, dârüssıhha ve maristan gibi isimlerle de anılmıştır. Anadolu Selçuklu Dönemi'nde temeli atılan Darüşşifalar din, dil, ırk veya maddi durum ayrımı gözetilmeksizin toplumun tüm kesimlerine sağlık hizmeti sunan merkezler olarak öne çıkmıştır. Bu kurumlarda dönemin en gelişmiş tıbbî aletleri ve ilaçlarıyla hastalıkların tedavisi yapılırken, aynı zamanda tıbbî eğitim de verilmiştir (2).

Sanayileşme ile birlikte Avrupa'da gelişen teknoloji seyahatleri kolaylaştırmış; şehirleşmenin yol açtığı çevresel sorunlar ise insanları doğaya yöneltmiştir. Bu yönelim zamanla sağlık arayışlarıyla bütünleşmiş ve özellikle kaplıcalar ön plana çıkmıştır. Kaplıca bölgelerinde kurulan kür merkezleri şifa merkezlerine dönüşerek sağlık turizminin temel taşlarından biri hâline gelmiştir. Avrupa'nın büyük kaplıcaları, 1700'lerden 1930'lara kadar en yoğun dönemini yaşamış ve bu süreçte Avrupa'daki "kaplıca fenomeni"ne tanıklık etmiştir. UNESCO Dünya Mirası Listesi'nde yer alan bu ulusötesi seri; yedi ülkede bulunan 11 kaplıca kasabasını kapsamaktadır: Baden bei Wien (Avusturya), Spa (Belçika), Karlovy Vary, Františkovy Lázně ve Mariánské Lázně (Çekya), Vichy (Fransa), Bad Ems, Baden-Baden ve Bad Kissingen (Almanya), Montecatini Terme (İtalya) ve Bath (Birleşik Krallık) (3).

Günümüzde sağlık turizmi, organ nakli ve tüp bebek uygulamalarından dış tedavilerine ve estetik cerrahiye kadar geniş bir yelpazede gelişim göstermektedir. 2000'li yıllardan itibaren sağlık turizmi, küresel turizm hareketliliği ve sağlık ekonomisi içerisinde önemli bir alt başlık hâline gelmiştir.



Sağlık Turizminin Temel Motivasyonları

İyileşme ve şifa arayışı: Sağlık turizmi, insanın tarih boyunca süregelen “daha iyi yaşama” ve “hastalıktan kurtulma” çabasının mekânsal bir yansımasıdır. Doğayla uyum, su kaynaklarına yakınlık, huzurlu çevreler, güneş ışığı ve temiz hava gibi unsurlar bu anlayışın temel bileşenlerini oluşturmaktadır.

Erişilebilirlik ve alternatif arayış: Kendi ülkesinde yüksek maliyet, uzun bekleme süreleri veya mevcut olmayan tedaviler nedeniyle bireyler başka ülkelere yönelmektedir. Bu tercihte kimi zaman daha kaliteli hizmet arayışı, kimi zaman ise tatil ile tedaviyi birleştirme arzusu belirleyici olmaktadır.

Bütüncül yaklaşım ihtiyacı: Bütüncül tedavi odaklı sağlık uygulamaları, yalnızca hastalıkların tedavisine odaklanmamakta, aynı zamanda bireyin zihin, beden ve ruh bütünlüğünü iyileştirmeyi hedeflemektedir. Termal tedaviler, geleneksel tıp uygulamaları, SPA, meditasyon ve doğal terapi yöntemleri bu yaklaşımın araçları arasında yer almaktadır.

Kültürlerarası etkileşim arayışı: Sağlık turizmi aynı zamanda kültürel, dinî ve

sosyal etkileşimin de bir aracıdır. Bu süreçte bireyler, Ayurveda, Çin tıbbı, hacamat ve yoga gibi geleneksel tıp sistemleriyle tanışma fırsatı bulmaktadır.

Sağlık Turizmi Pazarının İtici Güçleri

Küresel sağlık turizmi pazarının en önemli itici gücü, yurt dışında erişilebilir son teknoloji tedavilerin düşük maliyetlerle sunulmasıdır. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmeti maliyetlerinin artması, birçok insanı daha uygun fiyatlarla kaliteli bakım sunan ülkelere yönlendirmektedir. Sağlık altyapısını güçlendirmiş ülkelerden Tayland, Meksika, Türkiye ve Hindistan yüksek nitelikli tıbbi personeli ve destekleyici mevzuatları sayesinde önde gelen destinasyonlar arasında yer almaktadır (4).

Bunun yanında, hastalar ameliyat öncesi ve sonrası bakımı da kapsayan kişiselleştirilmiş tedavi planlarını talep etmektedir. Farklı ülkelerde sunulan sağlık hizmetleri hakkında artan bilgiye erişim, bireylerin çeşitli tıbbi tedavi seçeneklerine ulaşmasını kolaylaştırmaktadır. Teknolojinin sağlık alanına entegrasyonu ve teletıp uygulamaları, hastaların seyahatten önce yabancı ülkelerdeki hekimlerle görüşebilmesine olanak sağlamaktadır.

Küresel sağlık turizmi sektörü, tıbbi teknoloji ve uzmanlıktaki ilerlemelerden önemli ölçüde etkilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre, sağlık teknolojilerine yatırım yapan ülkeler, hasta akışında yıllık yaklaşık yüzde 10 oranında artış gözlemlemektedir (5). Bu ülkelerdeki tesislerin çoğu, uluslararası standartlara uyumu garanti eden akredite hastanelerdir. Temos ve JCI gibi kuruluşların verdiği akreditasyonlar, sunulan tıbbi hizmetlerin güvenilirliğini artırmakta ve uluslararası hasta tercihlerini yönlendirmektedir.

Küresel sağlık turizmi pazarının en önemli itici gücü, yurt dışında erişilebilir son teknoloji tedavilerin düşük maliyetlerle sunulmasıdır. Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmeti maliyetlerinin artması, birçok insanı daha uygun fiyatlarla kaliteli bakım sunan ülkelere yönlendirmektedir. Sağlık altyapısını güçlendirmiş ülkelere Tayland, Meksika, Türkiye ve Hindistan yüksek nitelikli tıbbi personeli ve destekleyici mevzuatları sayesinde önde gelen destinasyonlar arasında yer almaktadır.

Sağlık turizmine katkı sunan bir diğer unsur da seyahat kolaylığıdır. Pek çok hasta, tedavi süreçlerini bütünsel tatil deneyimleriyle birleştiren ve uygun fiyatlı bakım seçenekleri sunan gelişmekte olan pazarlara yönelmektedir (4).

Tıbbi Teknoloji ve Uzmanlıktaki Gelişmeler

Küresel sağlık turizmi sektörü, tıbbi teknoloji ve uzmanlıktaki ilerlemelerden önemli ölçüde etkilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre, sağlık teknolojisi-ne yatırım yapan ülkeler, hasta akışında yıllık yaklaşık yüzde 10 oranında artış gözlemlemektedir (5). Bu ülkelerdeki tesislerin çoğu, uluslararası standartlara uyumu garanti eden akredite hastanelerdir. Temos ve JCI gibi kuruluşların verdiği akreditasyonlar, sunulan tıbbi hizmetlerin güvenilirliğini artırmakta ve uluslararası hasta tercihlerini yönlendirmektedir.

Yaşlanan Nüfus ve Kronik Hastalıkların Artışı

Küresel sağlık turizmini etkileyen bir diğer kritik faktör, yaşlanan nüfus ve buna bağlı olarak kronik hastalıklardaki artıştır. Birleşmiş Milletler verilerine göre, 2030 yılına kadar 60 yaş ve üzeri küresel nüfusun 1,4 milyara ulaşması beklenmektedir (6). Bu demografik

değişim, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik rahatsızlıkların artışıyla doğrudan ilişkilidir. Yerel sağlık sistemlerinin yetersiz kaldığı durumlarda bireyler, kapsamlı ve erişilebilir tedavi imkânları sunan destinasyonlara yönelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, kronik hastalıkların tedavisine yönelik sağlık turizminin son beş yılda yüzde 20'den fazla artış gösterdiğini bildirmektedir.

Küresel Sağlık Turizmi Türleri

1) İleri Cerrahi ve Tıbbi Tedaviler: a) Kanser Cerrahisi, b) Kemoterapi, c) Transplantasyon, d) Ortopedik Cerrahiler, e) Kalp Damar Cerrahisi, f) Beyin Cerrahisi **2) İsteğe Bağlı Tıbbi İşlemler:** a) Saç Ekimi, b) Tüp Bebek, c) Estetik ve Plastik Cerrahi, d) Diş Tedavileri, e) Göz Tedavileri, f) Bariyatrik Cerrahi vb. **3) Sağlıklı Yaşam Turizmi (Wellness):** a) SPA ve Detoks Programları, b) Termal/ Mineral Kaplıcaları, c) Fiziksel ve Zihinsel Rehabilitasyon, d) Üçüncü Yaş Turizmi, e) Kişisel Bakım, Güzellik ve Dermo-kozmetik, f) Sağlıklı Beslenme ve Kilo Verme, g) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları h) Spor, Egzersiz ve Fiziksel Aktivite, i) Sağlığı Koruma, Önleyici ve Kişiselleştirilmiş Tıp, j) Yaşlı Bakım vb. **4) Sınır Komşusu Tıbbi Talepleri, 5) Turist ve Oturma İzni Olan Yabancılar Yönelik Tıbbi İşlemler, 6) Gurbetçi Tıbbi Tedavi Talepleri.**

İleri Cerrahi ve Tıbbi Tedaviler

İleri cerrahi ve tıbbi tedaviler; onkolojik uygulamalar, tümör cerrahisi, organ transplantasyonları, kalp-damar cerrahisi, beyin cerrahisi ve ortopedi gibi yüksek teknoloji ve uzmanlık gerektiren alanları kapsamaktadır. Bu alanda hasta tercihlerinde belirleyici olan başlıca faktörler; kalite ve akreditasyon düzeyi, teknolojik yeterlilik, maliyet avantajı, yüksek hizmet kapasitesi, kısa bekleme süreleri, kültürel yakınlık, turistik cazibe ve vize kolaylığıdır.

Geçmişte sağlık turizmi talebi, büyük ölçüde Amerika Birleşik Devletleri ve diğer gelişmiş ülkelere yönelmişken, günümüzde bu eğilim değişmiş ve Hindistan, Türkiye, Tayland, Güney Kore, Singapur, Meksika ve Malezya gibi ülkeler öne çıkmaya başlamıştır. Talep yönünden bakıldığında; ABD, Kanada ve Birleşik Krallık gibi ülkelerde uzun bekleme süreleri, yüksek maliyetler, aile hekimine erişimde yaşanan güçlükler,

sigorta kapsamı dışındaki işlemler ve kapasite ile uzman yetersizliği gibi nedenler, bireyleri sağlık turizmine yönlendirmektedir (7).

Bu bağlamda ABD ve Kanada kökenli hastalar; Meksika, Kosta Rika, Hindistan, Tayland ve Türkiye gibi destinasyonları tercih ederken, Birleşik Krallık kökenli hastaların tercihleri genellikle İspanya, Fransa ve Türkiye gibi Avrupa ülkeleri olmaktadır. Körfez ülkelerinden (Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirlikleri, Kuveyt) gelen hastaların ise Hindistan, Almanya ve Güney Kore gibi merkezleri ön plana çıkardığı görülmektedir. Ayrıca sağlık altyapısının yetersiz olduğu Afrika'da, süreç içerisinde Güney Afrika, Hindistan ve Türkiye gibi ülkelerdeki sağlık kuruluşlarından hizmet alma eğiliminin arttığı gözlenmektedir. Türkiye, ileri cerrahi ve tıbbi tedavi alanında özellikle Balkanlar, Afrika, Orta Doğu, Türk dünyası ve eski Sovyet coğrafyasında önemli bir destinasyon konumundadır (7).

İsteğe Bağlı Tıbbi İşlemler

Saç ekimi, tüp bebek, estetik-plastik cerrahi, diş tedavileri, göz sağlığı ve bariyatrik cerrahi gibi isteğe bağlı tıbbi işlemler sağlık turizminin en dinamik alanlarından birini oluşturmaktadır. Türkiye, bu alanlarda küresel ölçekte yüksek başarı elde etmiş ve özellikle saç ekimi segmentinde lider konuma gelmiştir. Saç ekimi pazarı yıllık ortalama yüzde 6 oranında büyüme göstermekte olup, teknolojik yeniliklerle sürekli gelişim içerisinde (8).

Bu segmentte Tayland, Meksika, Hindistan, Güney Kore, Malezya gibi ülkeler ile Macaristan, Polonya, Hırvatistan, İspanya, Çekya ve Yunanistan gibi Avrupa pazarındaki aktörler de rekabet etmektedir. Ancak Türkiye, düzenleyici kurumların görece geride kalmasına, destekleyici düzenlemeler yerine, kısıtlayıcı yaklaşımlarına rağmen özel sektörün dinamizmi sayesinde dikkat çekici bir başarı yakalamıştır.

İsteğe bağlı işlemler pazarında bariyatrik cerrahi, göz sağlığı ve estetik uygulamalar önemli alt başlıkları oluşturmaktadır. Yardımcı üreme tekniklerinde ise bazı ülkeler güvenli uygulamalarıyla, bazıları ise esnek mevzuatlarıyla öne çıkmaktadır. Bu pazarın rekabet unsurları arasında fiyat avantajı, ileri teknoloji kullanımı, hizmet kalitesi ve vize kolaylıkları tercihi



etkilemektedir. Özellikle tedavi ile tatili birleştiren paket programlar, bu segmentin cazibesini artırmaktadır. Ayrıca, turistik amaçla ülkeye gelen ziyaretçilere yönelik sağlık hizmeti pazarlaması da pazarın önemli fırsat alanlarından birini oluşturmaktadır. Pazarlama tekniklerinin en yoğun kullanıldığı sağlık turizmi başlıklarından biri de isteğe bağlı tıbbi işlemler segmentidir.

Sağlıklı Yaşam (Wellness) Turizmi

Sağlıklı Yaşam Turizmi (SYT), küresel ölçekte hızla büyüyen bir pazar niteliği taşımaktadır. Global Wellness Institute (GWI) verilerine göre 2024 yılında sektörün hacmi 6,6 trilyon ABD doları seviyesine ulaşmış, ülkeler arası SYT pazarı ise trilyon ABD doları sınırını aşmıştır (9). Türkiye'nin bu alandaki başlıca rakipleri arasında Amerika Birleşik Devletleri, Meksika, Kosta Rika, Tayland, Almanya, Avusturya, İsviçre, Hindistan, Macaristan, Çekya, Slovakya, İspanya ve Japonya yer almaktadır.

Pazarın büyümesini etkileyen en önemli unsur, yaşlanan nüfus ve kronik hastalıkların olağanüstü artışıdır. Kronik hastalıkların yönetiminde yaşam biçimi değişikliği temel tedavi yaklaşımı olarak öne çıkmaktadır. Dolayısıyla sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi, profesyonel destek ve kurumsal yaklaşımlarla desteklenmek zorundadır. Bu noktada

ABD, üniversite düzeyinde naturopati, osteopati, kayropratik ve sağlıklı yaşam koçluğu gibi alanlarda profesyonel eğitim programları sunarak pazarda öncü bir konum elde etmiştir (9).

Alt segmentler arasında güzellik, kişisel bakım ve dermokozmetik öne çıkmakta; Fransa, ABD ve Güney Kore bu alanlarda liderlik etmektedir. Türkiye ise mevzuat, insan kaynağı ve kurumsal altyapı eksiklikleri nedeniyle bu segmentte geride kalmaktadır (9). SPA, termal uygulamalar ve detoks programları ise büyüme potansiyeli yüksek alt başlıklar arasında yer almaktadır. Türkiye'nin yüksek termal su kapasitesine ve güçlü turizm altyapısına karşın, bu potansiyeli yeterince değerlendiremediği görülmektedir. Benzer şekilde sağlıklı beslenme, kilo yönetimi ve obezitenin azaltılmasına yönelik programlarda da performans sınırlıdır (9).

SYT alanında öncelikli olarak iç pazarın ihtiyaçlarının nitelikli biçimde karşılanması gerekmektedir. Kalıcı bir uluslararası rekabet için bilgi birikimi, yetkin insan kaynağı ve kurumsallaşma büyük önem taşımaktadır. İç pazarda oluşturulacak başarı hikâyeleri, Türkiye'nin küresel pazarda güçlenmesine katkı sağlayacaktır. Son yıllarda özellikle uzun ve sağlıklı yaşam (longevity), koruyucu ve kişiselleştirilmiş tıp yaklaşımları pazarın dinamizmini artıran unsurlar olmuştur.

Rehabilitasyon hizmetleri de SYT kapsamında değerlendirilmektedir. Rehabilitasyon yalnızca inme sonrası fiziksel iyileşme ile sınırlı olmayıp, tüm kronik hastalıklar için kapsamlı programlar içermektedir. Hipertansiyon veya diyabet gibi vakalarda yalnızca semptomlara odaklanan tedavilerin yetersizliği göz önünde bulundurulduğunda, kür merkezleri çevresinde bütüncül yaklaşımlar (detoks programları, yaşam tarzı değişiklikleri, otel veya pansiyon destekli konaklama seçenekleri) daha etkili sonuçlar sunmaktadır. Özellikle psikolojik rahatsızlıklar ve bağımlılıklar için rehabilitasyon imkânlarının artırılması hem ulusal ihtiyaçlara hem de küresel talebe yanıt verecek önemli bir potansiyel taşımaktadır.

Üçüncü yaş turizmi ve palyatif bakım hizmetleri de giderek önem kazanmaktadır. Sağlıklı yaşlanma programları hem popülerliğini sürdürmekte hem de yüksek büyüme potansiyeli barındırmaktadır. Türkiye'de bu alanda gerek ulusal gerekse uluslararası ölçekte özel destek ve stratejik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sınır Komşusu Tıbbi Talepleri

Sağlık turizminin önemli boyutlarından biri de sınır komşularından gelen tıbbi taleplerdir. Özellikle sınır şehirlerinde yaşayan bireylerin komşu ülkelere sağlık

Saç ekimi, tüp bebek, estetik-plastik cerrahi, diş tedavileri, göz sağlığı ve bariyatrik cerrahi gibi isteğe bağlı tıbbi işlemler sağlık turizminin en dinamik alanlarından birini oluşturmaktadır. Türkiye, bu alanlarda küresel ölçekte yüksek başarı elde etmiş ve özellikle saç ekimi segmentinde lider konuma gelmiştir. Saç ekimi pazarı yıllık ortalama yüzde 6 oranında büyüme göstermekte olup, teknolojik yeniliklerle sürekli gelişim içerisinde.

hizmeti için yöneldiği görülmektedir. Avrupa'daki sınır geçişleri, ABD ve Kanada vatandaşlarının Meksika'ya, Endonezya vatandaşlarının Malezya'ya, Balkanlar ve Kafkaslardan Türkiye'ye yönelen talepleri bu eğilime örnek teşkil etmektedir.

Bu pazarda hizmet çeşitliliği, basit günlük tedavilerden ileri düzey tıbbi uygulamalara kadar uzanmaktadır. Yüksek teknoloji kullanımı, nitelikli insan kaynağı, kısa bekleme süreleri, fiyat avantajı, döviz kuru farklılıkları, kültürel ve dil yakınlıkları hasta tercihlerini belirleyen başlıca unsurlardır. Avrupa Birliğinde olduğu gibi sigorta kapsamı ve geri ödeme sistemleri de rekabette öne çıkmayı sağlayan kritik faktörlerdir. Ayrıca vize ve sınır geçiş kolaylıkları da bu pazarın gelişiminde önemli rol oynamaktadır.

Yabancı Turistler ve Ülkede Yaşayan Yabancıların Sağlık Hizmetleri

Turist sağlığı, sağlık turizmi kapsamında stratejik öneme sahip bir başlıktır. Kısa veya uzun süreli olarak ülkede bulunan yabancıların, başta acil sağlık hizmetleri olmak üzere diğer sağlık ihtiyaçlarına erişiminin güvence altına alınması gereklidir. Turistlerin yurt dışı seyahatlerinde zorunlu olarak yaptıkları seyahat sağlık sigortaları, Türkiye açısından önemli bir

gelir kaynağı oluşturmaktadır. Türkiye'nin yılda 50 milyondan fazla turist ağırladığı dikkate alındığında, ortalama 10 avro tutarındaki seyahat sağlık sigorta bedelleri toplamda 500 milyon avro civarında bir potansiyel barındırmaktadır. Bu kaynak, turistlerin sağlık hizmetlerine erişim kalitesinin artırılmasına yönlendirilirse, ülkenin sağlık turizmi algısına olumlu katkı sağlayacaktır.

Buna karşın, turistlerin küçük çaplı sağlık sorunlarında yüksek maliyetlerle karşılaşmaları ve bu giderleri ülkelerinden tahsil edememeleri, Türkiye'nin sağlık turizmi açısından risk oluşturabilecek olumsuz bir durumdur. Benzer şekilde,

Türkiye'de uzun süreli olarak bulunan yabancıların sağlık sigortaları da düzenli bir gelir kaynağı niteliğindedir.

Gurbetçilerin Sağlık ve Tedavi İhtiyaçları

Yurt dışında yaşayan Türk vatandaşları (gurbetçiler), sağlık hizmeti ihtiyaçlarını büyük ölçüde Türkiye'de karşılamayı tercih etmektedir. Avrupa'da yaşayan gurbetçilerin, ilgili ülkelerde sağlık sigortası primi ödemelerine rağmen özellikle yatarak tedavi gerektiren durumlarda Türkiye'yi seçmeleri dikkat çekicidir. Bu tercihin başlıca nedeni, Türkiye'nin sunduğu fiyat avantajı ve maliyet etkinliğidir.



Yabancı sigorta sistemleri de maliyetleri düşürme amacıyla Türkiye'deki tedavi seçeneklerini desteklemektedir. Ayrıca, uzun süreli tedavi ihtiyacı olan gurbetçilerin özellikle yaşlandıklarında veya emeklilik dönemlerinde Türkiye'ye yönelmeleri, sağlık turizmi açısından stratejik bir pazar oluşturmaktadır. Bu potansiyelin etkin şekilde değerlendirilebilmesi için ülkeler arasında sağlık anlaşmalarına, hedefe yönelik pazarlama faaliyetlerine ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Sağlık Turizmi Hizmetinde Sorunlar ve Öneriler

Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi USHAŞ yönetim kurulu eski başkanı olarak sağlık turizmi alanında deneyim ve görüşlerimi de özetle ifade etmek istiyorum.

Günümüzde sağlık turizmi hizmetleri ağırlıklı olarak özel sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Özel sektörün güçlü olduğu ülkelerde sağlık turizmi de daha gelişmiş bir yapıya sahiptir. Bunun temel nedeni, sağlık turizminin, ülke vatandaşlarının sağlık hizmeti kullanımından farklı, kendine özgü dinamikler barındırmasıdır. Bu alan, özel pazarlama çabaları, yüksek hizmet beklentileri ve uluslararası hastaların özel ihtiyaçlarını kapsayan çok boyutlu bir süreçtir. Sağlık turistleri, genellikle yerel halkın ödediği tutarların üzerinde ücretler ödediklerinden dolayı, hizmet kalitesi konusunda daha yüksek beklentilere sahiptir. Sağlık turizmi pazarından kamu sağlık kurumlarının pay almak istemesi yukarıdaki özellikler dikkate alınınca rasyonel gözükmemektedir. Bu hizmetin üniversiteler dâhil kamu hastanelerince yürütülmesi sürdürülebilir de değildir. Kendi vatandaşları için bekleme süreleri olan bir sağlık sisteminde, yabancı hastalara öncelik tanınması toplum tarafından kabul edilebilir görülmemektedir. Hatane içinde, yabancıya yönelik farklılaştırılmış lüks hizmet sunumu da sorun yaratma potansiyeli taşımaktadır.

Sağlık turizmi yalnızca tedavi hizmeti sunumunu değil; vize işlemleri, lojistik destek, tercüman hizmetleri, tedavi sonrası planlamalar ve ön keşif ziyaretleri gibi ek hizmet alanlarını da kapsamaktadır. Bu nedenle kamu mantığıyla yürütülmesi sınırlı kalmakta, özel sektörün etkinliği ise daha belirgin bir şekilde öne çıkmaktadır.

Türkiye'de kamu hastanelerinin sağlık turizmi alanında pay almaya yönelik girişimleri olsa da bu çabalar henüz kayda değer bir başarı hikâyesine dönüşmemiştir. Kamu sağlık kuruluşlarının katkı sağlayabileceği alanlar; gurbetçi ve yabancı uyrukluların tedavileri, turisti sağlığı hizmetleri ile sınır illerinde komşu ülkelere gelen hastaların taleplerine yönelik hizmetler olduğu kanaatindeyim. İsteğe bağlı tedaviler, sağlıklı yaşam programları, ileri tıbbi ve cerrahi işlemler gibi yüksek katma değerli alanların özel sektör eliyle yürütülmesi daha sürdürülebilir görünmektedir.

Sağlık turizminin gelişiminde acenteler, hizmet sunan kurumlar, birlikler, üniversiteler ve kamu kurumları arasındaki iş birliği kritik öneme sahiptir. Özellikle sağlık turizmi acenteleri, pazarın büyümesinde stratejik bir rol üstlenmektedir. Acenteler, hastanelerin kendi bünyesinde kurulan birimler aracılığıyla yönetilebildiği gibi, bağımsız yapılar olarak da faaliyet gösterebilmektedir. En güçlü potansiyel ise, yurtdışında kurulu veya Türkiye'de yaşayan yabancılar tarafından yönetilen acentelerde görülmektedir. Bu acenteler, dil becerisi, kültürel yakınlık ve aidiyet hissi üzerinden güven oluşturarak hasta tercihlerini etkilemekte ve başarı oranlarını artırmaktadır.

Öte yandan sağlık turizmi alanında en sorunlu konulardan biri pazarlama ve tanıtımdır. Yanıltıcı reklamlar, etik ihlaller ve benzeri sorunlar, kamu otoritelerinin kısıtlayıcı düzenlemeler getirmesine yol açmıştır. Ancak aşırı kısıtlayıcı regülasyonlar, pazarlama faaliyetlerini neredeyse imkânsız hâle getirmekte ve uluslararası rekabette dezavantaj oluşturmaktadır. Ticaret Bakanlığı gibi kurumlar tanıtım faaliyetlerini desteklerken, Sağlık Bakanlığının muğlak düzenlemeleri pazarlamayı çoğu zaman yasaklı bir alana dönüştürmüştür.

Pazarın hızlı büyümesi, denetim mekanizmalarının ise bu hızla paralel gelişmemesi, fırsatçı ve riskli yapıların ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Bu durum, güvenli hizmet veren kurumların dezavantajlı duruma düşmesine yol açabilmektedir. Dolayısıyla regülasyonların baskılayıcı değil, fırsatları değerlendirmeyi kolaylaştırıcı ve istismarı önleyici nitelikte olması önemlidir. Bu noktada, tarafsız ve güçlü denetim mekanizmaları, fırsatçı yapıların tasfiyesini sağlarken başarılı kurumların desteklenmesi için de kritik bir rol üstlenmelidir.

Riski azaltma açısından sigorta sistemleri ve üçüncü taraf denetleyici kuruluşlar da önemli katkılar sunacaktır. Fiyat teminat sigortaları ve malpraktis sigortaları hem hasta güvenliğini artırabilmekte hem de hizmet sağlayıcıların risklerini azaltabilmektedir.

Sonuç olarak, Türkiye günümüzde sağlık turizminin önde gelen destinasyonlarından biri ve küresel ölçekte yükselen aktörlerinden biridir. Sektörde çeşitli eksiklikler ve sorun alanları bulunsun da Türkiye'nin sağlık turizmi pazarı içerisindeki etkin konumu, gelişim potansiyeli açısından önemli bir avantaj sunmaktadır. Sorunların şeffaf biçimde tartışıldığı, gelişim fırsatlarının desteklendiği ve paydaşların iş birliği içinde olduğu bir model, Türkiye'nin sağlık turizminde liderliğini sürdürmesini sağlayacak; aynı zamanda ülke sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek ve sağlık ekonomisine önemli bir katma değer yaratacaktır.

Kaynaklar

- 1) Beşkardeş E.R. Antik Yunan'dan Günümüze: Tarihsel Bir Perspektiften Sağlık Turizmi. *New Health Media*. <https://www.newhealth.media/blog/antik-yunandan-gunumuzu-tarihsel-bir-perspektiften-saglik-turizmi> (Erişim Tarihi: 09.09.2025).
- 2) Türkiye Darüşşifa Vakfı. Geçmişten Günümüze Miras: Darüşşifa. Türkiye Darüşşifa Vakfı. <https://darussifavakfi.org.tr/gecmisten-gunumuzu-miras-darussifa/> (Erişim Tarihi: 09.09.2025).
- 3) UNESCO Kültür Mirası Merkezi. "Avrupa'nın Büyük Kaplıca Kasabaları". *Temmuz*, 2021. <https://whc.unesco.org/en/list/1613/> (Erişim Tarihi: 09.09.2025).
- 4) Kuzhan K, Gönen S. Türkiye'de sağlık turizmi ve pazarı üzerine bir değerlendirme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2024;14(1):27-50.
- 5) İstanbul Maden ve Metaller İhracatçı Birlikleri (İMMİB). Küresel Sağlık Pazarı/Nasıl Bir Ekonomi. İMMİB. Mayıs, 2024. <https://immib.org.tr/tr/kuresel-saglik-pazari> (Erişim Tarihi: 09.09.2025).
- 6) Gürses L. Hızla yaşlanan nüfus küresel ekonomiyi nasıl etkileyecek? *Forbes Türkiye*. Ocak, 2025. <https://www.forbes.com.tr/makale/hizla-yaslanan-nufus-kuresel-ekonomiyi-nasil-etkileyecek> (Erişim Tarihi: 09.09.2025).
- 7) Sevim E. Türkiye'de Medikal Turizmin SWOT-AAS ile İncelenmesi. *İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü*; 2019. <https://nek.istanbul.edu.tr/ekos/TEZ/60494.pdf> (Erişim Tarihi: 09.09.2025).
- 8) HWT Clinic. "Saç Ekimi İstatistikleri ve Saç Dökülmesi Hakkında Gerçekler," <https://www.hwtclinic.com/hair-transplant-statistics/> (Erişim Tarihi: 09.09.2025).
- 9) Global Wellness Institute. *Wellness Tourism Will Cross the \$1 Trillion Mark in 2024*. <https://globalwellnessinstitute.org/global-wellness-institute-blog/2023/11/28/wellness-tourism-will-cross-the-1-trillion-mark-in-2024/> (Erişim Tarihi: 09.09.2025).

Sağlık turizminde rekabet: AB ortalaması ve Türkiye'nin fiyat, hizmet kalitesi ve diğer unsurlar açısından konumu

Behlül Ünver



1975 yılında İstanbul'da doğan ve aslen Sivaslı olan Behlül Ünver, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği yüksek lisans programını, Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi İktisat lisans programını ve Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Radyoloji programını tamamladı. Sağlık yönetimi, sağlık mevzuatı, finansmanı ve strateji danışmanlığı alanlarında uzmanlaştı. Yaklaşık 25 yıl boyunca Kadıköy Hastanesi, Academic Hospital, Marmara ve Maltepe Üniversiteleri gibi kurumlarda üst düzey görevlerde bulundu. 2024 Ekim itibarıyla Sağlık Bakanlığı Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş. (USHAŞ) Genel Müdürü görevini sürdürmektedir. Evli ve üç kız çocuğu babasıdır.

Günümüzde, sağlık hizmetleri küresel hareketlilik bakımından incelendiğinde; yalnızca tıbbi ihtiyaçlara değil; sosyal, ekonomik, teknolojik ve sosyokültürel etkinliklere dayalı çok boyutlu bir ekosistem olarak ele alınmaktadır. Bu bağlamda genel hatlarıyla sağlık turizmini tanımlamak gerekirse; "sağlık turizmi, bireylerin sağlıklıklarını yeniden kazanmak ya da mevcut sağlık durumlarını koruyup iyileştirmek amacıyla kendi ülkeleri dışına çıkarak başka bir ülkede sağlık hizmeti aldıkları bir 'tıbbi seyahat' biçimi denilebilir. Genel olarak bireylerin başka bir ülkeyi tercih etmelerinin temel nedenleri, kendi ülkelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan yüksek maliyetli olması, uzun bekleme süreleri ya da hizmete erişimde yaşanan zorluklardan biri ya da birkaçı olabilir" (1).

Bu çalışmada genel olarak Türkiye'nin sağlık turizminde fiyat, hizmet kalitesi ve çeşitli unsurlar açısından rekabeti ele

alınacaktır. Ancak bu noktada, sağlık turizmi olgusunun daha kavranabilir olması hususunda sağlık turizmi literatüründe yer alan, bazı sağlık turizmi çeşitlerini de belirtmek gerekebilmektedir.

Sağlık turizmi kendi içerisinde; medikal turizm, termal turizm, üçüncü yaş (yaşlı, geriatri) turizmi, engelli turizmi gibi alt kategorilere ayrılabilir. Medikal turizmde daha çok hastane ya da sağlık tesisi odaklı cerrahi vb. uygulamalar ve tedavi yöntemleri kastedilirken, termal turizm mineralli su kaynaklarının tedavi amaçlı kullanımını kapsamaktadır. Üçüncü yaş turizmi, ileri yaştaki bireylerin hem sağlık hem de sosyal hizmet ihtiyaçlarını karşılarken, engelli turizmi ise özel gereksinimi olan bireylerin erişilebilir sağlık hizmetlerinden yararlanmasıdır. Bunların yanı sıra, günbegün globalleşen dünya düzeni ve teknolojik gelişmeler, sağlık turizmi alanında yeni trendlerin ortaya çıkmasına da zemin hazırlamaktadır. Esenlik (wellness) turizmi, estetik turizmi, çeşitli psikolojik destekler gibi yeni eğilimler, geleneksel sağlık turizmi

tanımlarının ötesine geçerek bireylerin ruhsal, zihinsel ve bedensel bütünlüğünü hedefleyen daha bütüncül bir sağlık turizmi ekosistemine işaret etmektedir. Ayrıca, teletıp, çeşitli biyoteknoloji yenilikleri, sağlık turizmi portalları gibi teknoloji temelli pek çok yenilik sağlık turizminin iktisadi değerine doğrudan etki eden sektörler olarak ele alınabilir.

Bu alt dallarıyla ele alındığında sağlık turizmi oldukça geniş bir yelpazede değerlendirilen ve girift hâlde varlık gösteren büyük bir ekosistemdir. Bu dalların her biri kendi içerisinde pek çok ince nüansa sahip olmakla birlikte, temelde kişilerin ruhen ve bedenen sağlıklı olması prensibine dayanmaktadır. Bu tanımların her birinin kendi içerisinde büyük pazarlar olduğunun ve iktisadi bir çerçevede ele alınmasının altını çizmek gerekmektedir.

Bu çeşitlenme ve dönüşüm süreci yalnızca sağlık hizmeti sunan ülkeleri değil, aynı zamanda sağlık hizmeti alan bireylerin tercihlerini ve beklentilerini



de şekillendirmektedir. Bu bağlamda, Avrupa Birliği ülkeleri de sağlık turizminin hem hizmet sunucusu hem de hizmet alıcısı yönüyle önemli aktörleri arasında yer almaktadır. Avrupa Birliğinin, birlik üyesi ülke vatandaşlarına her alanda sağladığı fırsatlar vardır. Sınır ötesi sağlık hizmetleriyle ilgili olan 2011/24/EU sayılı Avrupa Direktifi, Avrupa Birliğinin her ülkesinde Avrupa vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini mümkün kılmaktadır (2).

Avrupa ülkelerinde hızla artış gösteren yaşlı nüfus, artan kronik hastalık yükleri ve sağlık sistemlerinde yaşanan altyapı ve kapasite sorunları, Avrupa Birliği vatandaşlarını alternatif ve ulaşılabilir sağlık hizmetlerine yönlendirmektedir. Bu durum, Avrupa Birliği dışındaki alternatif destinasyonlara doğru yöndeki sağlık turizmi hareketliliğini artırmaktadır. Avrupa Birliği içinde hastaların kendi ülkeleri dışında sağlık hizmeti alabilmelerini mümkün kılan çeşitli yasal düzenlemeler ve bu durumu mümkün kılan sigorta şirketlerinin varlığı, sağlık turizmini destekleyici bir zemin oluşturmaktadır. Aynı zamanda Avrupa Birliği dışındaki ülkelerle kıyaslandığında fiyat, erişim süresi ve hizmet çeşitliliği gibi alanlarda önemli rekabet unsurlarını da gündeme getirmektedir.

Bu noktada Türkiye, hem coğrafi yakınlığı hem rekabetçi fiyatları hem de uluslararası standartlarda sunduğu sağlık hizmetleri ile AB vatandaşları için öne çıkan bir destinasyon olmaktadır.

Türkiye'nin teknolojik gelişmeleri takip eden sağlık altyapısı, yüksek nitelikli sağlık personeli insan kaynağı, tedaviye erişimde sağladığı hız ve devlet politikaları sayesinde; yalnızca bölgesel bir alternatif olmanın ötesine geçerek küresel düzeyde tercih edilen başlıca sağlık turizmi destinasyonlarından biri hâline gelmiştir. Özellikle son yıllarda, estetik cerrahiden organ nakline, tüp bebek tedavisinden ortopedik işlemlere, kalp ameliyatlarından çeşitli kanser tedavilerine kadar pek çok alanda Türkiye'nin tercih edilme oranı artmakta; bu durum ülkenin AB ortalamalarına kıyasla sunduğu avantajları daha görünür hâle getirmektedir. Tüm bunlara ek olarak medikal turizm dışındaki alanlarda da pazar büyüklüğü kendini geliştirmeye devam etmektedir.

Bu çalışmada, Türkiye'nin sağlık turizmi alanındaki mevcut konumunu fiyat, hizmet kalitesi, altyapı kapasitesi ve diğer yapısal unsurlar çerçevesinde çok boyutlu, geniş bir bakış açısıyla ele almak ve bu alandaki genel eğilimleri ortaya koymak hedeflenmektedir. Bu doğrultuda, Türkiye'nin sağlık turizmine konu olan hizmetlerde nasıl bir profil çizdiği, hangi yönleriyle öne çıktığı ve sektörel gelişimini hangi dinamikler üzerinden sürdürdüğü analiz edilmeye çalışılacaktır. Ayrıca çalışmada, Türkiye'nin sağlık turizminde neden ve nasıl tercih edilen bir destinasyon hâline geldiğine ilişkin bütüncül bir değerlendirme sunulması hedeflenmektedir.

Sağlık turizmi kendi içerisinde; medikal turizm, termal turizm, üçüncü yaş turizmi, engelli turizmi gibi alt kategorilere ayrılabilir. Medikal turizmde daha çok hastane ya da sağlık tesisi odaklı cerrahi vb. uygulamalar ve tedavi yöntemleri kastedilirken, termal turizm mineralli su kaynaklarının tedavi amaçlı kullanımını kapsamaktadır. Üçüncü yaş turizmi, ileri yaştaki bireylerin hem sağlık hem de sosyal hizmet ihtiyaçlarını karşılarken, engelli turizmi ise özel gereksinimi olan bireylerin erişilebilir sağlık hizmetlerinden yararlanmasıdır.

Bu bakımdan ele alındığında, Avrupa Birliğinde sağlık turizmi alanındaki eğilimler ve Türkiye'nin bu alandaki konumunu daha iyi anlayabilmek için, Avrupa ülkelerindeki sağlık harcamalarına ilişkin verilerin incelenmesi büyük önem taşımaktadır.

2022 yılında Avrupa Birliği genelinde kişi başına düşen cari sağlık harcaması ortalama 3 bin 685 avro olarak gerçekleşmiştir. Bu rakam, 2014 yılındaki 2 bin 658 avroluk seviyeye kıyasla yüzde 38,6'lık bir artışa işaret etmektedir. En yüksek ortalama harcama kişi başına 6 bin 590 avro ile Lüksemburg'da kaydedilirken, Danimarka (6 bin 110 avro) ve İrlanda (5 bin 998 avro) gibi ülkeler de üst sıralarda yer almıştır. Buna karşılık, Romanya (858 avro), Bulgaristan (990 avro) ve Polonya (bin 137 avro) gibi ülkelerde harcama seviyeleri AB ortalamasının oldukça altında kalmıştır (3).

Bu veriler, AB genelinde sağlık hizmetlerine yönelik talebin ve kamu/özel sağlık harcamalarının artmakta olduğunu ortaya koyarken; bazı ülkelerde yüksek maliyetlerin bireyleri alternatif çözümler aramaya yönelttiğini göstermektedir. Ayrıca, 2014'ten bu yana tüm AB ülkelerinde sağlık harcamalarının artış göstermesi, bireylerin daha erişilebilir, uygun maliyetli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunan destinasyonlara yönelmesini daha da teşvik etmektedir. Bu bağlamda Letonya (%140,5), Litvanya (%125,6) ve Romanya (%123,1) gibi ülkelerde görülen yüksek oransal artışlar da bu eğilimi desteklemektedir (3).

Bu ortamda, Türkiye gibi uygun fiyatlarla yüksek kaliteli hizmet sunan ülkeler, hem ekonomik hem operasyonel anlamda sağlık turistleri için cazip alternatifler olarak öne çıkmaktadır. Artan sağlık harcamaları şifa arayan hastaları, özellikle Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde, daha erişilebilir ve bütçe dostu sağlık hizmetleri arayışına sokabilmektedir. Bu noktada coğrafi yakınlık, uygun fiyatlar, kısa bekleme süreleri ve hizmet kalitesi gibi faktörler, Türkiye'yi sağlık turizmi açısından öne çıkaran başlıca avantajlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye, özellikle diş tedavisi, estetik cerrahi, göz sağlığı, tüp bebek, kanser tedavisi gibi alanlarda Avrupa pazarında rekabet gücü yüksek bir destinasyon hâline gelmiştir. Aynı zamanda akreditasyon sahibi hastaneler, uluslararası hasta koordinasyon sistemleri ve devlet destekli sağlık turizmi politikaları, Türkiye'nin bu alandaki konumunu daha da güçlendirmektedir. Dolayısıyla Türkiye, artan AB sağlık harcamaları karşısında, nitelikli ve uygun maliyetli sağlık hizmeti arayan Avrupalı hastalar için stratejik bir çekim merkezi hâline gelmiştir.



Avrupa Birliği genelinde sağlık turizminin hem ekonomik hem de sektörel etkileri giderek artmaktadır. Bu noktada Avrupa Birliği ülkeleri hem sağlık turizminde pazar hem de alıcı rolü üstlenmektedir. AB'ye gelen tüm turistlerin yüzde 4,3'ü sağlık amaçlı seyahat gerçekleştirmekte, bu da sağlık turizmini önemli bir niş pazar hâline getirmektedir. Almanya, Fransa ve İsveç, AB sağlık turizmi sektörünün önde gelen aktörleri konumundadır. Ayrıca, sağlık turizmi gelirlerinin yüzde 66 ila yüzde 75'i wellness (zindelik) turizminden elde edilmekte olup bu, sektörün yalnızca medikal tedavilerle sınırlı kalmadığını, aynı zamanda yaşam kalitesini artırıcı hizmetlerin de önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir. Yıllık yaklaşık 46,9 milyar avro gelir sağlayan AB sağlık turizmi pazarı, toplam turizm gelirlerinin yüzde 4,6'sını ve AB28 GSYİH'sinin yüzde 0,33'ünü oluşturmaktadır. Bu gelirin yüzde 75'inden fazlası İsveç, Fransa, Polonya, İtalya ve Almanya gibi beş ülkeden sağlanmaktadır. Sektör analizleri, Avrupa'da sağlık turizminin hem istikrarlı bir seyir izlediğini hem de büyüme potansiyelini koruduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, sağlık turizmine hizmet veren birçok klinik ve sağlık kuruluşunun aynı zamanda yerel hastalara da hizmet sunması, bu alanın yerel sağlık sistemleriyle entegrasyonunu ve ek gelir yaratma kapasitesini güçlendirmektedir. Öte yandan, sağlık turizminin istihdam yaratıcı etkisi ve çevresel sürdürülebilirliğe katkısı da literatürde dikkat çeken diğer unsurlar arasında yer almaktadır. Bu tablo, Türkiye gibi sağlık turizmine stratejik yatırımlar yapan ülkelerin Avrupa pazarında daha fazla pay alabileceğini göstermektedir (4).

Nitekim Türkiye'nin sağlık turizmi alanındaki yükselişi yalnızca uygun fiyat avantajıyla sınırlı değildir; yüksek hizmet kalitesi, uzman sağlık personeli ve geniş tedavi yelpazesi ile de dikkat çekmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin ortalama maliyetleri, ABD'ye kıyasla yüzde 50

ila yüzde 70 oranında daha düşük seviyededir. Buna karşın, Türkiye'de görev yapan sağlık personelinin büyük bölümü modern tıp alanında deneyimli ve uluslararası standartlarda eğitim almış profesyonellerden oluşmaktadır. Özellikle İstanbul, sağlık turistlerinin yaklaşık yüzde 40'ını tek başına çekerek, en önemli medikal turizm merkezlerinden biri hâline gelmiştir. Türkiye'de estetik cerrahiden diş sağlığına, organ nakillerinden tüp bebek tedavisine kadar geniş bir sağlık hizmeti yelpazesi sunulmakta; ayrıca pek çok uluslararası akredite sağlık kurumu, hem güvenlik hem de kalite bakımından sağlık turistlerine güven vermektedir. Tüm bu unsurlar, Türkiye'yi küresel sağlık turizmi pazarında rekabetçi ve sürdürülebilir bir aktör konumuna taşımaktadır (5).

Türkiye'nin sağlık turizmi sektörü, son yıllarda istikrarlı bir büyüme göstermektedir. 2023 yılında, Türkiye'ye sağlık hizmeti almak amacıyla gelen ziyaretçi sayısı 1 milyon 538 bin 643'e ulaşmış ve bu ziyaretlerden elde edilen gelir 3 milyar 6 milyon 92 bin ABD doları olmuştur. 2024 yılında ise 1 milyon 506 bin 442 kişi sağlık hizmeti için Türkiye'yi tercih etmiş ve bu ziyaretlerden elde edilen gelir 3 milyar 22 milyon 957 bin ABD doları olarak gerçekleşmiştir. 2025 yılının ilk çeyreğinde ise 354 bin 457 kişi sağlık hizmeti almak amacıyla Türkiye'yi ziyaret etmiş ve bu dönemde elde edilen sağlık turizmi geliri 643 milyon 356 bin ABD doları olmuştur. Bu rakam, toplam turizm gelirlerinin yüzde 6,9'unu oluşturarak sağlık turizminin Türkiye ekonomisindeki artan önemini göstermektedir (6).

Sağlık turizmi hizmetlerinde fiyatlandırma, birçok değişken faktöre bağlı olarak büyük farklılıklar gösterebilir. Her şeyden önce uygulanacak tedavinin türü ve hastalığın ciddiyeti, maliyetin belirlenmesinde başlıca unsurlardan biridir. Bununla birlikte, sağlık kurumunun bulunduğu ülke ve şehir, teknolojik altyapısı, sahip

olduğu uluslararası akreditasyonlar, hasta hizmetleri kapsamı ve işletme giderleri gibi etkenler de alınan sağlık hizmetinin ücretlendirilmesi üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Doktorun akademik geçmişi, tecrübesi ve alanındaki uzmanlık düzeyi ise özellikle uluslararası hasta nezdinde tercih sebebi olduğu için bu faktör de ücretlendirmeye yansır. Tüm bu bileşenler göz önünde bulundurulduğunda, ülkeler arasında veya kurumlar özelinde net ve sabit bir karşılaştırma yapmak neredeyse imkânsız hâle gelmektedir. Akademik literatürde de bu konudaki belirsizlik dikkat çekici düzeydedir; çünkü sağlık turizmi pazarının dinamik ve değişken yapısı nedeniyle sağlıklı ve güncel fiyat verilerine ulaşmak oldukça güçtür.

Bu alanda nicel nitelikte karşılaştırmalar yapabilmek ve akademik analizlere dayalı politika önerileri geliştirebilmek için tedavi fiyatlarının şeffaf bir şekilde kamuoyuyla paylaşılması büyük önem taşımaktadır. Ancak ne yazık ki sağlık turizmi sektöründe fiyatların genellikle rekabete dayalı pazarlama stratejileri doğrultusunda şekillendiği görülmektedir. Sağlık kurumları ve aracı kuruluşlar, potansiyel hastaları çekmek amacıyla fiyatlandırma konusunda esnek davranmakta, sıklıkla bu ticari verileri açıklamaktan kaçınmakta veya belirli hizmet paketleriyle yanıltıcı izlenimler oluşturabilmektedir. Ayrıca ekonomik dalgalanmalar, döviz kuru değişimleri, ülkeler arası mevzuat farklılıkları, sigorta sistemlerinin kapsamı ve sağlık hizmetleri üzerindeki vergilendirme politikaları gibi dışsal etkenler de fiyatların sıklıkla güncellenmesine neden olur. Bu nedenle veriler çoğu zaman karşılaştırmaya elverişli olmamakta, ulaşılabilir olanlar ise ya güncelliğini yitirmiş ya da bağlamından kopuk bilgiler içermektedir. Dolayısıyla bu alanda yapılacak çalışmaların sağlıklı bir zemin üzerinde yükselmesi için güvenilir, güncel ve standartlaştırılmış veri setlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Buna ek olarak, sağlık hizmetlerinde fiyatlandırmanın sadece ekonomik bir değişken olarak ele alınması, sektörel ve akademik açıdan önemli bir indirgemecilik sorunu doğurmaktadır. Zira fiyatlandırma, yalnızca sunulan hizmetin doğrudan maliyetleriyle değil, aynı zamanda sağlık hizmetinin niteliği, hasta güvenliği, etik standartlar, hasta memnuniyeti ve tedavi sonrası takip gibi çok boyutlu kalite göstergeleriyle birlikte değerlendirilmelidir. Örneğin bir ülkenin düşük fiyatlarla sağlık hizmeti sunması, o ülkenin sağlık turizmi

açısından daha avantajlı olduğu anlamına gelmemektedir çünkü düşük maliyet, kimi zaman kalite standartlarından taviz verilmesi pahasına elde edilebilmektedir. Bu durum, uluslararası hastaların ülke seçimi yaparken yalnızca fiyat kriterine değil, aynı zamanda hizmetin güvenilirliğine, akreditasyon durumuna, sağlık profesyonellerinin yetkinliğine ve uluslararası hasta hakları uygulamalarına da dikkat etmelerini zorunlu kılmaktadır.

Dolayısıyla fiyatlandırma meselesi, yalnızca iktisadi bir karşılaştırma alanı değil, aynı zamanda sağlık politikalarının şeffaflığı, etik ilkeler ve hizmet kalitesi çerçevesinde ele alınması gereken çok katmanlı bir değerlendirme konusudur. Bu bağlamda, sağlık turizmine dair fiyat verilerinin açıklığı yalnızca akademik analizler açısından değil, aynı zamanda uluslararası hasta güvenliği, sektörel regülasyonlar ve kamu sağlığı politikaları açısından da kritik öneme sahiptir.

Ancak yine de, ortalama fiyatlar üzerinden bir fikir çıkarımı yapılmak istenirse, çalışmanın ele alındığı tarih itibarıyla yapılan karşılaştırmalı fiyat analizlerine göre, tek göz katarakt ameliyatı Avrupa Birliği ülkelerinde ve ABD'de oldukça yüksek maliyetlerle gerçekleştirilmektedir. Örneğin Fransa'da bu işlem ortalama 3 bin avro (7), İspanya'da 3 bin 800 avro, Almanya'da ise 4 bin 800 avro seviyelerine kadar ulaşmakta; ABD'de ise 7 bin avro bandına kadar çıkabilmektedir (8). Buna karşın, Türkiye'de aynı nitelikteki operasyon yaklaşık 2 bin 500 avro düzeyinde gerçekleştirilmektedir (8).

Hem tıbbi teknoloji hem de uzmanlık düzeyi bakımından AB ülkeleriyle aynı standartları sunan Türkiye, bu alanda yüksek kaliteyi çok daha uygun maliyetle sağlayarak sağlık turizminde önemli bir rekabet avantajı elde etmektedir. Bu durum, Türkiye'nin sadece uygun fiyatlarla değil, aynı zamanda hasta memnuniyeti, erişilebilirlik ve hizmet hızı açısından da bölgesel bir cazibe merkezi hâline geldiğini göstermektedir.

Sonuç olarak, tüm bu veriler ışığında, Türkiye'nin sağlık turizmindeki yükselişi sadece maliyet avantajıyla sınırlı kalmamakta; hizmet kalitesi, uluslararası hasta memnuniyeti, kısa bekleme süreleri ve kolay erişilebilirlik gibi birçok faktörle desteklenmektedir. Türkiye'de hastalar, ileri teknolojilerle donatılmış hastanelerde, alanında uzman hekimler tarafından hızla

tedaviye alınmakta; AB ülkelerinde aylar sürebilecek işlemler çoğu zaman birkaç gün içinde planlanıp tamamlanabilmektedir. Özellikle coğrafi yakınlık, vize kolaylığı, uçuş çeşitliliği ve kültürel yakınlık gibi lojistik avantajlar da AB vatandaşları için Türkiye'yi tercih edilebilir bir destinasyon hâline getirmektedir. Tüm dünyadan şifa arayan kimselerin, artan ilgisi ve memnuniyet oranları, Türkiye'nin bu alandaki konumunu her geçen gün daha da güçlendirmektedir. Sağlık hizmetlerinde küresel ölçekte güvenilir, erişilebilir ve bütüncül bir çözüm arayanlar için Türkiye, yalnızca alternatif bir seçenek değil, birçok açıdan öncelikli bir tercih hâline gelmiştir. Türkiye, sağlık turizmi alanında sürdürülebilir bir büyüme yakalamasını sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda bölgesel ve küresel sağlık pazarında da stratejik bir oyuncu olmuştur.

Kaynaklar

- 1) Kuzhan, K., & Gönen, S. (2024). Türkiye'de sağlık turizmi ve pazan üzerine bir değerlendirme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(1), 27-50.
- 2) Ulusoy, H., & Tosun, N. (2020). Comparisons of Health Tourism Within the EU Countries. In K. Androniki et al. (Eds.), *Strategic Innovative Marketing and Tourism: 8th ICSIMAT, Northern Aegean, Greece, 2019* (pp. 385–392). Cham: Springer International Publishing.
- 3) Eurostat. (2024, Kasım 15). Health care expenditure in the EU. European Commission. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20241115-1> (Erişim Tarihi: 20.06.2025).
- 4) Regiondo. Health tourism in the EU: Benefits, destinations and economic impact. Regiondo Blog. <https://pro.regiondo.com/blog/health-tourism-eu/#:~:text=Health%20tourism%20brings%20in%20%E2%82%AC,%2C%20Poland%2C%20Italy%2C%20and%20Germany> (Erişim Tarihi: 20.06.2025).
- 5) Market.us. Medical Tourism Statistics. <https://media.market.us/medical-tourism-statistics/> (Erişim Tarihi: 20.06.2025).
- 6) UŞHAŞ – Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş. (2024). Sağlık Turizmi Verileri. <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/> (Erişim Tarihi: 20.06.2025).
- 7) Elsan Healthcare. What are healthcare costs in France for international patients? https://www.elsan.care/en/our-news/what-are-healthcare-costs-france-international-patients?utm_source (Erişim Tarihi: 20.06.2025).
- 8) Bookimed. Cataract surgery (one eye): Prices and clinics comparison. <https://us-uk.bookimed.com/clinics/procedure=cataract-surgery-one-eye/> (Erişim Tarihi: 20.06.2025).

Genel cerrahi pratiğinde robot kullanımı

Prof. Dr. Mustafa Öncel



2001 yılında Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesinde uzmanlık eğitimi tamamlayarak iç hastalıkları uzmanı oldu. Endokrinoloji yan dal ihtisasını yaptığı Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesinde uzun yıllar görev yaptı. Genel cerrahi ve onkolojik cerrahi uzmanı olan Dr. Öztürk'ün özel ilgi alanı minimal invaziv cerrahi, kanser cerrahisi ve kolorektal cerrahidir. Kendisi hâlen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi olarak görev yapmakta ve aynı üniversitede Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Başkanlığı görevini sürdürmektedir.

Son 40 yılda minimal invaziv yaklaşımlar, konvansiyonel açık teknikteki cerrahi kaliteden taviz vermeden hastada daha az travma oluşturan yöntemler olarak sunulmuş ve yaygınlaşmıştır. Robotik sistemler, daha ileri hassasiyet özelliği ile geleneksel laparoskopinin sınırlamalarını aşmayı hedeflemektedir. Robotik cerrahi pazarı, sunduğu yeni özelliklerle birlikte gelecek yıllarda muhtemelen daha çeşitli ve dolayısıyla daha karmaşık hâle gelecektir. Bu çalışmanın amacı uzlaşmış ve tartışmalı bölgelerin altını çizerek robotik cerrahinin güncel durumuna tarafsız ve gerçekçi bir bakış sağlamaktır.

Tanımlar ve Kavramlar

Robotik terimi, Çekçe'de 'hizmetçi' veya 'işçi' anlamına gelen 'robota' kelimesinden türetilmiştir. Bu terimin ilk tanımı 1979 yılında Amerika Robot Enstitüsü tarafından yapılmıştır: "Çeşitli görevlerin yerine getirilmesi için malzemeleri değişik programlanmış hareketlerle taşımak için tasarlanmış çok fonksiyonlu uzuvları olan makinalardır" (1).

Ameliyathanede kullanılan robotlar ihtiyaçlar doğrultusunda çok çeşitlilik kazanmıştır. Mikroskop, robotik kol desteği, robotik ameliyathane hemşiresi, robotik ışıklandırma sistemleri, temizlik robotlarının yanı sıra yeni bir konsept olarak robotik ameliyathane kavramı ile görüntüleme, navigasyon hatta yapay zekâ sistemleriyle bütünleşmiş karar

verme ve ameliyat sonrası riskleri azaltıcı yardımcı robotik sistemler günlük pratiğe yavaş yavaş dâhil olmaya başlamıştır. Ancak bu yazının boyutlarını aştıkları için, burada genel cerrahi pratiğinde kullanılan robotik platformlar tartışılacaktır.

Robotik cerrahiden, özellikle abdominal ve torasik boşluklarda kullanımından bahsedildiğinde pazarda neredeyse tek konumunda olan da Vinci® platformu (Intuitive Surgical) akla gelen ilk isimdir. Oysa bu alanda çok sayıda platform bulunmaktadır. Bir örnek vermek gerekirse 2023 yılında bu alandaki bir toplantıda 46 robotik platform tanıtılmıştır. Bu gerekçeyle robotların genel bir sınıflaması gerekli olabilir (2).

Geleneksel olarak robotlar işletim modellerine göre üç şekilde sınıflandırılır. Güncel kullanımda olan robotların neredeyse tamamında işletim emreden-uygulayan (master-slave olarak adlandırılır) şeklindedir. Burada robot, cerrahin yardımcısıdır ve cerrahin yapılmasını istediği eylemi eş zamanlı olarak gerçekleştirir. Yarı otonom sistemlerde ise cerrah, robotu koordine eder robotsa bu direktifi uygular. Çoğu biyopsi robotunun işletimi bu tanıma uyar. Tamamen otonom robotlar ise günümüzde günlük pratikte yer almamaktadır ancak geliştirilmesi için çaba sarf edilmektedir. Yapay zekâ programları yakın bir gelecekte bu tür robotların yaygınlaşmasına yardımcı olabilir. Bir başka sınıflandırma sistemi ise robotları kullanım alanlarına göre çeşitlere ayırmak için yapısal açıdan

değerlendirmektedir. Bu bağlamda robotlar mimarilerine (rijit veya flexible), port sayısına (tek, çoklu) ve konfigürasyona (tek veya çoklu kol, modüler veya entegre taşıma) göre tasnif edilmiştir. Böylece çok sayıda platformun hangi amaçlara uygun olarak kullanılabileceğinin belirlenmesinde yardımcı olabilir (3).

Tarihçe

İnsanoğlu yüzyıllardır kendi gücünü aşan işleri yapabilmek için makine yardımı alıyor olsa da robot kullanımı insanın bulunmadığı/bulunamayacağı yerlerde işin tamamlanması ve tekrarlayan veya hassas görevlerin yerine getirilmesi amaçlarıyla yarım asrı aşan süredir kullanıma girmiş ve hızla yaygınlık kazanmıştır. Bu teknolojik ilerlemenin tıba yansımaları ise yine aynı hedefleri amaçlayarak son birkaç 10 yılda gerçekleşmiştir.

İnsanda kullanılan ilk robot PUMA 200 ilk olarak hassas girişim gerektiren nörolojik biyopsileri 1985 yılında başarılı bir şekilde aldı, birkaç yıl sonra ise ürolojide, özellikle prostat cerrahisinde kullanılmaya başlandı (4). Bu makine yaygın bir kullanım alanı bulamasa da kalça protezi cerrahisinin hassasiyetini artırmak amacıyla tasarlanan ROBO-DOC Amerika Birleşik Devletleri'nde Gıda ve İlaç İdaresi Bürosunun (Food and Drug Administration, FDA) onayını almayı başaran ilk robot sistemi oldu ve 1992 yılında kullanılmaya başlandı. Hassas işlemlerin yanı sıra insanın olmadığı yerlerde cerrahi prosedürlerin gerçek-



leşmesi robotik teknolojinin gelişmesini sağlayan diğer motivasyon unsuruydu. Bu konseptin NASA ve ABD ordusunun da önemini fark ederek potansiyel gördüğü bir durum olması robotların kamusal ve ticari alanda gelişimini hızlandırdı. ZEUS platformu sesle de aktive edilen AESOP kamera sistemini kullanırken, da Vinci® platformu ise iki görüşlü lensi ile üç boyutlu görüntü almayı sağlayan bir tekniği geliştirdi. Bu platform 1991 yılında ilk kolesistektomiyi Belçika'da gerçekleştirdi. ZEUS platformu ise insanda ilk defa 1998 yılında kullanıldı. 2001 yılında da ZEUS sistemi kullanılarak cerrahın New York'ta, hastanın ise Strasbourg, Fransa'da bulunduğu ilk transatlantik kolesistektomi yapılarak uzaktan uygulama amacına ulaşılmış oldu (5). Uzun yıllar sonrasında bile gereklilikleri konusundaki sorular tamamen yanıtlanmamış olsa da günümüzde birçok cerrahi alanda bazı avantajları nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır. İlk iki platformun birleştirilmesi sonrasında Intuitive Surgical tarafından DaVinci® platformunun yeni ardışık versiyonları geliştirilmiştir. Bununla birlikte çok sayıda yenilikçi firma eş zamanlı olarak başta maliyet olmak üzere mevcut sorunlara çözüm sunan alternatif platformları tanıtarak rekabet ve çeşitlilik getirmeyi amaçlamaktadır.

Robotik Cerrahi ve Laparoskopik Cerrahi

Robotik ve laparoskopik cerrahi açık konvansiyonel tekniğe göre daha küçük insizyon gerektiren minimal invaziv cerrahi yöntemleridir ve bu açıdan konvansiyonel cerrahiden ayrı bir kategoride yer almaktadır. Minimal invaziv cerrahi açık cerrahi ile kıyaslandığında daha az ağrı, daha az kan kaybı, daha düşük enfeksiyon riski, daha küçük yara izi, daha kısa hastanede kalış süresi ve daha hızlı iyileşme gibi avantajlar sağlar. Ancak robotik ve laparoskopik teknikler uygulama yöntemleri ve kullanılan teknolojiler açısından farklıdır ve birbirlerine karşı bazı avantaj ve dezavantajlar taşırlar. Robotik cerrahinin en başta gelen avantajı cerrahi alanın büyütülmüş, yüksek çözünürlüklü üç boyutlu (3D) görünümünü sağlayarak gelişmiş derinlik algısı sunmasıdır. Oysa laparoskopide tek kamera kullanıldığından görüntü iki boyutludur (2D). Robotik aletler bilekten eklemlidir ve laparoskopik aletlerden daha insan elinden daha geniş bir hareket aralığı ile serbestlik ve el becerisi imkânı sunarlar. Bu ulaşılması zor alanlarda bile daha hassas ve karmaşık hareketlere olanak tanır. Buna karşın laparoskopide aletlerin hareket derecesi sınırlıdır. Robot

Geleneksel olarak robotlar işletim modellerine göre üç şekilde sınıflandırılır. Güncel kullanımda olan robotların neredeyse tamamında işletim emreden-uygulayan şeklindedir. Burada robot cerrahın yardımcısıdır ve cerrahın yapılmasını istediği eylemi eş zamanlı olarak gerçekleştirir. Yarı otonom sistemlerde ise cerrah robotu koordine eder, robotsa bu direktifi uygular. Tamamen otonom robotlar ise günümüzde günlük pratikte yer almamaktadır ancak geliştirilmesi için çaba sarf edilmektedir.

insanda var olan fizyolojik tremoru filtreler ve daha pürüzsüz ve dengeli bir hareket sağlar. Ayrıca cerrahin konsoldaki daha büyük el hareketleri, hastanın içindeki robotik aletlerin daha küçük ve hassas hareketlerine ölçeklenebilir. Robotik cerrahinin en önemli dezavantajı dokunsal hissin (tactile sensation) olmamasıdır. Bu hissin eksikliğinde cerrah dokunun kendisine gösterdiği direnci hissedemez. Oysa laparoskopide cerrah dokuları ve aletleri doğrudan hissedebilir, bu da dokunsal bir geri bildirim sağlar. Diğer bir dezavantaj da robotun yerleştirilme (docking) süresidir. Bu durum batin içerisinde birkaç alanda çalışılması gerektiğinde daha da önem kazanmaktadır çünkü ya optimum çalışma açısından vazgeçmeyi ya da birkaç docking ile ameliyat süresini uzatmayı gerektirmektedir. Oysa laparoskopide kurulum açısı değiştirme işlemleri çok hızlı yapılabilir. Robotların birçoğu özellikle en sık kullanılan Da Vinci® platformu hasta masasına sabitlenememektedir. Bu durum ise ameliyat sırasında robot görevdeyken hasta pozisyonunun değiştirilmesine engel olur. Bu kısıtlamalar robotik cerrahi tercihinin hasta içerisinde kısıtlı bir bölgede yapılan ve pozisyon değiştirme gerektirmeyen ameliyatlara (sözcülemi prostat cerrahisi) için daha kolay yaygınlaşmasına yardımcı olmuştur. Laparoskopik cerrahide ise benzer kısıtlamalar bulunmamaktadır.

Abdominal Alanda Robotik Cerrahinin Güncel Kullanımı

Laparoskopik herni ameliyatları pratikte en sık yapılan cerrahi prosedürlerdendir. Laparoskopik ve robotik yöntemlerle yapılan inguinal herni operasyonunu kıyaslayan bir prospektif randomize çalışma robotik cerrahinin ameliyat süresini uzatması ve daha maliyetli olması dışında postoperatif ağrı yaşam kalitesi ve uzun dönem sonuçları da içeren hiçbir değişkende farklılık göstermemiştir (6).

Robotik cerrahinin potansiyel taşıdığı esas problemin kompleks ventral herniler olduğu öngörülmektedir çünkü robotun eklenme becerisi ile sağladığı intrakorporal dikiş atma yeteneği onarımı kolaylaştırmaktadır. Danimarka Ulusal Database verilerinden hazırlanan geniş hacimli bir çalışma laparoskopik mesh tespiti ile kıyasladığı robotik onarımın 7 cm'den küçük ventral hernilerde hastanede kalış süresini ve yeniden yatırılma olasılığını düşürdüğünü ortaya

koymuştur (7). Ayrıca başka çalışmalarda da robotik onarımın postoperatif ağrı ve yara komplikasyonlarında azalma olduğunu gösteren başka çalışmalar da vardır (8). Bu sonuçlar özellikle ventral herni onarımında robotik cerrahinin potansiyelini ortaya koymaktadır.

En sık uygulanan elektif abdominal cerrahi yöntemlerden birisi de kolesistektomidir. Laparoskopik kolesistektomi benign safra kesesi hastalıkları için altın standart kabul edilmektedir. Randomize ve eğilim skoru eşleşmesi yapılmış randomize olmayan 13 çalışmanın dâhil edildiği ve 30 binden fazla hastayı inceleyen bir meta-analiz robotik cerrahinin ameliyat süresini anlamlı bir derecede artırdığı ancak hastanede kalış ve safra yolu yaralanması da dâhil intraoperatif komplikasyonlar açısından ise laparoskopik cerrahiye eş değer olduğunu ortaya koymuştur (9). Single-port laparoskopik ve robotik kolesistektomi tekniklerinin sonuçlarını kıyaslayan randomize, randomize olmayan ve gözlemsel çalışmaların sonuçları da bir meta-analizde kıyaslanmıştır. Bu çalışma robotik cerrahinin intraoperatif komplikasyon riskini ve ameliyat sonrası ağrıyı azalttığını ama operasyon süresi ve maliyet açısından dezavantajlı olduğunu göstermiştir (10). Robotik yaklaşım ince diseksiyon gerektiren kolesistektomi vakalarında faydalı olabilir. Güncel pratikte rutin uygulanmasını avantajlı kılacak bir neden görülmesi de maliyetlerdeki düşüşle benign safra kesesi hastalıklarının cerrahisinde laparoskopik kolesistektomiye alternatif olabilir veya onun yerine geçebilir.

Özofagus kanseri cerrahisi iki-bölge veya üç-bölge olarak birkaç teknik ve rekonstrüksiyon amaçlı birçok organ kullanılarak yapılabilir. Bu durum bu bölge cerrahisine yönelik yapılan çalışmaları heterojen kılmakta ve yorumunu zorlaştırmaktadır. Daha zorlu bir bölge olan özofagus cerrahisinde ilk robot kullanımı 2002 yılında "Robot Assisted Minimally Invasive Esophagectomy (RAMIE)" olarak gerçekleştirilmiştir. Sonraki yıllarda RAMIE gerek konvansiyonel açık teknikle gerek laparoskopik özofagektomi ile prospektif randomize çalışmalarda kıyaslanmıştır. Açık cerrahi ile kıyaslandığında RAMIE tekniğinde ameliyat süresinin uzadığı ancak buna karşılık kan kaybının azaldığı gösterilmiştir. Ayrıca başka pulmoner komplikasyonlar ve pnömoni olmak üzere komplikasyon

riskini de azaltmaktadır. Erken ve uzun süreli sonuçlar benzer görülse de bir prospektif randomize çalışmada lokal rekürrens olasılığın RAMIE tekniğinde azaldığı ileri sürülmüştür. Laparoskopik ve robotik cerrahi teknikler erken ve geç değişkenler açısından benzer sonuçlar ortaya koysa da R0 rezeksiyonun başarılabilmesi ve çıkarılan lenf nodu sayısı açısından robotik cerrahinin açık ve laparoskopik cerrahiye üstün olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (11). Sonuç olarak RAMIE tekniği özofagus cerrahisinde gelecek vaat etmektedir. Özellikle çıkarılan lenf bezi sayısının artması, sınırlı sayıda hasta içeren çalışmaların sağkalım avantajı gösterememiş olmasına rağmen anlamlı olarak değerlendirilebilir ve daha başka çalışmalar yapılmasını hak etmektedir.

Çin, Japon, Kore, Avrupa Medikal Onkoloji Derneği (ESMO) ve Ulusal Kapsamlı Kanseri Ağı (NCCN) kılavuzlarına göre, rezektabel mide kanserinde önerilen standart cerrahi prosedür D2 lenfadenektomiye de içeren tümör lokalizasyonuna bağlı olarak değişebilen total veya subtotal gastrektomidir. Uzak Doğu'dan gelen birkaç prospektif randomize çalışma, laparoskopik yaklaşımın onkolojik etkinlik açısından açık gastrektomi ile kıyaslanabilir kısa dönem onkolojik sonuçlar sağladığını ortaya koymuştur.

Yaklaşık 20 bin hasta içeren 15 çalışmayı içeren bir meta-analiz robotik cerrahi laparoskopik cerrahiye göre gerek genel komplikasyon oranı ve gerekse birçok spesifik komplikasyon şekline göre daha güvenli bulunmuştur. Ayrıca açığa dönme olasılığını da azaltmaktadır. Laparoskopik gastrektomide operasyon, bağırsak hareketlerinin başlama ve hastanede kalış süreleri daha kısadır. Ancak robotik tekniğin laparoskopiyeye hastaliksız sağkalım açısından bir avantajı gösterilememiştir. Çalışmalar; yapılan alt grup analizlerinde, vücut kitle indeksi daha yüksek (>25) ve evre I-II hastalıkta robotun laparoskopiyeye göre teknik avantajlarının daha belirgin olduğunu ve hastaliksız sağkalım açısından avantaj sağladığını ileri sürmektedirler. (12). Bariyatrik cerrahi için yapılan ameliyatlarda farklılıklar içerdiğinden ve bu konudaki çalışmalar kısıtlı olduğundan bir sonuca ulaşmak için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Bununla beraber robotik yaklaşım kullanılarak yapılan ameliyat süresinin laparoskopik yaklaşıma göre

daha uzun olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde, revizyonel bariatrik cerrahide robotik yaklaşım için herhangi bir avantaj ortaya konulamamıştır.

Son 10 yılda robot teknolojisiyle birlikte hepatopankreatikobiller cerrahisi gibi daha karmaşık ameliyatlar minimal invaziv olarak gerçekleştirilmektedir. Robotik yaklaşımın teknik faydaları, karaciğer ve özellikle pankreas gibi sabit organlarda gerçekleştirilen cerrahilerde avantajlar sunmaktadır. Birkaç çalışma, minimal invaziv pankreas cerrahisinin onkolojik sonuçlardan taviz vermeden açık cerrahiye kıyasla morbiditeyi azalttığını göstermiştir. Buna karşıt olarak prospektif randomize kontrollü bir çalışmada laparoskopik ankreatikoduodenektomi sonrası artmış mortalite riski tespit edilmiştir. Teorik olarak robotik platformun teknik avantajları sayesinde hepatojejunal ve pankreatikojejunal anastomozlar konvansiyonel laparoskopiyeye kıyasla daha az karmaşık hâle getirilebilir. Buna rağmen cerrahi tekniğin karmaşıklığı ve zorlu öğrenim eğrisi bu prosedürün minimal invaziv olarak yalnızca robotik yaklaşımla veya yüksek hacimli merkezlerde gerçekleştirilmesini gerektiren bir öneriye yol açmıştır. Pankreas gövde veya kuyruğundaki lezyonlar içinse minimal invaziv işlemler optimal yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Çalışmalar bu tekniğin açık cerrahiye kıyasla postoperatif iyileşme döneminde avantajlar sağladığını göstermektedir. Bununla birlikte, robotik yaklaşım, konvansiyonel laparoskopiyeye kıyasla intraoperatif kan kaybında azalma, açığa dönüş riskini düşürme ve splenektomi riskinde azalttığına yönelik veriler vardır. Minimal invaziv karaciğer cerrahisinin fizibilite ve güvenliği birden fazla çalışmada savunulmaktadır. Bu çalışmalara göre bu teknikler intraoperatif kan kaybını azaltmakta, morbiditeyi düşürmekte ve postoperatif iyileşmeyi hızlandırmaktadır. Bunun yanı sıra uzun dönem onkolojik sonuçları da açık karaciğer cerrahisiyle benzer seyretmektedir. Özeldense robotik cerrahinin açık karaciğer cerrahisine göre daha düşük mortalite ve daha hızlı iyileşme sağladığı birçok çalışmada belirtilmiştir. Bu ayrıntıyı inceleyen özel bir çalışma olmasada robotun artan manevra kabiliyeti gibi teknik avantajlarının, hilusa yakın posterior rezeksiyonlar gibi daha karmaşık karaciğer cerrahilerini kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Diğer birçok organ spesifik cerrahide olduğu gibi robotik

hepatik rezeksiyonun temel dezavantajı hem açık hem de laparoskopik hepatektomiye kıyasla artmış maliyetidir (8).

Kanıt dayalı tıp bilgileri, kolorektal kanser cerrahisinde laparoskopik yaklaşımın, açık cerrahiye kıyasla benzer onkolojik sonuçları koruduğunu ve aynı zamanda minimal invaziv cerrahinin faydalarını sağladığını ortaya koymuştur. Ancak her iki minimal invaziv teknik kıyaslandığında robotik cerrahi yaklaşımın bazı durumlarda avantaj sağlayabileceği gösterilmiştir. Benign kolorektal hastalıklarda iki teknik benzer sonuçlar vermektedir ancak mesh rektopeksi gibi intrakorporal dikiş atılması gereken durumlarda robot avantaj sağlayabilir.

Kolorektal kanser olgularını ise yerleşim yerlerine ve hastaların özelliklerine göre değerlendirmekte fayda vardır. Kolon kanserlerinde her iki yaklaşımın kıyaslandığı çalışmalar yeterli olmamakla beraber, mevcut kanıtlar robotik ve laparoskopik kolon rezeksiyonlarının gerek erken dönem, gerekse onkolojik ve uzun dönem benzer sonuçlarının olduğunu göstermektedir. Teknik yeterlilik açısından da santral mezokolik eksizyon ve santral vasküler ligasyon gibi zorlayıcı aşamaların her iki teknikle aynı başarı oranlarıyla kotarıldığını ortaya koymaktadır. Robotik tekniğin belki de tek üstünlüğü rekonstrüksiyon aşamasında intrakorporal anastomozun daha kolay ve hızlı yapılabilmesine olanak vermesidir.

Rektum kanserinde ise pelvis içinin dar, yaşamsal organlarla çevrili, korunaklı durumu bu kısıtlı alanda robotun manevra ve iyileştirilmiş görüş yeteneklerinin bazı avantajlar sağlama potansiyeli vardır. Prospektif randomize çalışmalarda gösterilememiş olsa da onkolojik diseksiyonu kolaylaştırdığı, açık cerrahiye dönüş olasılığını azalttığı ve sinir hasarı riskini düşürdüğünü gösteren retrospektif ve non-randomize prospektif çalışmalar bulunmaktadır (8). Prospektif randomize bir çalışmada (ROLAR) başta birincil sonlanım noktası olan açık cerrahiye dönüş (robotik kolda %8, laparoskopik kolda %12, $p=0.16$) olmak üzere cerrahi piyesin kalitesi, postoperatif komplikasyonlar, erken ve geç fonksiyonel sonuçların hiç birisinde gruplar arasında farklılık tespit edilmemiştir (13). Daha güncel olan bir Çin çalışması (REAL) ise bias içermesine ve uzun süreli sonuçlarının bilinmemesine rağmen, robotik cerrahinin laparoskopiyeye kıyasla piyes çevresel

sınırı tümör pozitifliği (%4 vs %7, $p=0.02$), postoperatif komplikasyonlar (516 vs %23, $p=0.003$) ve açık cerrahiye dönüş (%2 vs %4, $p=0.02$) parametrelerinde avantajını ortaya koymuştur (14).

Büyüyen Robot Ekonomisi ve Robotun Bireysel Maliyeti

Mevcut verilere göre, dünya genelinde 69 ülkede 9 binden fazla da Vinci® robot platformu kurulu durumdadır. Bu sistemlerle çalışmak üzere yaklaşık 66 bin cerrah eğitim almıştır. Bugüne kadar da Vinci robotu ile 15 milyondan fazla prosedür gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde 2024 rakamlarıyla 15'i devlete bağlı eğitim ve araştırma ile devlet üniversite hastanelerinde olmak üzere 38 hastanede toplamda 40 Da Vinci robotu ameliyatlarda kullanılmaktadır. Ayrıca cerrahların eğitimi için de iki Da Vinci robotu eğitim merkezlerinde yer almaktadır. Bu rakamlar, robotik cerrahinin hem ülkemiz ölçeğinde hem de küresel olarak sağlık hizmetlerindeki yaygınlığını ve devlet otoritesi başta olmak üzere genel bir kabul gördüğünü göstermektedir.

Market Research Future isimli analiz şirketinin öngörüsüne göre 2024 yılında 6.5 milyar ABD doları olan cerrahi robotlar pazar büyüklüğü 2035 yılında 16 milyar dolara ulaşacaktır. Bu projeksiyon yıllık yaklaşık yüzde 8,5'luk bir büyüme oranına karşılık gelmektedir. Bu bütçe sadece robot platformunun maliyeti olarak düşünülmemelidir. Sofistike yapıya sahip bu makinaların yıllık bakım ve onarım masrafları ile kullanılan sarf ürünlerin de net kârlılığı artırdığı göz önünde tutulmalıdır. Bu iştah açıcı rakamlar sektörde âdeta bir tekel olan Intuitive'in Da Vinci® robot sistemine alternatif başka platformların piyasaya sürülmesini teşvik etmekte ve hızlandırmaktadır.

Robotik platformlarda maliyet, kullanım ve yaygınlaşma önündeki en ciddi engellerden birisi olarak gözükmemektedir. 2013 yılına ait bir analiz da Vinci® Si sisteminin ikinci konsol, Firefly görüntüleme sistemi ve simülatör olmaksızın liste fiyatının 1,75 milyon dolar olduğunu ortaya koymaktadır. Buna ek olarak sistemin yıllık servis ve bakım ücreti yaklaşık 150 bin dolar civarındadır. Ayrıca her bir prosedür için ek sarf malzeme masrafı açık cerrahiye kıyasla 1.600 dolar daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. Klinik uygulama yetkinliğinin de değerlendiril-



Market Research Future isimli analiz şirketinin öngörüsüne göre 2024 yılında 6.5 milyar ABD doları olan cerrahi robotlar pazar büyüklüğü 2035 yılında 16 milyar dolara ulaşacaktır. Bu projeksiyon yıllık yaklaşık yüzde 8,5'luk bir büyüme oranına karşılık gelmektedir. Bu bütçe sadece robot platformunun maliyeti olarak düşünülmemelidir. Sofistike yapıya sahip bu makinaların yıllık bakım ve onarım masrafları ile kullanılan sarf ürünlerin de net kârlılığı artırdığını da göz önünde tutulmalıdır.

diği Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons tarafından hazırlanan bir konsensus metninde Da Vinci® cerrahi platformunun seçilmiş gastrointestinal prosedürlerde kullanım için klinik olarak kabul edilebilir ancak maliyetli bir sistem olduğu sonucuna varılmıştır (15). Ekonomik olarak daha avantajlı ülkelerde bile bu konuda endişeler dile getirilirken, emek yoğun maliyetin gelişmiş ülkelerdeki kadar yüksek olmadığı ülkemizde robot platformunun bu açıdan da değerlendirilmesi makul bir yaklaşım olur. Şu anda devlet hastaneleri ve üniversitelerde çok sayıda robotik cerrahi platformunun bulunması dikkate alındığında, burada uygulanan ameliyatlarda, teknik seçimde robotun gerçekten avantaj sağladığı hasta grubunda tercih ediliyor edilmediği, öğrenim eğrilerini bu hastanelerde tamamlayan hekimlerin sonraki dönemde nerelerde cerrahi uyguladıkları ve en önemlisi robot cerrahisinin bu merkezlerdeki sonuçları açık bir şekilde tartışılmalıdır. Sonrasında da ülkemize ait robot uygulamasının planlamasını ve belirlenmesini içeren bir politika oluşturulmasında bu veriler kullanılmalıdır.

Robot Eğitimi

Robot sistemlerinde açık cerrahiden farklı olarak cerrahin asistanı uzakta bir konsolda bulunması cerrahi eğitimin yüzyıllardır süregelen usta-çırak şeklinde ilerleyen eğitim süresini

radikal olarak değiştirmektedir. Robotik cerrahi için evrensel düzeyde kabul ve test edilmiş eğitim programları bulunmamaktadır. Ayrıca robot platformları farklı cerrahilerde değişiklik gösteren öğrenme eğrileri gerektirmektedir. Robot kullanımına yeni başlayan cerrahların bu öğrenme eğrisi boyunca uygulama olasılıkları olan suboptimal prosedürlerin azaltılmasına yönelik çözümler pek de tartışılmamaktadır. Sanal gerçeklik uygulamaları ve maliyetli bir seçenek olmasına karşın eğitim konsolları yeni alternatifler olabilir. Ama bundan daha önemlisi bu öğrenimin koşul ve sınırlarının netlik göstermemesidir. Ayrıca tüm ameliyathane davranışında farklılıklar gerektireceğinden ameliyathanedeki diğer ekip ve personelin eğitimi de göz önünde tutulmalıdır (16).

Etik

Robotun kullanımı sonrası oluşabilecek sorunlara ait konular etiğin kapsamı alanındadır ve hâlen birçok konu tartışma konusudur. Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışma, cerrahiye yeni teknolojilerin dâhil edilmesinin birçok etik zorluğu beraberinde getirdiğini vurgulamaktadır. Bu zorluklar arasında güvenliğin sağlanması, cerrahlara yeni teknolojiyi kullanma izninin verilmesi, hastaların bilgilendirilme biçimi ve cerrahların, firmaların ile hastanelerin hastalara karşı sorumlulukları yer almaktadır (17). Günümüzde robotlar master-slave düsturuna göre çalıştıkla-

rından basit aletlerle benzer bir şekilde değerlendirilmektedir. Buna göre tüm sorumluluk cerraha aittir. Diğer cerrahi işlemlerde geçerli olan zarar vermeme yükümlülüğü, hastanın yararına hareket etme ilkesi ile hastanın özerkliğine ve tercihlerine saygı gösterilmesi gibi etik kurallar, robot kullanımında da aynen geçerlidir. Ancak çok daha sofistike olan bu makinelerin söz gelimi bir arıza sonrasında meydana gelen hasarlardan üreticinin mi, uygulayıcının mı yoksa servisi sağlayan hastanenin mi sorumlu olacağı gibi konular belirsizliğini sürdürmektedir. Ayrıca olası tam otonom robotların kullanıma girmesi veya derin öğrenme ile karar alma mekanizmasının cerrahın makineye geçmesi durumunda etik sorunu çok daha karmaşık ve birçok tarafı ilgilendiren bir yapıya bürünecektir (17). Gelecekte bu çerçevede yanıtlanması gereken soruların sayısının çoğalacağı, içeriğinin değişeceği ve genişleyeceği açıktır.

Ancak daha güncel ve hâlihazırda karşımızda bulunan en temel etik sorun robotun haksız rekabet amacıyla kullanılmasıdır. Robot kelimesinin özellikle ülkemizde hasta için bir albenisi olması nedeniyle endikasyonsuz ve gereksiz robot kullanımı olup olmadığını denetleyen ve sorgulayan bir mekanizma geliştirilmiş değildir. Bu aşamada hastanın sağlığını ve çıkarını koruyacak politikalara ve denetim mekanizmalarına ivedilikle gereksinim vardır.

Robotik Cerrahinin Geleceği

Günümüzdeki robotların bazı sorunlarına ve kanıtlanmamış sonuçlarına rağmen robot platformları geleceğin cerrahisinde çok daha belirgin olarak yer alacak belki de cerrahın yerine geçecektir. Bunun için hâlihazırda büyük gövdenin hastaya yanaştırılması (docking), cerraha dokunma hissi (tactile sensation) verememesi gibi temel teknik sorunları aşması ve maliyet sorununu çözmesi gereklidir. Özellikle dokunma hissi sorununun çözülmesi için teknolojide ciddi bir çaba vardır.

Robotik cerrahinin geleceğe yönelik gelişme potansiyelini en bariz olarak gösteren belirteçlerden birisi de teknolojinin bu konuya duyduğu ilgidir. Çok fazla sayıda robotik platform gerekli izinleri alarak piyasaya girmiş veya girme aşamasındadır. Ayrıca mevcut platformların yeni versiyonları da cerrahinin uygulama

alanlarını genişletmektedir. Söz gelimi tek portlu cihazlar transoral, transanal ve transvajinal doğal giriş bölgelerini kullanarak cerrahi yapma imkânını vaat etmektedir.

Artırılmış gerçeklikle (augmented reality) birleştirilmiş görüş sistemleri robotik cerrahiye yeni bir ufuk getirme aşamasındadır. Böylece ameliyat öncesinde yapılan endoskopi ve görüntüleme verilerini üç boyutlu ve eş zamanlı görülmesi sağlanabilir. Bu özellik cerrahi sırasına diseksiyon hattı ve organların çevresel ilişkileri hakkında cerrah doğru bilgi sağlayarak güvenli bir navigasyon imkânı sunar ve ameliyatın risklerini azaltır.

Nihayetinde robot platformlarının alacağı şekil yapay zekâ destekli (artificial intelligence) ve makine öğrenimi (machine learning) robotlar olacağına dair gerçekçi öngörüler vardır. Yakın gelecekte bu makineler hastaların ve hastalığın özellikleri, ameliyat videoları, enstrümanların kinematiki ve robot duyargalar aracılığıyla öğrenilecekleri bilgileri ameliyat sırasında cerrahi yönlendirme, operasyon sonrası geri dönüş yapma ve cerrahi yetkinliği değerlendirmede kullanılabilir. Nihayetinde otonom cerrahi robotları cerrahların gözetiminde cerrahlardan daha kusursuz ameliyatlara yapabilecek hâle gelebilir. Yakın geçmişte cerrahın dâhil olmadan robotun gerçekleştirdiği bağırsak anastomozu bunun öncü bir örneği olarak düşünülebilir. Son aşamada ise yapay zekâyâ sahip robotlar cerrahın yerine ameliyat kararlarını da alarak cerrahsız ameliyatlara mümkün kılabilirler (18). Robotların boyutlarındaki küçülme, zaman içerisinde santimetrik boyutlarda filo robot sistemleriyle ameliyatlara tamamlanmasını sağlayabilir.

Robotun geleceğini planlamada Isaac Asimov'un 1942'de yazdığı 'Runaround' isimli kısa hikâyesinde geçen ve sonrasında birçok robot hikâyesinin ve romanının temelini oluşturan üç robot yasası daha ön planda değerlendirilebilecektir:

I) Birinci Yasa: Bir robot, bir insana zarar veremez veya eylemsiz kalarak bir insanın zarar görmesine neden olamaz.

II) İkinci Yasa: Bir robot, Birinci Yasa ile çelişmediği sürece insanlar tarafından verilen emirlere uymak zorundadır.

III) Üçüncü Yasa: Bir robot, Birinci veya İkinci Yasa ile çelişmediği sürece kendi varlığını korumak zorundadır.

Kaynaklar

- 1) Hockstein, N. G., Gourtin, C. G., Faust, R. A. (2007). History of robots: from science fiction to surgical robotics. *J Robot Surg.* 1:113-118.
- 2) Sun, X., Okamoto, J., Masamune, K., et al (2021). Robotic technology in operating rooms: a review. *Cur Robotics Rep;* 2:33-341.
- 3) Cowan, B., Walton, M., Alseidi, A., et al (2024). Robotic technology in surgery: a classification system of soft tissue surgical robotic devices. *Surg Endosc;* 38:3645-3653.
- 4) Ghezzi, T.L., Corleta, O. C. (2016). 30 years of robotic surgery. *World J Surg.* 40:2550-7.
- 5) Lane, T. (2018). A short history of robotic surgery: A concise review of the use of robotic technology to enhance surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England,* 100 (6_sup), 5-7.
- 6) Prabhu, A. S., Carbonell, A., Hope, W., et al (2020): Robotic inguinal vs transabdominal laparoscopic inguinal hernia repair the RIVAL randomized clinical trial. *JAMA Surg;*155:380-387.
- 7) Jensen, K. K., Helgstrand, F., Henriksen, N.A. (2024): Short-term outcomes after laparoscopic IPOM versus robot-assisted retromuscular repair of small to medium ventral hernias: A nationwide data-base study. *Ann Surg;* 279:154-159.
- 8) Dohm, N., Burgdorf, S. K., Heer, P., Klein, M. F., Jensen, K. K. (2024). The current application and evidence for robotic approach in abdominal surgery: a narrative literature review. *Scand J Surg;* 113(1):21-27.
- 9) Delgado, L. M., Pompeu, B. F., Pasqualotto, E., et al (2024). Robotic-assisted cholecystectomy versus conventional laparoscopic cholecystectomy for benign gallbladder disease: a systemic review and meta-analysis. *J Robot Sugry;*18(1):242.
- 10) Rudiman, R., Hanafi, R.V., Almawijaya, A. (2023). Single-site robotic cholecystectomy versus single-incision laparoscopic cholecystectomy: a systemic review and meta-analysis. *Ann Gastroenterol Surg;*7(5):709-718.
- 11) Watanabe, M., Kuriyama, K., Terayama, M., Okamura, A., Kanamori, J., Imamura, Y. (2023). Robotic-assisted esophagectomy: current situation and future perspectives. *Ann Thorac Cardiovasc Surg,* 29(4):168-176.
- 12) Li, Z., Zhou, W., Yang, W., et al (2024). Efficacy and safety of robotic vs laparoscopic gastrectomy for patients with gastric cancer: systematic review and meta-analysis. *Int J Surg;* 110(12):045-8056.
- 13) Jayne, D., Pigazzi, A., Marshall, H., et al (2017): Effect of robotic-assisted vs conventional laparoscopic surgery on risk of conversion to open laparotomy among patients undergoing resection for rectal cancer. *JAMA;* 318:1569.
- 14) Feng, Q., Tang, W., Zhang, Z., et al (2022): Robotic versus laparoscopic abdominoperineal resections for low rectal cancer: A single-center randomized controlled trial. *J Surg Oncol;* 126(8):1481-1493.
- 15) Tsuda, S., Hutter, M., Oleynikov, D., et al (2015). Consensus statement: SAGES TAVAC safety and effectiveness analysis: da Vinci Surgical System (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA). *Surg Endosc,* 29:2873-2884.
- 16) Vining, C.C., Skowron, K.B., Hogg, M. E. (2021). Robotic gastrointestinal surgery: learning curve, education programs and outcomes. *Updates Surg;* 73(3):799-814.
- 17) Usluoğulları, F. H., Tiplamaz, S., Yayıcı, N. (2017). Robotic surgery and malpractice. *Turk J Urol;* 43(4):425-428.
- 18) Knudsen, J. E., Ghaffar, U., Ma, R., Hung, A. J. (2024). Clinical applications of artificial intelligence in robotic surgery, *J Robotic Surg;* 18:102-111.

Türkiye sağlıkta Metaverse'ün neresinde?

Dr. Tuba Düzcü



Lisans öğrenimini İstanbul Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü'nde, yüksek lisans eğitimini Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü'nde, doktora eğitimini ise İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü'nde tamamladı. İlaç sektöründe ürün müdürlüğü, medikal sektörde pazarlama yöneticiliği yaptı. 2016'dan itibaren ise İstanbul Medipol Üniversitesi akademik kadrosunda yer aldı ve şu anda İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyesidir. Sağlık Hizmet ve Ürünleri Pazarlaması, Sağlıkta Pazarlama ve Yeni Medya, Sağlıkta Marka Yönetimi, Sağlıkta Metaverse Teknolojileri, Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Örgütsel Davranış alanlarında ulusal ve uluslararası indekslerde taranan makaleleri bulunmaktadır.

Türkiye'de "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile başlayan dönüşüm, şimdilerde dijital dönüşümle devam etmektedir. Sekiz tema etrafında dönüşmeyi hedefleyen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda sekizinci temayı "Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi" oluşturmaktadır (1). Sağlık Bakanlığı (SB) sağlıkta karar verme, politika üretme aşamasında önemli bir yere sahip olan; verilerin toplanması, depolanması, analiz aşamalarında ulusal ve uluslararası bir standart olmamasından yola çıkarak bu program kapsamında "Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi" başlığı ile çalışmalar başlatmıştır. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Minimum Veri Setleri, Sağlık Kodlama Referans Sunucusu, sağlık verilerinin toplandığı Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veritabanı ve Karar Destek Sistemi bileşenleri bu çalışmaların kapsamını oluşturan bazı örnekler arasındadır (2). 2 Kasım 2011 tarihinde kurulan Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü ile sağlık alanında kullanılan bilişim sistemleri ve iletişim teknolojileriyle ilgili ülke çapında politika, strateji ve standartların belirlenmesi amacıyla yapılan tüm çalışmalar düzenlenmektedir. 2017 yılı itibarıyla her yıl "Sağlık İstatistikleri Yıllığı" yayımlanarak hem SB için birçok alanda çalışmaların yürütülmesi ve politika oluşturulmasına katkı sağlanmakta hem de bu alanda çalışan tüm araştırmacılara kaynak oluşturulmaktadır (3). 2013'te uluslararası bir kuruluş olan Sağlık Bilgi ve

Yönetim Sistemleri Topluluğu (HIMSS) ile imzalanan anlaşma sonrasında hastanelerimizde dijital dönüşüm başlamıştır. Ülkemizde kullanılan EMRAM (Electronic Medical Record Adaption Model) modeli ile en yüksek seviye olan seviye 7 hastanelerimizin sayısı 8'e, seviye 6 olan hastanelerimizin sayısı ise 46'ya ulaşmıştır. Birçok hastane kendi arasında âdeta bir yarış içerisinde, seviye 6 ya da 7 olmak için çalışmalarını sürdürmektedir (4). SB'nin dijital dönüşümle ilgili çalışmalarına kronolojik bir şekilde örnek olarak; e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi, Tele-Tıp Sistemi, Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM), Halk Sağlığı Yönetim Sistemi, Mekansal İş Zekâsı, Acil Sağlık Otomasyon Sistemi, Beyaz Kod Mobil, e-Reçete, Merkezi Laboratuvar İşletim Sistemi, e-Rapor, Entegre Kurumsal İşlem Platformu, Uzmanlık Eğitim Takip Sistemi, Hastalık Yönetim Platformu, Ödeme Bilgi Sistemi, Sağlık Turizmi Portalı, Hayat Eve Sığar, Neyim Var Uygulaması gibi çalışmalar verilebilmektedir (5). Sağlıkta büyük veri kaynakları sağlık sektörünün yanı sıra çeşitli sektörlerden meydana gelmektedir. Bunlara örnek olarak "devlet, Sağlık Bakanlığı, sağlık sigortacılığı şirketleri, her seviyeden sağlık kuruluşları, sağlık çalışanları, ilaç firmaları, bireysel sağlık hizmeti sunan hekimler, araştırmacılar, TÜBİTAK, hastalar ve yeni nesil oyuncular olarak adlandırabileceğimiz perakendeciler, telekomünikasyon firmaları" vb. tüm kişi ve kurumlar verilebilmektedir (6). Her gün milyonlarca terabayt verinin

üretildiği günümüzde; sağlıkla ilgili verilerin üretilmesi, bu verilerin işlenmesi ve sağlık profesyonelleri, sağlık politikacıları/planlayıcıları ve akademisyenler için optimal karar destek sistemi olarak yardımcı olması çok kıymetlidir. Bu veriler, yapay zekânın kullanacağı ve derin öğrenme ile süreci devam ettireceği bir yapıya dönüşmektedir. Bununla birlikte sağlıkta büyük veri, veri madenciliği, yapay zekâ, nesnelerin interneti, nanoteknoloji, giyilebilir teknolojiler, sanal gerçeklik, artırılmış gerçeklik, mobil sağlık uygulamaları, üç boyutlu yazıcılar, robotik teknolojiler gibi dijital alanlardan da bahsetmek mümkündür. İşte tüm bu kavramlar beraberinde "metaverse" kavramını getirmektedir. Peki, nedir bu metaverse?

Sağlıkta Metaverse

90'lı yıllarda bilim kurgu romanında ilk kez bahsedilen "Metaverse" kavramı; "meta (ötesinde)" ve "universe (evren)" kelimelerinin birleşiminden meydana gelen, kullanıcıların fiziksel dünyadaymış gibi çevrim içi üç boyutlu ortamlarda iletişim kurup etkileşime girebilecekleri; dolayısıyla yeni medya kavramını da içinde barındıran, kısaca "evrenin ötesinde" anlamını taşıyan sanal bir dünyadır. Bu kavram özellikle Facebook'un adının "Meta" olarak değiştirilmesiyle gündemdeki yerini daha da fazla artırmıştır (7). Metaverse; eğitim, sağlık, araştırma-geliştirme, turizm, sanat, iletişim, pazarlama, spor, moda gibi birçok alanda kullanılan bir kavramdır (7, 8).



Metaverse'ün kullanıldığı ve gelecekte daha da sık kullanılacağı öngörülen alanlardan biri de sağıktır. Sağıkta kullanılan metaverse teknolojileri; yapay zekâ, webGIS (web tabanlı coğrafi bilgi sistemi), sanal gerçeklik/rehabilitasyon, genişletilmiş gerçeklik, artırılmış gerçeklik, makine öğrenimi, giyilebilir sensör, sensör/teknoloji, derin öğrenme, bulut bilişim, büyük veri, üç boyutlu (3D) videolar/görüntü işleme ve baskı, blockchain, NLP (doğal dil işleme), multipath TCP (iletim kontrol protokolü), dijital ikiz, veri madenciliği, nöroteknoloji, teletıp, Google trends, derin sinir ağıları, nitelikli fikri tapu (non fungible token-NFT), nesnelerin interneti, karıştırılmış gerçeklik, chatbots (sohbet robotları), ChatGPT'dir. Sağıkta metaverse hem teoride hem de pratikte; halk sağığı/acil durum, nöroloji/nöroteknoloji/nöroanatomi/sinir bilimi/nörorehabilitasyon, psikoloji/akıl sağığı/psikiyatri, cerrahi, hemşirelik, eğitim/dijital öğrenme, fizyoterapi/fiziksel terapi ve rehabilitasyon, dijital tıp, sağık hizmetlerinde dijital dönüşüm, bilişsel terapi, kardiyoloji, patoloji, sağık bilişimi, oftalmoloji, radyoloji, nükleer tıp ve görüntüleme, biyoetik, veri güvenliği ve gizliliği, üroloji, sağıklı yaşlanma/well-being/geriontoloji, tıbbi laboratuvar teknolojileri, anatomi, eczacılık, onkoloji,

ortopedi, pediatri, diş hekimliği gibi birçok alanda kullanılmaktadır (9, 10, 11, 12, 13).

Özellikle COVID-19 pandemi süreciyle birlikte dijitalleşme adımları daha da hızlanmış, sanal dünya ve iletişim hayatımıza daha da çok girmiştir. Pandemiyle birlikte sağık kurumlarının sunduğu tele-sağık hizmetleri oranı 2020'de yüzde 43'ten yüzde 95'e yükselmiş ve başta İspanya, Slovenya, Polonya gibi OECD ülkelerinin olduğu ülkelere 2020-2021 yılları arasındaki artış oranı ortalama yüzde 12,3 olarak belirlenmiştir (14). Pandemi sürecinde ülkemizdeki örnekleri inceleyecek olursak; Ege Üniversitesi Hastanesi "Teletıp Poliklinik Sistemi"ni başlatmış, özel hastaneler acil olmayan durumlar için randevulu bir sistem geliştirerek mobil uygulamalar aracılığıyla uzaktan görüntülü muayene seçeneği sunmuştur. İlaç şirketleri hekimlere sağıkla ilgili bilgi akışını kesmemek adına hekimlerle uzaktan iletişim kurmuş yani "remote detailing" yapmışlardır. Hâlen bazı ilaç şirketlerinde bu uygulama, özellikle tıbbi mümessillerin olmadığı ya da ziyaret kısıtlamalarının fazla olduğu bazı alanlarda devamlılığını sürdürmektedir. Bu süreçte eskiye nazaran daha çok

20 ülkede kullanılan ve insan düşüncesiyle harekete geçen ve sinir sisteminizi harekete geçiren sayborg ülkemizde iki sağık kurumunda kullanılmaktadır. Bu proje için akademi, istihdam ve ticarete Türkiye'nin merkez üssü olması amaçlanmakta ve ülkemizde sağık merkezi, sağık köyü oluşturulmasıyla ilgili çalışmalar sürdürülmektedir.

deneyimlenen uzaktan/sanal muayene yani teletıp uygulamalarının, pandemi sonrasında aynı popülerliği çok fazla devam ettiremeye de; önümüzdeki yıllarda özellikle sağık turizminin de etkisiyle daha da sık kullanılacağı tahmin edilmektedir (10).

Çünkü bazı özel hastaneler, sağlık turizmi hastalarının ülkemize gelmesini teşvik etmek amacıyla; hekimle ücretsiz online görüşme ve hekime soru sorma, kurumdan online randevu alma gibi bazı uygulamalar yapmaktadır. Hatta bazı sağlık turistleri ülkemizdeki sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti aldıktan sonra ülkelerine döndüklerinde de bu sayede süreci online olarak sürdürebilmektedir. Özellikle sağlık teknolojilerinde ileri düzeyde olan Almanya, ABD, Norveç gibi ülkeler teletıp, tele-cerrahi uygulamalarını yaygınlaştırmada ve bu teknolojileri sağlık turizminde kullanma konusunda öncü konumdadır (15). Burada konuya geniş bant teknolojileri olan 5G-6G ve bazı teknolojik uygulamalar da dâhil olmaktadır (16). O nedenle metaverse teknolojileri ile sağlık hizmeti sunumunda bu sürece sağlık dışındaki telekomünikasyon, teknoloji ve sağlık sektöründen mobil sağlık, evde bakım, ilaç, medikal, sağlık sigorta şirketleri gibi oyuncular da girmektedir (6). Sağlık planlayıcıları, sağlık politikacıları ve sağlık yöneticilerinin de süreçte olmasıyla birlikte bu alan önümüzdeki günlerde daha da multidisipliner bir alan hâline dönüşecektir. Oyuncuların sayısı arttıkça ülkemizdeki bu alandaki yatırımlar artacak ve Türkiye 'sağlıkta metaverse'de önemli bir konumda olacaktır.

Sağlıkta Metaverse Uygulamalarına Türkiye'den Örnekler

Sağlıkta metaverse konusunda ülkemizde ve dünyada can alıcı güncel örnekler azımsanmayacak miktardadır. Dünyada XR Health, DeHealth, CVS Health gibi Metaverse'de sağlık hizmeti sunmaya başlayan ya da başvuru sürecinde olan şirketlerin olduğunu söylemek mümkündür. Ülkemizde henüz bu anlamda tamamen metaverse sağlık hizmet sunumu yapma iddiasında olan bir girişim bulunmamaktadır (17). Ancak konuya dair çabalar azımsanmayacak düzeydedir. Ülkemizde devletin teşvikleri ve motivasyonlarına yönelik olarak TEKNOFEST bu konuda önemli bir örnektir. TEKNOFEST, ülkemizde yerli teknolojilerin artırılmasına yönelik farkındalık oluşturmayı amaçlayan, gençleri bu konuda motive eden ve heyecanlandıran bir festivaldir (18). 2013 yılında TÜBİTAK desteğiyle geliştirilen Türkiye'nin ilk insansı robotu SURALP, dünyada da kabul görmüştür; insansı robot çalışmaları için önemli bir konumdadır ve bu çalışmalar



arasında önde gelenlerden biridir (19). Ülkemizde ilk insansı robot fabrikası 2017 yılında kurulmuştur. Diğer sektörlerde de hizmet vermesi planlanan robotlar sağlık sektörüne de katkı sağlayabilecektir. Bu robotlar, sağlık sektöründe hastanelerde hastaya arkadaşlık edecek yardımcı eleman olması yönünde tasarlanmıştır. Hastaya su ve yemek getirme, onunla iletişim kurma, ilaç saatini hatırlatma, hastanın sesi ile bilgisayar kullanabilmesini sağlama gibi işlevlere sahiptir (20). Japonya-Türk iş birliğiyle oluşturulan ve dünyada ilk defa Türkiye'de çocuklar için dört giyilebilir robot, yetişkinler için 36 giyilebilir robot faaliyet göstermektedir. Bu yapılara aslında robot değil sayborg (cyborg) yani "insan ve robot karışımı siberetik organizma" demek daha doğru olacaktır. 20 ülkede kullanılan ve insan düşüncesiyle harekete geçen ve sinir sisteminizi harekete geçiren sayborg ülkemizde iki sağlık kurumunda kullanılmaktadır. Bu proje için akademi, istihdam ve ticarete Türkiye'nin merkez üssü olması amaçlanmakta ve ülkemizde sağlık merkezi, sağlık köyü oluşturulmasıyla ilgili çalışmalar sürdürülmektedir (21).

Ülkemizden diğer bir örnek ise eğitimdeki metaverse teknolojilerinden biri olan "Medikal Hologram Teknolojisi" dir. 2017'de İstanbul Üniversitesi'nde Türkiye'nin ilk artırılmış ve karma gerçeklik laboratuvarı "Medikal Hologram Laboratuvarı Projesi" uygulamalarını uzaktan eğitim sistemine entegre etmiş ve 2018 yılında dünyada ilk sanal ortamda hologram hastalarla tıp öğrencileri eğitime başlamıştır. Özel olarak tasarlanan program sayesinde gerçek hastalardan önce öğrenciler, holografik hastaları muayene ve tedavi ederek tecrübe kazanmaktadır. Uygulama sayesinde tıp fakültelerinde her zaman bir sorun hâline gelen kadavra sorunu çözülmüştür. Bu sayede anatomi dersleri kadvraya ihtiyaç olmadan holografik modellerle yapılmaktadır. Bu proje sayesinde gelecekte kadvralara ihtiyaç duyulmadan eğitim, sanal ortamda uygulanabilecektir (22). Ayrıca ülkemizde sağlık bilimleri ve tıp fakültelerinde VR laboratuvarlar, simülasyon ve sanal gerçeklik laboratuvarları, sanal gerçeklik gözlükleriyle üç boyutlu simülasyon eczane uygulamaları, teknoterapide oyunlaştırma laboratuvarları gibi örnekleri

birçok üniversitede bulunmaktadır. Bu üniversitelere örnek olarak TOBB ETÜ, Koç, İstinye, Acıbadem, Medipol, Bahçeşehir, İstinye, Hacettepe Üniversitesi gibi üniversitelerimiz verilebilmektedir (23). Ülkemizden diğer bir örnek ise giyilebilir teknolojiler ve yine teletıp uygulamalarıyla ilgili.. Bazı özel hastanelerde mobil uygulama üzerinden hasta takibi yapılabilmekte (24), bazılarında ise sanal gerçeklik uygulaması ile hastaların psikolojik terapi sürecinde anksiyete bozuklukları ve fobileri olan hastaların korkularıyla yüzleşme ve yönetme fırsatı olabilmektedir (25, 26). Ülkemizden bazı spesifik örnekler verecek olursak metaverse teknolojileri “Çocuk hastalarda kan alma, yanık pansumanı ve atel işlemlerinde sanal gerçeklik gözlüğü kullanımı, mamografi esnasında hastalara sanal gerçeklik gözlüğüyle video izletme, laparoskopik abdominal cerrahi sonrası sanal gerçeklik uygulamasıyla dinlenen müziğin ağrıyı azaltmada kullanımı, inmeli hastalarda Sony Playstation EyeToy cihazı kullanımıyla motor beceri gelişiminin yükselmesi, meme biyopsisinde sanal gerçeklik uygulamasıyla ağrıyı azaltma, yoğun bakım hemşirelerinde sanal gerçeklik gözlüğüyle duygusal tükenmişlik düzeyini azaltma, Parkinson hastalığının tedavisinde sanal gerçeklik ve egzersiz tedavisinde kullanımı, ebeveynlere yönelik sanal gerçeklik teknolojisiyle hazırlanmış eğitim programıyla epileptik nöbetin yönetimi ve özgül fobi tanısı almış kişilere sanal gerçeklik temelli maruz bırakma, VR gözlük kullanımı ve giyilebilir teknolojilerle teknoterapide oyunlaştırma ile ergoterapi ve fizyoterapi uygulamaları” gibi alanlarda kullanılmaktadır (27). Ayrıca EXPO Sağlık Fuarları, HIMSS Türkiye, TÜBİTAK’ın Yapay Zekâ Teknolojileri temasıyla düzenlediği “Verimlilik ve Teknoloji Fuarı” gibi etkinliklerde, metaverse teknolojileriyle cihazlar tanıtılmakta, dijital hastane modelleri ve veri görselleştirmeye ilgili paylaşımlar yapılarak konuya dikkat çekilmektedir. Bu etkinlikler, özellikle maliyet etkililik, hatayı ve iş yoğunluğunu azaltma ve sağlık hizmet kalitesini artırma adına alandaki uzmanlar ve yöneticiler tarafından ilgi görmektedir.

Son Söz

Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS) hastası gibi hareket edemeyen hastaların beynine takılan çiple sadece düşünceyle Amazon’un sesli asistanı Alexa’yı kontrol edebildiği bir çağda; bizim de ülke olarak payımıza düşeni elimizdeki imkânlarla yapmaya çalıştığımız söylenebilmektedir (28).

Kaldı ki bundan 65 yıl önce ülkemizin önde gelen akademisyenlerinden Ord. Prof. Dr. Cahit Ark’ın “Makine Düşünebilir mi? Nasıl Düşünebilir?” başlığıyla yapay zekâ üzerine konferans verdiği “Üniversite Çalışmalarını Muhite Yayma ve Halk Eğitimi Yayınları”nda görüldüğü bir ülkede yaşamaktayız. Bu konuda yapılan çalışmalarda da belirtildiği gibi tabii ki altyapı yetersizliği, yetersiz erişim ve finansal kaynaklar konusunda sıkıntılar bulunmaktadır; ancak diğer yandan da yeniliklere kolay adapte olabilen ve yeniliğe, gelişime açık bir ülke olarak bu konudaki çalışmaların günden güne artacağını söylemek mümkündür (14). Sağlıkta metaverse uygulamalarının ülkemizde önümüzdeki yıllarda daha da yaygınlaşacağı; hekimin yerini almadan, hasta odaklı yaklaşımla sağlık hizmet kalitesinin artacağı ve hasta güvenliğinin sağlanması adına hekimin optimal karar vermesinde karar destek sistemi olarak görev alacağı bir mekanizmanın olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- 1) <https://erisilebilir.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html> (Erişim Tarihi: 14.04.2025).
- 2) Koyuncugil, A., & Özgülbaş, N. (2009). Veri madenciliği: Tıp ve sağlık hizmetlerinde kullanımı ve uygulamaları. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 2(2).
- 3) <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-1275/genel-mudur-lugumuzun-gorevleri.html> (Erişim Tarihi: 14.04.2025).
- 4) https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/?_Dil=1 (Erişim Tarihi: 15.04.2025).
- 5) Birinci, Ş. (2019). Sağlık Bakanlığı Çalışmaları, HIMMS Eurasia Sağlık Bilişimi ve Teknolojileri Konferansı, İstanbul.
- 6) Silahtaroglu, G. (2018). Veri madenciliği, büyük veri ve sağlıkta kullanımı, *SD Dergisi*, İlkbahar, s.50-51.
- 7) Güler, O., & Savaş, S. (2022). All aspects of metaverse studies, technologies and future. *Gazi Journal of Engineering Sciences*, 8(2), 292-319.
- 8) Habiboglu, O., & Karabiyik, A. Ç. (2023). Türkiye’deki metaverse makalelerinin içerik analizi. *Yeni Medya*, (14), 1-16.
- 9) Düzcü, T. (2024). Metaverse in health from the perspective of health management: a systematic research, *Tashkent International Congress On Modern Sciences-III*, Tashkent, 690-692, Uzbekistan.
- 10) Başol, Ş., Dömbekci, H. A., & Öztürk, Y. E. (2023). Metaverse evreninde sağlık hizmetleri. *İstanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (19), 275-289.
- 11) Yang, A.H.X., Kasabov, N.K. & Cakmak, Y.O. (2023). Prediction and detection of virtual reality induced cybersickness: a spiking neural network approach using spatiotemporal EEG brain data and heart rate variability, *Brain Inf.* 10, 15.
- 12) Solaiman B. (2023). Telehealth in the metaverse: legal& ethical challenges for cross-border care in virtual worlds. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 51(2):287-300.

13) Lewis, K. O., Popov, V., & Fatima, S. S. (2024). From static web to metaverse: Reinventing medical education in the postpandemic era. *Annals of Medicine*, 56(1), Article 2305694.

14) Filiz, M., & Güngör, S. (2023). Sağlık hizmetlerinde metaverse uygulamalarına yönelik nitel bir araştırma. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(29), 365-386.

15) Sevim, F., Gül, B., & Akbulut, Y. (2024). Dijital sağlık uygulamalarının sağlık turizmi kapsamında medikal turizm açısından değerlendirilmesi: sistematik bir derleme. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (22), 334-353.

16) Tarsuslu, S. (2024). Sağlıkta 5G ve hibrit ameliyathaneler. *Sağlık Yönetiminde Teknolojik Yaklaşımlar-I*, 129.

17) Yılmaz, F., Mete, A.H., Fidan Türkön, B., & İnce, Ö. (2022). Sağlık hizmetlerinin geleceğinde metaverse ekosistemi ve teknolojileri: uygulamalar, fırsatlar ve zorluklar. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 6(1), 12-34.

18) <https://www.teknofest.org/tr/corporate/about/> (Erişim Tarihi: 18.04.2025).

19) <https://tubitak.gov.tr/tr/haber/turkiyenin-ilk-insansi-robotuna-tubitak-destegi> (Erişim Tarihi: 18.04.2025).

20) <https://www.bilisimdergisi.org.tr/sektor-toplantive-haberleri/turkiyenin-ilk-insansi-robot-fabrikasi-uretimine-basladi.html> (Erişim Tarihi: 18.04.2025).

21) <https://businessworldglobal.com/turkiye-giyilebilir-robot-teknolojisi-merkez-ussu-olacak/> (Erişim Tarihi: 18.04.2025).

22) <https://www.istanbul.edu.tr/tr/haber/dunyadakadavra-uygulamasini-bitirecek-sanal-teknoloji-istanbul-tip-fakultesinde> 7700790077004A006E0042006400660046003600480039007900700046006200610041004F003200370077003200 (Erişim Tarihi: 29.04.2025).

23) Buztepe, S., & Çapık, C. (2024). Sanal gerçeklik ve sağlık alanında kullanımının önemi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 115-124.

24) <https://www.memorial.com.tr/dijital-saglik-asis-tani> (Erişim Tarihi: 01.05.2025).

25) <https://www.turkiyehastanesi.com.tr/haberler/ozel-turkiye-gazetesi-hastanesi-sanal-gerceklik-vr-terapisi-turkiye-hastanesi-nde-yenilikci-bir-yaklasim-1666> (Erişim Tarihi: 01.05.2025).

26) <https://hpistanbul.com/arttirilmis-sanal-gerceklik> (Erişim Tarihi: 01.05.2025).

27) Hoşgör, H. (2022). Sağlık hizmetleri alanında sanal gerçekliğin kullanımı: Türkiye ve dünyadan örnekler. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 647-660.

28) <https://www.trthaber.com/haber/dunya/als-hastasibeyin-cipi-sayesinde-alexayi-yalnizca-dusunerek-kontrol-etti-904694.html> (Erişim Tarihi: 28.04.2025).

Modern bir tehdit daha; elektronik sigara

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi (SÜ) Tıp Fakültesinden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Mayıs 2011'de AKÜ Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosu alan Dr. Altındış, Haziran 2013 tarihinden itibaren Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD atanmış olup, 2016-2018 yıllarında Sakarya Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Kurucu Dekanlığı görevini de üstlenmiştir. Tıbbi Mikrobiyoloji öğretim üyeliği yanı sıra Tıbbi Viroloji doçenti olan Dr. Altındış, şu anda Tıbbi Viroloji Bilim Dalı Başkanlığı görevini sürdürmekte ve TUSEB, TÜBİTAK, COST, AB projeleri yürütmektedir.

Sigara bağımlılığı, yüz-yıllardır insan sağlığını tehdit eden en ölümcül alışkanlıklardan biri olmaya devam ediyor. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre her yıl yaklaşık 8 milyon insan, sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle hayatını kaybediyor. Bu endişe verici tablo, sigarayı bırakmak isteyenleri yeni yöntemler aramaya itiyor. İşte bu noktada, "daha zararsız" olduğu iddiasıyla -ki bu asılsızdır- piyasaya sürülen elektronik sigaralar (e-sigaralar) devreye giriyor. Ancak bu modern alternatif gerçekten bir çözüm mü, yoksa yeni bir bağımlılık kapısı mı?

Elektronik Sigara Nedir?

Elektronik sigara ilk kez 1963 yılında Herbert A. Gilbert tarafından tasarlandı ve "tütünsüz sigara" olarak tanıtıldı. Günümüzde ise bu cihazlar elektronik nikotin iletim sistemi (ENDS) ya da kişisel buharlaştırıcılar olarak sınıflandırılıyor. Görünüşte kalem, USB bellek ya da klasik sigara formunda olabilen bu cihazlar; bir batarya, ısıtıcı ve likit haznesinden oluşur. Haznede bulunan nikotin, aroma ve kimyasallar ısıtılarak buhar hâline getirilir ve kullanıcı bu buharı solur (1). Ancak bu buhar, çeşitli kimyasallar, ağır metaller, formaldehit, asetaldehit ve diğer kanserojen maddeleri içerebilir. Özellikle yüksek voltajlı cihazlarda bu risk artar (2).

Elektronik sigara aerosolü, geleneksel sigaraya göre daha az toksik madde içerir diye pazarlansa da bu "zararsız" olduğu anlamına gelmez. E-sigaralar da bol miktarda nikotin içerir ve bağımlılığı sürdürür (3).

Gerçekten Sigarayı Bıraktırıyorsa ya Yoksa Yeni Bir Tuzağa mı Dönüştü?

Elektronik sigaranın iki temel sorunla çatıştığı bilinmektedir: **1) Nikotin bağımlılığı:** E-sigara kullananlar nikotin almaya devam ettiği için, bağımlılıktan kurtulmak mümkün olmamaktadır. **2) Davranışsal bağımlılık:** Kullanıcılar sigara içme ritüellerini (nefes çekmek, duman solumak, el alışkanlığı gibi) sürdürdüğü için davranışsal bağımlılık da devam eder.

Bu da e-sigaranın aslında bir "bırakma yöntemi" değil, sadece şekil değiştirmiş bir bağımlılık aracı olduğunu ortaya koyuyor. Örneğin bir araştırmada, e-sigara kullanmaya başlayan kişilerin yüzde 92'sinin bir yıl sonra hâlâ günlük olarak e-sigara kullandığı, sadece yüzde 6'sının tekrar sigaraya döndüğü gözlemlenmiştir. Ancak bu veriler, cihazın tamamen bırakmaya yardımcı olduğunu kanıtlamaktan uzaktır. Bu nedenle hiçbir sağlık kurumu, e-sigarayı, sigarayı bırakma yöntemi olarak resmî biçimde onaylamamıştır (4).

Gençler Tehlikede: E-Sigara Kullanımı Yayılıyor

2004 yılında Çin'de piyasaya sürülen e-sigaralar kısa sürede tüm dünyaya yayıldı. Özellikle son yıllarda gençler arasında popüleritesi endişe verici boyutlara ulaştı. ABD, Almanya, İngiltere ve İtalya gibi ülkelerde e-sigara satışı serbestken, Finlandiya, 2012'den itibaren bu cihazları tütün ürünleri kapsamına aldı. Türkiye'de ise e-sigara 2007-2008 yıllarında medyada geniş bir yer buldu ve toplumda dikkat çekici bir kullanım yaygınlığı gözlenmeye başladı (4). Ancak Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumların çabalarıyla 2013 yılında e-sigara, 4207 sayılı kanun kapsamına alındı. Bu kapsamda; reklamı, kapalı alanlarda içilmesi ve 18 yaş altına satılması yasaklandı.

Buna rağmen, özellikle internet üzerinden yasa dışı satışlar ve gençlere ulaşan sahte pazarlama yöntemleri, e-sigara tehdidinin hâlâ sürdüğünü gösteriyor (3). Aşağıdaki Tablo 1'de Türkiye'de farklı çalışmalarda e-sigara kullanım oranları gözlenmektedir ancak "gerçek ve daha güncel rakamlar bunların da üstündedir." diye düşünülmelidir:

Daha Az Zararlı mı? Evet... Güvenli mi? Hayır...

Elektronik sigaralar, klasik sigaraya göre daha az zararlı olabilir ki bunu çürüten



çalışmalarda hızla birikmektedir. Ancak daha az zararlı olduğu algısı, tamamen masum ve güvenli oldukları anlamına gelmez. İçerdiği kimyasallar, bağımlılık potansiyeli ve özellikle gençler üzerindeki çekici etkisi nedeniyle, e-sigara da tıpkı klasik sigaralar gibi ciddi bir halk sağlığı sorunu hâline gelmiştir. E-sigara, klasik sigaralarda bulunan katran gibi bazı toksinleri daha az miktarda içerebilir. Ancak bu durum, onların güvenli ya da önerilebilir ürünler olduğu anlamına gelmez. E-sigara aerosolü çok daha fazla sayıda toksik ve bağımlılık yapıcı madde içermektedir (5). Nitekim Yayan ve ark. sistematik derleme çalışmalarında, e-sigara geleneksel sigaralara kıyasla daha az toksik madde içerdiğini gösteren bazı araştırmaları toplamış olmakla beraber, e-sigaranın

solunum irritasyonu ve potansiyel uzun vadeli riskleri nedeniyle hiç de masum olmadığı; hatta daha uzun dönem riskler barındırdığı ve özenle, temkinli yaklaşılması gerektiği de hazırladıkları çalışmada vurgulanmıştır. (6). Aşağıdaki tabloda e-sigara içindeki muhtemel maddeler ve zararlı toplanmıştır (7):

Tabloya Dair Notlar:

- Zararlar, genellikle bu maddelerin solunum yoluyla tekrarlı ve yoğun maruziyetine bağlıdır.
- Özellikle gençlerde, nikotin gelişmekte olan beyin üzerinde kalıcı etkiler bırakabilir.
- Isıtma sıcaklığı, cihazın kalitesi ve aroma tipine göre toksik bileşiklerin oranı değişebilmektedir.

- Tek kullanımlık e-sigarlarda, metal kontaminasyonu (örneğin: kurşun, nikel) daha yüksek bulunmuştur. Bu durum klasik sigaraya göre bazı yönlerden daha fazla metal maruziyeti yaratabilir (8).

Nikotin İçeriği ve Bağımlılık

E-sigara'nın çoğu yüksek oranda nikotin içerir. Nikotin ise çok güçlü bağımlılık yapıcıdır. Genç yaşta kullanıldığında beyin gelişimini olumsuz etkiler. Kalp atım hızını artırır, kan basıncını yükseltir. "Nikotin tuzu" kullanılan e-likitlerde nikotin emilimi daha hızlıdır, bu da bağımlılık potansiyelini klasik sigaraya yaklaştırır. Bir araştırma, e-sigara kullanan gençlerde klasik sigaraya başlama olasılığının üç kat daha fazla olduğunu göstermiştir (9).

Zararlı Kimyasallar: Aldehitler, Metaller ve Partiküller

Isıtma sırasında ortaya çıkan aerosolde tespit edilen maddeler olan formaldehit, asetaldehit ve akrolein solunum yolları için toksiktir. Ağır metaller olan nikel, kurşun ve kadmiyum cihazdan sıvıya geçer. Ultrafine partiküller akciğer dokusuna kadar ulaşarak inflamasyona yol açar. Bu kimyasalların birçoğu kanserojen veya kardiyopulmoner sistem için zararlıdır. Elektronik sigara'nın ısınma mekanizmaları sırasında ortaya çıkan toksik maddelerin düzeyi, kullanılan cihazın kalitesine ve ısı derecesine bağlı olarak

Tablo 1. Türkiye'de farklı çalışmalarda gençler/öğrenciler arasında e-sigara kullanım oranları

Yayın/Kaynak	Grup ve Yer	Kullanım Oranı	En Yaygın Nedenler
Salepçi (2025)	13-15 yaş gençler	~%20	–
Mutlu et al. (2023, Addicta)	Eskişehir Üniversitesi	%2,1	Sigarayı bırakma ve daha az zararlı düşüncesi
Atlam et al. (2020, İzmir)	Toplum temsili	%19 (hayat boyu deneme)	Daha az zararlı algısı
Akbayram et al. (2022, Gaziantep tıp öğrencileri)	Üniversite	%8,7 (aktif), deneme oranları %13-45	Eğlence/merak, sosyal çevre



önemli ölçüde artmaktadır. Özellikle düşük kaliteli veya regülasyona tabi olmayan cihazlar, kullanıcıyı daha fazla formaldehit, asetaldehit ve ağır metale maruz bırakabilir. Ayrıca yüksek sıcaklıkta çalışan coil sistemleri, bu zararlı bileşiklerin üretimini artırır (10).

Aromalı Ürünler: Cazip ama Zararlı

E-sigara likitlerinde yer alan aromalı ürünler cazip görünse de sağlık açısından çeşitli riskler barındırır. Tatlandırıcılar (çilek, mango, vanilya vb.)

özellikle gençleri hedef alarak kullanım oranlarını artırmaktadır. Diacetyl adlı aroma maddesi, “popcorn lung” olarak bilinen bronchiolitis obliterans hastalığıyla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, aromalar solunduğunda toksik hâle gelebilir; bu nedenle ağızdan alımı güvenli olan bir katkı maddesi, solunum yoluyla vücuda alındığında tehlikeli sonuçlar doğurabilir.

Tablo 2. Elektronik sigaraların içerdiği kimyasallar ve olası zararları

Kimyasal Madde/ Bileşen	Kaynağı/Nerede Bulunur?	Olası Zararları/Toksik Etkiler
Nikotin	Likit (e-likit) içinde, çoğu zaman yüksek konsantrasyonda	Yüksek bağımlılık yapıcı, kardiyovasküler stres, gelişimsel toksite (adolesan beyin gelişimi)
Formaldehit	Propilen glikol/gliserol yüksek sıcaklıkta parçalandığında	Akciğer irritasyonu, kanserojen (Grup 1 - IARC)
Asetaldehit	Isı ile bozulan aromalar ve taşıyıcı sıvılardan	Solunum yolu toksisitesi, potansiyel kanserojen
Akrolein	Gliserolün (VG) parçalanması sonucu ortaya çıkar.	Akciğer hücrelerine toksik, iltihap ve DNA hasarı
Diacetyl	Tereyağı aromalarında sık görülür.	Bronşiolit obliterans (“Popcorn lung”) riski
Kurşun, Kadmiyum, Nikel, Krom	Isıtma bobinlerinden ve cihaz malzemesinden geçiş	Nörotoksik, nefrotoksik, kanserojen etkiler (özellikle kadmiyum ve krom)
Uçucu Organik Bileşikler (VOC)	Aroma vericiler ve çözücüler	Göz, burun, boğaz irritasyonu; bazıları karsinojen
Benzen	Aromatik çözücülerden oluşabilir.	Potent kanserojen, özellikle lösemi riski ile ilişkili
TSNAs (Tütün Spesifik Nitrozaminler)	Nikotin parçalanma ürünleri	En güçlü tütün kaynaklı karsinojenlerden bazılarıdır.
Propilen Glikol (PG)	E-likit taşıyıcı sıvısı	Alerji, göz ve solunum yolu irritasyonu; yüksek dozda akciğer işlevlerini bozabilir.
Bitkisel Gliserin (VG)	E-likit taşıyıcı sıvısı	Yüksek sıcaklıkta bozularak toksik aldehitler üretebilir (ör. akrolein).

Solunum ve Kardiyovasküler Sistem Üzerindeki Etkiler

E-sigara aerosolü, solunum ve kardiyovasküler sistem üzerinde çeşitli olumsuz etkilere yol açabilir. Akciğer fonksiyonlarını bozabilir, astımı tetikleyebilir; ayrıca endotel disfonksiyonu, arteriyel sertleşme ve oksidatif stres oluşturabilir. Kardiyak ritim bozuklukları ve hipertansiyon riskini artırabilir. Sürekli kullanımla birlikte KOAH benzeri tablolar ortaya çıkabilmekte, solunum yollarında inflamasyon, bronşiyal reaktivite artışı ve akciğer dokusunda yapısal bozulmalar görülebilmektedir. Özellikle uzun süreli kullanım; kronik öksürük, nefes darlığı ve astım benzeri semptomlarla ilişkilendirilmektedir (11).

Bağışıklık Sistemi ve Enfeksiyon Riski

E-sigara kullanımı, solunum yollarında epitelyal bariyer hasarına yol açar ve alveoler makrofaj fonksiyonunu bozar. Bu durum, bakteriyel ve viral enfeksiyonlara karşı duyarlılığı artırır. COVID-19 pandemisi sırasında yapılan araştırmalarda,

e-sigara kullanan gençlerin enfekte olma ve semptom geliştirme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

ABD genelinde 13-24 yaş grubundaki gençler arasında yapılan ulusal düzeyde bir çevrim içi anket verisine göre; sadece e-sigara kullananların COVID-19 testi yaptırmaya olasılığı beş kat, hem e-sigara hem sigara kullananların ise COVID-19 pozitif çıkma olasılığı 6,8 kat (daha yüksek bulunmuştur. Bu veriler, e-sigara kullanımının bağışıklık sistemini zayıflatarak gençleri COVID-19 gibi viral enfeksiyonlara karşı daha savunmasız hâle getirdiğini göstermektedir. Çalışma, e-sigara kullanımının bağışıklık sistemini zayıflattığı ve viral enfeksiyonlara duyarlılığı artırdığı yönündeki kanıtları güçlendirmektedir (12).

Çocuklar ve E-Sigara

Çocuklar ve ergenler arasında e-sigara kullanımındaki artış, halk sağlığı açısından giderek büyüyen ciddi bir tehdittir. "Children and E-Cigarettes: A New Threat to Health" başlıklı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ Avrupa) raporuna göre; aromalı ürünler, sosyal medya üzerinden yapılan agresif pazarlama ve e-sigara zararlı olduğu yönündeki yanlış algılar, çocuklarda e-sigara kullanımının yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Erken yaşta nikotin maruziyeti, beyin gelişimini olumsuz etkiler, bağımlılık riskini artırır ve geleneksel sigara kullanımına geçişi kolaylaştırabilir. Ayrıca, e-sigara aerosolünde bulunan formaldehit, ağır metaller ve ultrafine partiküller gibi zararlı maddeler solunum ve kardiyovasküler sistem üzerinde toksik etkilere neden olabilir. Raporda; aroma yasakları, çocukları hedefleyen önleme kampanyaları, okullarda eğitim programları ve sıkı yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (13).

E-Sigarlardan Toplumu Uzak Tutmak için Ne Yapmalıyız?

Stratejik Öneriler (Politika ve Eğitim Bazlı)

1) E-sigara sigarayı bırakma yöntemi olmadığı, aksine yeni bağımlılıklara yol açtığı net bir şekilde kamuoyuna anlatılmalıdır. 2) Aromalı e-sigara yasaklanmalı veya yalnızca reçeteli ürün olarak erişimi düzenlenmelidir. 3) Gençlere yönelik reklamlar ve sosyal medya tanıtımları kesin biçimde yasaklanmalı,

özellikle influencer destekli tanıtımlar engellenmelidir. 4) Okullarda bağımlılık eğitimi kapsamına e-sigara mutlaka dâhil edilmeli, erken yaş farkındalığı artırılmalıdır. 5) 18 yaş altına satışa karşı sıkı denetim yapılmalı, çevrim içi satışlar merkezi doğrulama sistemleriyle engellenmelidir. 6) Sigara bırakma klinikleri, e-sigara kullanıcılarına özel programlar geliştirerek bilimsel çözümler sunmalıdır. Bu programlar, geleneksel sigara kullanıcılarından farklı ihtiyaçları olan e-sigara kullanıcıları için özel olarak tasarlanmalıdır. Örneğin; **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)**: E-sigara kullanıcılarının nikotin bağımlılığına eşlik eden alışkanlıklarını ve tetikleyicilerini tanımlarına yardımcı olacak bireysel veya grup temelli BDT programları sunulabilir. Özellikle "zararsız" algısı nedeniyle gelişen psikolojik bağımlılığın hedef alınması önemlidir.

Farmakolojik destek: Nikotin replasman tedavileri (nikotin sakızı, bantları vs.) veya gerektiğinde vareniklin ve bupropion gibi reçeteli ilaçlarla desteklenmiş programlar uygulanabilir. Bu, özellikle nikotin dozu yüksek e-sigara kullanıcılarında etkili olabilir. **Eğitim ve farkındalık oturumları**: E-sigaranın potansiyel zararlarına dair bilimsel bilgilendirme yapılmalı, özellikle genç kullanıcılar için bu oturumlar dijital materyallerle desteklenmelidir. "Zararsız buhar" algısı ile mücadele edilmelidir. **Mobil destek ve dijital uygulamalar**: Günlük takip, motivasyon artırıcı bildirimler, gevşeme teknikleri ve anlık destek sağlayan dijital uygulamalar ile kullanıcıların sürece bağlı kalmaları kolaylaştırılabilir. **Yaşa özel müdahale programları**: Ergenler, genç yetişkinler ve orta yaş grubuna göre farklı içerikler ile yaklaşımlar benimsenmeli, özellikle genç kullanıcılar için sosyal medya üzerinden erişilebilir çevrim içi destek sağlanmalıdır. **Nüks önleme eğitimleri**: E-sigara bırakmış bireylerin tekrar başlamasını önlemeye yönelik stres yönetimi, dürtü kontrolü ve baş etme stratejileri içeren takip programları uygulanmalıdır. 7) Aile hekimleri, çocuk doktorları ve diş hekimleri gibi toplumla doğrudan temas kuran sağlık profesyonellerine bu konuda eğitim verilmelidir.

Sonuç: Yeni Nesil Bağımlılık Çoktan Kapımızda

Elektronik sigaralar, "daha az zararlı" olma algı ve iddiasıyla yaygınlaşsa da nikotin bağımlılığını beslemeye ve davranışsal alışkanlıkları sürdürmeye devam ediyor. Üstelik genç nesil üze-

rinde oluşturduğu cazibe, bu ürünleri sigaradan daha büyük bir tehdit hâline getirebilir. Elektronik sigaraların uzun vadeli etkileri konusunda yeterli bilimsel veri henüz yok ancak elimizdeki mevcut bilgiler, bu cihazların hiç de masum olmadığını açıkça ortaya koyuyor.

Unutulmamalıdır ki "daha az zararlı" algısı bazen daha büyük uzun soluklu bir başka zararlıyı başlatan tuzak olabilir ve zaten "tamamen zararsız-masum" anlamına hiçbir şekilde gelmez. Elektronik sigaralar da bağımlılık yapar, zarar verir ve özellikle genç beyinler üzerinde ciddi etkiler bırakabilir.

Kaynaklar

- 1) Öztürk ENY, Uyar M, Öztürk M. Elektronik Sigara ve Sağlığa Etkileri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2021;30(2):94-100.
- 2) Zulkifli A, Abidin EZ, Abidin NZ, et al. Electronic cigarettes: a systematic review of available studies on health risk assessment. 2018; 33(1):43-52.
- 3) Göktaş S, Önsüz MF, Işıklı B, Metintaş S. E-Sigara. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2018;3(3):55-62.
- 4) Börekçi Ş, Bilir N, Karlıkaya C; TÜSAD Tütün Çalışma Grubu. Yeni Bir Mücadele Alanı: Elektronik Sigara. Eurasian J Pulmonol. 2015.
- 5) Yayan J, Franke KJ, Biancosino C, Rasche K. Comparative systematic review on the safety of e-cigarettes and conventional cigarettes. Food Chem Toxicol. 2024 Mar;185:114507.
- 6) Köseoğlu E, Uğur F, Saraymen R, Canatan H, Coşkun A, Bilgen M. Elektronik Sigara Kullanımına Objektif Bakış. Cukurova Medical Journal. 2014; 39(3):572-580.
- 7) Peace, M. R., Baird, T. R., Smith, N., Wolf, C. E., Poklis, J. L., & Poklis, A. (2018). Concentration of nicotine and glycols in 27 electronic cigarette formulations. Journal of Analytical Toxicology, 42(8), 504-510.
- 8) Karlin K. Disposable E-Cigarettes More Toxic Than Traditional Cigarettes <https://www.ucdavis.edu/news/disposable-e-cigarettes-more-toxic-traditional-cigarettes>, 2025 (Erişim Tarihi: 02.08.2025).
- 9) Hammond D, Reid JL, Rynard VL, Fong GT. Prevalence of vaping and smoking among adolescents in Canada, England, and the United States: repeat national cross sectional surveys. BMJ. 2019; 365:l2219.
- 10) National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM). Public Health Consequences of E-Cigarettes. Washington, DC: The National Academies Press. (2018).
- 11) Gotts JE, Jordt SE, McConnell R, Tarran R. What are the respiratory effects of e-cigarettes? Ann Am Thorac Soc. 2019;16(7):783-791.
- 12) Gaiha SM, Cheng J, Halpern-Felsher B. Association between youth smoking, electronic cigarette use, and COVID-19. J Adolesc Health. 2020; 67(4):519-523.
- 13) World Health Organization. Regional Office for Europe. Children and E-cigarettes: A new threat to health. Copenhagen: WHO Europe. (2023). <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7169-46933-69117>.

Hadi Amerika'ya gidelim! mi?

Prof. Dr. Zeliha Koçak Tufan



Tıp eğitimini Hacettepe ve Yüzüncü Yıl Üniversitelerinde tamamladı. 2015-2022 tarihleri arasında Yükseköğretim Kurulu Üyesi; 2021-2024 yılları arasında Washington Eğitim Müşaviri olarak görev yaptı. Eğitim ve bilim diploması alanında faaliyetlerde bulundu. 2025 Ocak ayından itibaren Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim üyesi olarak çalışmalarına devam etmektedir.

“Hocam ben Amerika'ya gelmek istiyorum, nereye gelebilirim, burs bulabilir miyim?”

Hangi alanda çalışmak istiyorsunuz? Hedefiniz tam olarak nedir? Bazen gözlerde kocaman bir ST elevasyonu, enerji dolu bir fibrilasyon, bazen asistoli... Hepsi de muteber. Ancak ihtiyaç duydukları yanıtlar farklı.

Hedefi çok net olup ilgilenmediği alanlarda araştırma yapmış, alternatifler hakkında bilgi almaya çalışan gençlerimiz, araştırmacılarımız kadar, sadece genel bir deneyim için yurt dışına çıkmak isteyenlerin sayısı da az değil. Ancak iki grubun yönlendirme ve destek ihtiyacı farklı. Akademik olarak ne aradığını bilen, hedeflerini netleştirmiş bireyler, araştırma merkezlerinin bulunduğu eyaletler, olanaklar ve sosyal çevreye dair bilgi ve görüş ihtiyacı duyarlar. Sadece yurt dışı deneyimlemek isteyen öğrenciler ve araştırmacılar da bilgi görgü arttırmak için arayış içinde olabilirler. Bu kişilerin eğitim, araştırma ve akademik alternatifler hakkında okuma ve araştırma yaptıktan sonra görüş almaları ve planlarını netleştirmeleri gerekir. Aksi takdirde maalesef maddi ve manevi kayıplarla karşılaşabilmektedir.

Amerika'da Yükseköğretim Neden Farklı? Ordo Ab Chao...

Ülkemizdeki ve Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ile yakın coğrafyamızdaki pek çok ülkenin eğitim sisteminde öğrencilere “çizilen” yollar ve seçenekler bellidir. Gençler bunlar üzerinden tercih yapar.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ise yatay ve dikey seçeneklerin bol olduğu bir sistem mevcuttur. ABD'de yükseköğretim için merkezi bir yerleştirme bulunmamaktadır. SAT (Scholastic Assessment Testing) veya ACT (American College Testing) sınav sonuçları, not ortalaması, başvuru metinleri, kişinin ailenin ilk jenerasyon üniversite öğrencisi olması, ders dışı aktiviteler, maddi durum, hatta anne veya babasının ilgili üniversiteden mezun olması gibi pek çok kriter öğrenci kabulünde göz önünde bulundurulmaktadır. Öğrencinin veya ailenin üniversite giderini karşılayıp karşılamayacağı kabulleri etkilemektedir. Tabii bu karışık sistem Asya ülkelerinden gelen tam puanlı başarılı öğrencilere kota konmasına, yahut daha düşük puanlı ancak anne veya babası ilgili üniversitenin mezunu olan öğrencilerin kolaylıkla kabulüne yol açabilmektedir. Ülkemizdeki sınav sistemi mevcut hâliyle eleştirilse de, objektif sınav sistemi sosyal devlet anlayışıyla, ülkenin her bir kesiminden, her aileden ve sosyoekonomik düzeyden öğrencinin ücretsiz eğitime erişimi için merkezi sınavlar, Cumhuriyet'in sağladığı çok kıymetli bir olanaktır. Tabii sınav sistemi objektifliğinin korunması kaydıyla iyileştirmelere açıktır.

ABD'deki yükseköğretim eko-sistemi için, sabit menü hatta a la carte yerine, her keseye uygun açık büfe- karışık dünya mutfağı olan bir restoran örnek verilebilir. Burada her keseye uygun gibi bütçeye dair cümlelerin geçmesi yadırganmasın. Sosyal devlet anlayışına sahip devletlerin yükseköğretim sistemlerinde, eğitimle paranın aynı cümlede geçmesinden çok haz edilmez. Hatta yükseköğretim için “sektör” kelimesinin bile kullanılması imtina edilir. Kapitalist sisteme sahip olan ABD'de ise “para” esasen önemli ve önceliklidir, her bütçeye uygun yükseköğretim olanağı mevcuttur. “Para konuşmanın ayıp olmadığı ülke”dir ABD. Neticede yüzde 100 kabul oranı olan yükseköğretim kurumları bulunmaktadır! Dört yıllık yükseköğretim kurumlarından devlet okullarının yüzde 28'inde, özel- kâr amacı gütmeyenlerin yüzde 14'ünde ve özel-kâr amaçlıların yüzde 68'inde herhangi bir başvuru kriteri yoktur. Ücreti ödeyen yerleşebilir ve bütçesine göre dersler alabilir. Yani ABD'de yükseköğretim kurumuna kabul alan her bir öğrenciyi Türkiye'deki sınavla yerleşen bir öğrenci gibi düşünmemek gerekir.

Mühendislik veya sağlık programları gibi doğrudan meslek icrasına izin



veren programlarda ise farklı kabul kriterleri belirlenmiştir. Ancak merkezi bir yerleştirme ve kabul sistemi bunlar için de yoktur. Yine de yerleştirmedeki bu çeşitliliğe rağmen, her diploma istihdama izin vermediğinden süreç kısmen kontrollüdür. Sistem mezuniyet sonrası zorunlu sınav ve sertifikasyon sistemiyle korunmaktadır. Tıp, hemşirelik, öğretmenlik, mimarlık gibi meslek icrasına izin veren program mezunları, sadece diploma alarak doğrudan mesleklerini yapamazlar.

ABD’de sadece üniversitelere kabuller değil, mezunların istihdam olanakları da farklıdır. Kapitalist sistemde federal devletin istihdam olanakları sınırlıdır, buna mukabil özel sektör imkânları çok çeşitlidir ve yükseköğretim maddi açıdan külfet getirdiğinden, programlar özelinde maliyet-etkinlikler sık sık tartışma konusu olmaktadır.

Yükseköğretime girişin de, mezunlarının yetkilerinin ve iş bulma olanaklarının da tamamen farklı olduğu iki sistem burada daha fazla tartışılmayacak, şimdilik eko-sistemlerin, süreç ve sonuçların değişkenliğine dair hususlara dikkat çekilmekle yetinilecektir.

Yurt Dışı Deneyimi Neden Önemli?

Uluslararası çalışmalar hem bireyler hem de kurumlar için artık bir seçenek değil gerekliliktir! Hem sağlık araştırmaları hem sağlık eğitimi hem de sağlık hizmet politikaları için elzem bir husustur.

Günümüzde dünya daha yuvarlak, hareketlilik çok daha yüksek. Erken davranan, atı alan Üsküdar’ı da, Tuna’yı da, Potomac’ı da geçiyor. Dünyadaki koşulları bilmeyen ve ön yargılarıyla hareket edenler, konservatif yaklaşımlarıyla çevrelerine toksik ortamlar oluşturabiliyor. Akademik gelişimin yanı sıra öğrenciliğinden itibaren farklı kültürleri “ön yargısız” deneyimleyen kişilerin dünyaya bakışı daha geniş, sosyal çevreleriyle ilişkileri de daha iyi olabiliyor. Ancak kısa süreli kongre ve geziye giden kişilerin sürekli yurt dışı güzellemesi de, uzun dönem kalan, araştırma ve iş yapanların da bildiği üzere gerçekçi değildir. Akademisyenlerimizin yurt dışında “çalışma” deneyimine sahip olmalarının, bilgi ve görgü artışının yanı sıra bazı kurumlarımızda oluşturulan gereksiz toksik ortamların azalması ve iş odaklı yaklaşımların artması açısından da destekleyici olacağı kanaatindeyim.

Bu yazıda ağırlıklı olarak ABD ele alınacak olsa da yurt dışı dendiğinde sadece ABD ve AB algılanmamalıdır. Dünya genelinde eğitim ve araştırmada destinasyon olarak Çin ve Avustralya ivme kazanırken, Asya ve Kuzey Afrika’da iş birliği imkânları artmışken, ülkemizde maalesef eğitimde ve araştırmada kariyer yönlendirmelerini sadece ABD ve AB odaklı görüyoruz (Onların bir kısmı da gerçekçi değil, Hollywood filmlerinin ötesine geçen gerçekçi kariyer konuşmalarına nadiren rastlıyoruz.). Japonya’nın, Çin’in veya Umman’ın, Birleşik Arap Emirlikleri’nin sunduğu imkânlar da vardır; Kanada’nın, Avustralya’nın da...

Gitmeden Önce

Kendi alanını iyi okuyanlar, hangi alanda çalışmak ve ilerlemek istediğini bilenler açısından alternatifleri değerlendirmek ve araştırmak daha kolaydır. Ne istediğini bilmeyenleri ise biraz daha zorlu bir süreç beklemektedir. Önce geniş alanda okumaların yapılması, profesyonel alandan dernek ve öğrenci/akademisyen topluluklarının takip edilmesi, online toplantı katılımları hem potansiyellerin keşfedilmesi hem de hedefin netleştirilmesi için çok yararlı olacaktır. Bu şekilde eksikliklerin tespit edilerek gerekli temel

yetkinliklerin gitmeden önce kazanılması gerekmektedir. Öğretim üyelerinin fikirlerini almak yol gösterici olacaktır. Süreçte eksiklikler de, seçenekler de, en avantajlı destinasyonlar da kendini göstermeye başlayacaktır.

Yurt Dışı Eğitim Bursları

Tip mezunları için de yurt dışında yüksek lisans ve doktora yapma imkânı sunulsa da, lisansüstü öğrenim amacıyla yurt dışına gönderilecek öğrencilerin seçilmesi ve yerleştirilmesini sağlayan YLSY bursları tip öğrencileri tarafından çok bilinmemektedir. Tip mezunları için de yurt dışında yüksek lisans ve doktora yapma imkânı sunulmasına rağmen yurt dışına lisansüstü öğrenim görmek üzere gönderilecek öğrencileri seçme ve yerleştirme (YLSY) bursları tip öğrencileri tarafından çok bilinmemektedir. YLSY bursları, "Yükseköğretim kurumlarının öğretim elemanı ile kamu kurum ve kuruluşlarının yetişmiş insan kaynağı ihtiyacını karşılanması amacıyla mecburi hizmet karşılığında Millî Eğitim Bakanlığı tarafından yürütülen yurt dışı lisansüstü öğrenim bursluluk programıdır (<https://yyegm.meb.gov.tr/>)."

Diğer bir imkân olan "Yabancı Hükümet Bursları" da tıp ve sağlık camiası tarafından çok bilinmemektedir. Bunlar diğer ülkelerin T.C. vatandaşı öğrencilere yönelik verdiği hükümet bursları ve özel burslardır. Millî Eğitim Bakanlığı Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü aracılığıyla duyurulmaktadır. Türkiye'de lise eğitimi tamamlayanlar gibi ABD'de veya başka bir ülkede lise mezunu olan T.C. vatandaşı öğrenciler de bu burslara başvurabilir. Lisans eğitiminin yanı sıra dil eğitimi veya lisansüstü eğitime yönelik burslar da mevcuttur (<https://abdigm.meb.gov.tr/www/burslar/kategori/9>).

ABD'de Araştırma Olanakları

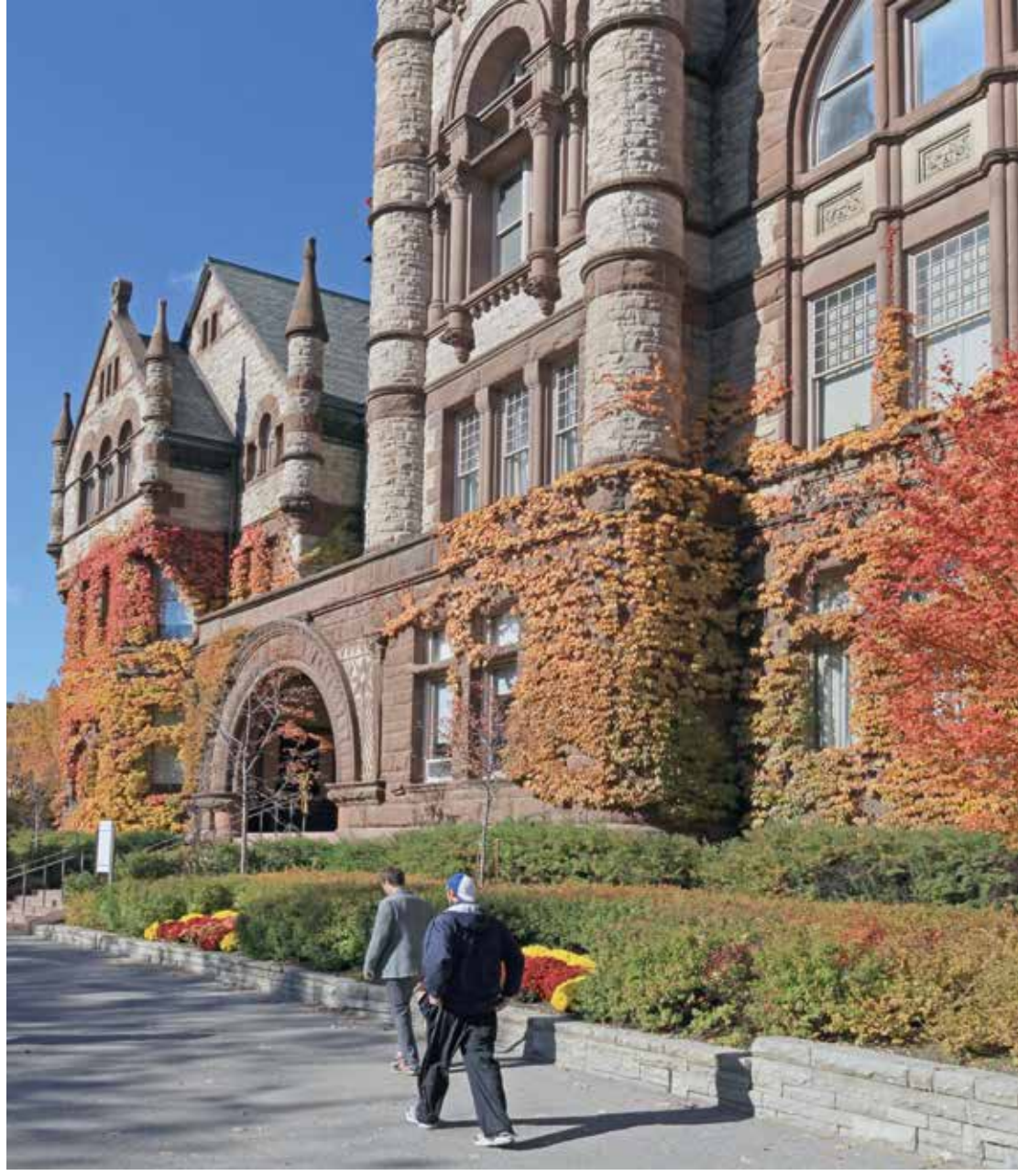
ABD, araştırma yapmak isteyenler için fırsatlar ülkesi olarak bilinir. Yalnızca bilimsel gelişim değil, aynı zamanda akademik iş birlikleri, uluslararası projeler ve kültürler arası etkileşimi de kapsayan proje başvuruları için çok daha fazla araştırma fonu bulmak mümkündür. Başta Ulusal Bilim Vakfı (NSF) ve Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) olmak üzere birçok kurum, projelere maddi destek sağlamaktadır. Ancak vakit kaybını önlemek için projeye uygun doğru fon başvuruları için dikkatli olunmalıdır. Projenin

yenilikçi ve özgün olması, mevcut bilgiye katkı sağlaması ve bunu etraflıca ortaya koyması önemlidir. Bunlar klişe ve bilinen şeyler olarak görülebilir. Ancak özellikle sağlık alanındaki proje başvurularının, bilgi körlüğü ile yazılması ve beklenen çıktıların etraflıca ortaya konmadığında reddedildiği sık karşılaşılan bir durumdur. Dezavantajlı gruplara değinilmesi, gençler ve kadınlar için ek istihdam veya proje çıktısı beklentisi varsa başvuruda bahsedilmesi, göçmen araştırmacıların varlığı, kapsayıcılığın vurgulanması gibi konular kabul ihtimalini artırır. Bireysel başvurulardan ziyade farklı ülkelerdeki kurumlarla iş birliği ortaya konduğunda da fon bulma imkânı artmaktadır.

ABD Dış İşler Bakanlığı Eğitim ve Kültür İşleri Bürosu (<https://eca.state.gov/organizational-funding>), Eğitim Bakanlığı (<https://www.ed.gov/grants-and-programs>), Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID) ile hükümetin farklı kuruluşlarının fonları ve hibeleri bulunmaktadır. ABD Hükümeti ile çalışmak için tüm

kuruluşların bir DUNS (Data Universal Numbering System) kimlik numarası ve ABD merkezli olmayan kuruluşlar için bir NCAGE (NATO Ticari ve Kamu Kuruluş Kodu) kodu edinmesi, ayrıca ödül yönetim sistemi SAM'e kaydolunması gerekmektedir (grants.gov; sam.gov). SAM, ABD Hükümetinin hibeler, sözleşmeler ve iş birliği anlaşmaları süreçlerini yönetmek üzere hazırladığı bir portaldır. Bu sistemlere kayıt ücretsizdir.

Bireysel ve araştırma merkezleri özelinde bakıldığında ise Fulbright bursları (<https://www.fulbright.org.tr>) ve NIH Fogarty International (<https://www.fic.nih.gov/>) de ayrıntılı olarak incelenebilir. Tabii bunların yanı sıra Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından sağlanan burslar da mevcuttur. Hem araştırmacı olarak ABD'ye gitmek hem de Türkiye'ye araştırmacı davet etmek için ABD ve Türkiye'den burslar ve fonlara dair hazırladığımız bilgilendirme broşürüne de göz atılabilir (<https://tinyurl.com/2nzhxxt>).



Bilgilendirici toplantı videoları:

Türkiye'de ve Amerika'da Tıp Eğitimi ve Kariyeri <https://www.youtube.com/watch?v=98lAxrfKb5U&t=269s>;

STEM Alanlarında Kariyer Planlama, Araştırma ve İş Birliği İmkânları <https://www.youtube.com/watch?v=a3zqBe3zRw8&t=650s>;

Amerika'daki Araştırmacılara Türkiye'den ve Avrupa'dan Fonlar ve Burslar <https://www.youtube.com/watch?v=SBMgy6niZVQ&t=186s>.

Müşavirlik ve Ataşelikler

Bursiyer olmayıp kendi imkânlarıyla yurt dışına eğitim ve araştırma için çıkan öğrencilerimiz ve gençlerimiz de yurt dışına çıktıklarında ilgili ülkenin büyükelçiliğinde bulunan eğitim müşavirliği ve diğer başkonsolosluklardaki eğitim ataşelikleriyle irtibata geçebilir. ABD özelinde belirtmek gerekirse Washington DC Bölgesi'nde Vaşington Eğitim Müşavirliği, New York, Boston, Los Angeles, Houston ve Şikago'da ise Eğitim Ataşelikleri bulunmaktadır.

ABD'de Akıl ve Ruh Sağlığı Krizi

ABD'de eğitim ve araştırma nedeniyle uzun süreli bulunacak olan öğrenci ve araştırmacılarımızın dikkat etmesi gereken diğer bir husus akıl ve ruh sağlığıdır. Nitekim sosyal devlet anlayışından kapitalist sisteme geçiş, profesyonel çalışma hayatı ve yaşam şartları, Türkiye'ye olan uzaklık, maddi problemler ve stres, hazırlıklı olunmadığında akıl ve ruh sağlığı açısından ciddi problemlere sürükleyebilmektedir. Öğrencilerimizin saat farkı nedeniyle akşamları ailelerini arayamamaları bile yalnızlık hislerini arttırmakta, stres kaynağı olabilmektedir.

Akıl ve ruh sağlığı ile ilgili toplumsal kriz ve intiharlarda artış, ABD'de özellikle COVID-19 sonrası gündemdedir. NIH'in Akıl Sağlığı Enstitüsüne göre her beş Amerikalı'dan biri akıl sağlığıyla ilgili problem yaşamaktadır. Herhangi bir mental hastalık oranı tüm toplumda yüzde 23 iken ağır mental hastalık yüzde 6'dır (18-25 yaşda bu oran yüzde 11.6'dır; NIMH verileri). Yabancılar da, göçmenlerde bu oranlar çok daha yüksek olabilmektedir! Eğitim veya araştırma amacıyla ABD'ye giden öğrencilerimiz de bu ortamdan etkilenebilmektedir.

Gidilecek üniversite veya kurum bakılırken mutlak suretle bölgenin güvenlik durumu da gözden geçirilmelidir. Kaliforniya'da yılda ortalama 1.674 kişi silahlı saldırı sonucu ölmektedir, bu rakam New York için 506, Teksas için 1.758'dir (<https://everystat.org>). Her bir eyaletin ve şehrin kendi içerisinde güvenli bölgeleri bulunmaktadır. Kalınacak yer planlanırken güvenli bölgede olduğuna dikkat edilmesinde yarar vardır. ABD makamları ve emlak siteleri bölge güvenliği hakkında açık bilgi paylaşmaktadır.

Gitmek ve Dönmek

Gerek akademik hayatta gerekse iş hayatında dünyayı görmek, deneyimlemek, hem gitmek hem dönmek kazandırır. Dönmeyip uzun süre yurt dışında kalanların da Türkiye bağlantılarını, "network"ünü devam ettirmeleri kendilerine büyük yarar sağlamaktadır.

Yurt dışında farklı ülkelerdeki akademik ortamları öğrenciliğimden itibaren deneyimlememin bana çok şey kazandırdığını düşünürüm hep. Öğrencilerime de öneririm. Her zaman hem gitmeyi hem dönmeyi sevdim. Her bir destinasyon "yeni kazanımlar" barındırır. Her bir üniversitenin, hastanenin, araştırma merkezinin farklı bir koridor kültürü vardır. Bu sayede kendi şartlarınızı da daha iyi değerlendirme fırsatı yakalamış oluyorsunuz. Ancak tek bir merkez ve tek bir ülke üzerinden yurt dışında eğitim ve araştırmaya dair geniş bir deneyim elde edilemeyeceğini bilmek lazım. Tek bir kişinin 20 yıl boyunca aynı merkezde çalıştığında vereceği danışmanlık ve bilgi sadece o kurumu ve çevreyi içerebilir. Bu yüzden alternatif fırsatları ve potansiyelleri de görebilmek, çalışma alanlarını tercih edebilmek adına öğrencilikten itibaren farklı merkezlerde bulunmanın yararı vardır.

Akademik bir fırsat bulup gidilmeden önce de derin okumalar yapılmalıdır. Alandan uluslararası araştırmacılar, akademisyenlerle düzenlenen webinarlara, online konferanslara katılınması bile yararlıdır. Düşünce tarzı ve konulara yaklaşımı deneyimlemeye imkân tanır. LinkedIn gibi akademik sosyal mecralardan da temaslar kurulabilir. Gitmeden önce Türkiye'de iken, yabancı dilde mutlaka belli bir seviyeye gelinmelidir. Aksi takdirde yurt dışında bir zaman kaybı da yaşanmaktadır. Öğrencilerimizin sosyal ve kültürel farklılıklara aşına olduktan sonra ilerleyen dönemde uzmanlıkta ve

akademisyenlikte de kazanımları çok daha farklı olmaktadır.

Sonuç olarak hem önceki deneyimlerimden hem de Washington DC'de müşavirlik yaptığım dönemden öğrencilerin ve genç araştırmacıların akademik seçeneklere odaklanırken sosyal, kültürel ve ekonomik gerçekliklere çok da hazır olmadan yurt dışına çıktıklarına çok şahit oldum. Amerika fırsatlar ülkesi olarak bilinir ancak ülkemizden ve Avrupa ülkelerinden daha farklı bir akademik ve sosyal eko-sisteme sahiptir. Sosyal devlet anlayışı ile kapitalist sistem arasındaki farklılıklar, günlük yaşam da yansımaktadır. Yalnızlık, anavatana uzaklık, aşırı rekabet ortamı, maddi problemler ve akşamları saat farkı nedeniyle aileyle görüşememe öğrenciler ve genç araştırmacılar üzerinde stres yaratan faktörlerdendir. Sosyal şartlara hazırlıksız yakalan öğrencilerde bu durumlar akıl ve ruh sağlığı problemi oluşturabilirken, bilinçli ve hazırlıklı gelen öğrenciler süreci sorunsuz atlatabilmektedir. Gençlerimiz için psikiyatri hocalarımızla yaptığımız ardışık toplantılarda da, en baştan itibaren yalnız kalmamaya özen göstermenin, arkadaş ortamında bulunmaya dikkat etmenin ve sosyal faaliyetlere katılımın bu bağlamda destekleyici olduğu ön plana çıkmıştır. Genç akademisyenler ve araştırmacılar açısından da yurt dışına çıkmadan önce online konferanslara ve eğitimlere katılımın, hatta sosyal medya üzerinden araştırma gruplarına dâhil olmanın, akademik çevre oluşturma ve iş birliği imkânlarını artırdığını hatırlatmakta fayda vardır. Neticede başarı tesadüf değildir, dünyanın neresine giderseniz gidin emek ve hazırlık gerektirir.

Kaynaklar

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Youth Risk Behavior Survey data summary & trends report: 2013-2023. <https://www.cdc.gov/yrbbs/dstr/pdf/YRBS-2023-Data-Summary-Trend-Report.pdf> (Erişim Tarihi: 14.04.2025).

Kocak Tufan, Z. (2024). Tools of science diplomacy in the triangle of researcher, fund provider, and bureaucracy: Observations from the United States and Türkiye. *Toplum, Eğitim ve Kültür Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 70-81.

Maddern, S. W. (2013). Melting pot theory. In *The encyclopedia of global human migration*. John Wiley & Sons, Inc. (Erişim Tarihi: 21.04.2025).

NASEM (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine). (n.d.). The Partnerships for Enhanced Engagement in Research (PEER): National academies, development, security and cooperation. https://sites.nationalacademies.org/PGA/PEER/PGA_167039 (Erişim Tarihi: 14.04.2025).

The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (n.d.). <https://www.nationalacademies.org/> (Erişim Tarihi: 14.04.2025).

Kırmızı şarap efsanesi sona eriyor

Dr. Ömer Ataç



İstanbul Atatürk Fen Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olduktan sonra doktora derecesini İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden Halk Sağlığı alanında aldı. 2012-2015 yılları arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğünde görev yaptı. 2016 yılından itibaren İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında çalışmaktadır. 2022-2024 yılları arasında ABD'de Kentucky Üniversitesinde doktora sonrası araştırmacı olarak bulundu. Kanıta dayalı tıp, birinci basamak sağlık hizmetleri, diyabet epidemiyolojisi, aşı tereddüdü ve akılcı ilaç kullanımı üzerine çalışmaları yayınlanmıştır.

Sigara ve alkol, sağlığa zararlı alışkanlıklar veya bağımlılıklar sıralanırken birlikte en sık anılan maddelerdir. Fakat bu birliktelik, aslında ikisinin sağlığa zararlarının eşit olduğu veya aynı derecede tehdit olarak görüldükleri anlamına gelmez. Sigaraya da daha doğru kullanımı ile tütün ve tütün ürünlerinin sağlığa zararları hakkında, akciğer kanseri başta olmak üzere, neredeyse tüm bilim dünyası hemfikirken, aynı durum alkol için henüz söz konusu değildir. Hatta pek çok kişi, medyada ya da akademik ortamlarda “az veya orta düzey alkol tüketiminin faydalı olduğu” veya “kalp dostu kırmızı şarap” gibi ifadelerin doğruluğundan emindir. Bu iddiaların arka planındaki nedenleri ve alkol tüketiminin sağlığını etkilerine dair güncel bilimsel çalışmaların bulgularını inceleyelim.

Fransız Paradoksu'ndan Günümüze

Az miktarda alkol tüketiminin sağlığa faydalı olabileceği yönündeki iddialar Fransız Paradoksu kavramına dayanmaktadır. Bu kavrama göre, Fransız toplumunda doymuş yağ tüketimi nispeten yüksek olmasına rağmen koroner kalp hastalığı (KKH) görülme sıklığının düşük olması, doymuş yağların yüksek tüketiminin KKH için önemli bir risk faktörü olduğu yönündeki yaygın kabulle çelişmektedir (1, 2).

Fransız Paradoksu kavramını ortaya atan kişi Fransız bilim insanı Serge Renaud'dur. Fransa'da sığınlar üzerinde yaptığı deneylerde, alkol verilen gruplarda trombosit agregasyonunun (toplanma, bir araya gelme) azaldığını, alkol kesildiğinde ise bu etkinin tersine dönerek trombositlerin daha yapışkan hâle geldiğini gözlemlediğinde bu durumu “aşırı alkol tüketiminden sonra meydana gelen iskemik olaylar” olarak açıklamıştır. Daha sonra, Fransız ve İngiliz çiftçilerde yapılan çalışmalarda düşük doz alkol alımının trombosit agregasyonunu azalttığı ancak yalnızca İngiliz çiftçilerde alkol kullanımı kesildiğinde geri tepme (rebound) etkisi görülürken aynı etkinin Fransız çiftçilerde görülmemesi dikkatini çekmiştir (2).

Renaud, 1991 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde CBS kanalının “60 Minutes” adlı programında konuk olarak yer aldığı, Fransız Paradoksu kavramını kamuoyuyla paylaşmış ve kırmızı şarabın koruyucu etkisini savunmuştur (3). Ertesi yıl yayımlanan ve kavramın bilimsel temelini oluşturan makalesinde de bu görüşünü sürdürmüştür (4). Bu çalışmaya göre, birçok ülkede doymuş yağ tüketimi ile KKH kaynaklı ölümler arasında pozitif bir ilişki varken, Fransa'da bu ilişkinin “paradoksal” biçimde geçerli olmadığını; bunun da kısmen yüksek şarap tüketimine bağlı olabileceğini ileri sürmüştür.

Renaud'un bu açıklamaları o dönem hem bilim dünyasında hem de kamuoyunda

büyük yankı uyandırmıştır. Aynı programda, Fransa ve ABD gibi ülkelerde insanların yağ içeriği yönünden benzer beslenme alışkanlıkları olmasına rağmen Fransa'da kalp hastalıklarının daha az görülmesinin nedeni olarak Fransızların yemeklerle birlikte az ve düzenli şarap tüketmeleri olduğunu savunmuştur. Bu yaklaşım hem kırmızı şarap satışlarının artmasına hem de alkolün sağlığa olası yararlarına yönelik araştırmaların hızlanmasına zemin hazırlamıştır (5).

1997 yılında yayımlanan bir gözlemsel çalışmada, ABD'de dokuz yıl boyunca takip edilen 490.000 kişi incelenmiş ve günde en az bir kadeh içki içenlerde kardiyovasküler hastalık riskinin ve ölümlerin içmeyenlere kıyasla daha düşük olduğu bildirilmiştir (6). Bu çalışma, o dönemde alkolün koruyucu etkisi olabileceği yönündeki iddiaları desteklemiştir.

Bu bölümü bitirmeden önce Renaud'un şu ifadesine değinmek gerekir; “Eğer Bordeaux yakınlarındaki bir bağda büyükbam ve büyük büyükbamla yaşamamış olsaydım, belki de bu fikir aklıma gelmezdi. Her gün az miktarda şarap içen 80-90 yaşına ulaşmış insanların gördüğünüzde, düşük dozda şarabın zararlı olduğuna inanmazsınız.” (2).

Kırmızı şarabın faydası olarak sıkça öne çıkan bir başka argüman ise, içerdiği polifenoller, flavonoidler ve özellikle resveratrol gibi bileşenlerin antioksidan etkileridir. Fakat son yıllarda



yapılan çalışmalara göre, resveratrolün fayda sağlayacak dozlara ulaşması için günlük litrelerce şarap tüketilmesi gerekmektedir (7, 8).

Önemli Bir Kısıtlılık: Karıştırıcı Değişkenler

İyi bir araştırmacı olmanın temel kurallarından biri, her araştırmanın bazı kısıtlılıkları olduğunu farkında olmak ve bu kısıtlılıkların yanıltıcı etkilerini en aza indirmek için çaba göstermektir. Gözlemsel araştırmalar, adı üstünde gözleme dayanan, araştırmacının gözlemler yoluyla veri topladığı, araştırmaya katılanlara herhangi bir müdahalede bulunmadığı araştırmalardır (9). Gözlemler sayesinde çeşitli sağlık sorunlarının görülme sıklığını tanımlamak ve olası nedenlerle risk faktörleri hakkında analizler ve değerlendirmeler yapmak mümkündür. Bugün sahip olduğumuz birçok bilgiyi gözlemsel araştırmalarla keşfettik. Bu araştırma türleri hipotez geliştirmek, bir olayın görülme sıklığını tespit etmek ve ilişki (korelasyon) analizleri yapmak için değerlidir. Öte yandan, kanıt hiyerarşisi piramidinde ikincil çalışmalar (meta-analiz ve sistematik derleme) ve randomize kontrollü deneysel araştırmaların ardından sıralanırlar. Kanıt üretimi açısından en zayıf araştırmalar değillerdir fakat sonuçlarına itibar ederken dikkatli olunmalıdır. Çünkü bu araştırma türleri neden-sonuç ilişkisini açık bir şekilde gösteremezler, belki ipucu verebilirler. Üstelik, seçim yanlılığına açıktır. Yani, katılımcıların araştırmaya dâhil

edilme biçimleri, araştırmanın sonuçlarını etkileyebilir. Özellikle gönüllü katılımlarda veya belirli bir gruba odaklanan çalışmalarda, evreni (toplumu) temsil etmeyen örneklerden elde edilen sonuçlar yanıltıcı olabilir. Ayrıca hatırlama yanlılığı, ters nedensellik ve genellenebilirlik sorunları gibi başka kısıtlılıkları vardır.

Tüm bunların yanında, çok önemli bir diğer kısıtlılık ise karıştırıcı (confounding) faktörlerin etkisine açık olmasıdır. Yani değişkenler arasında gözlemlenen ilişki aslında üçüncü bir değişkenden kaynaklanıyor olabilir. Karıştırıcı yanlılık olarak da ifade edilebilen karıştırıcılık, bir değişkenin sonuç üzerindeki etkilerinin sonuca etki edebilecek başka değişkenlerin veya risk faktörlerinin etkileriyle karıştırılmasıdır. Karıştırıcılık oluşmasına yol açan "karıştırıcı değişken", sonucun ortaya çıkmasındaki rolü nedeniyle etken-sonuç ilişkisinde yanlılığa neden olan üçüncü bir değişkendir. Etken olduğu düşünülen değişkenin yokluğunda, sonucun ortaya çıkmasına neden olabilecek her değişken karıştırıcı olarak değerlendirilebilmektedir. Karıştırıcı değişkenler her araştırma türünde sonuçları etkileyerek yanlılığa neden olabilirler.

Bazı karıştırıcılık örnekleri:

- Dondurma tüketimi ile boğulma vakaları arasındaki pozitif ilişki, yaz aylarında her iki olayın da artmasıyla açıklanabilir. Yani sıcak hava bir karıştırıcı değişkendir.

Alkol; toksik, psikoaktif ve bağımlılık yapıcı bir maddedir ve Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı (IARC) tarafından Grup 1 kanserojen olarak sınıflandırılmıştır. Bu grup, asbest, radyasyon ve tütün gibi maddeleri de içeren en yüksek riske sahip gruptur. Etanol (alkol), vücutta metabolize olurken oluşan bileşenler aracılığıyla kansere neden olabilir. Bu durum, fiyatı ya da türü ne olursa olsun alkol içeren tüm içeceklerin kanser riskini artırdığı anlamına gelir. Alkol tüketimi arttıkça kansere yakalanma riski de önemli ölçüde artar.



2023 yılında JAMA Network Open'te yayımlanan ve 107 farklı çalışmaya katılan toplam 4.8 milyon kişiyi içeren bir meta-analizde, önceki çalışmaların metodolojik hataları düzeltilerek yapılan analizlerin sonucunda, az miktarda alkol tüketiminin ölüm riskine karşı koruyucu herhangi bir etkisi olmadığı, aksine çoğu çalışmada ölüm riskiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir.

- Kumarın serbest olduğu Nevada eyaletinde, yasak olduğu Oklahoma eyaletine kıyasla akciğer kanserinin daha fazla görülmesi, kumara değil sigara alışkanlığının karıştırıcı etkisine bağlı olabilir.

- Havaalanına yakın yerleşimlerde yaşayan ve 90 desibel üzerinde uçak sesine maruz kalanlarda ölüm hızlarının yüksekliği; yüksek ses nedeniyle değil, daha yoksul kişilerin bu bölgede yaşamasına yani ekonomik durumun karıştırıcılığına bağlı bir sonuç olabilir.
- Evdeki kitap sayısı ile çocuğun akademik başarısı arasındaki ilişki, ebeveynin eğitim düzeyi ve çocuğa verilen eğitim desteği gibi karıştırıcı faktörlerle açıklanabilir.
- Kalp hastalığı görülme sıklığı ile fiziksel aktivite yüksekliği arasındaki ilişkinin düzeyi, yaş faktörünün karıştırıcılığından etkilenebilir.

Karıştırıcılık konusunda detaylı bilgi vermemizin sebebi, alkolün sağlığa faydalarını gösterdiği iddia edilen çalışmaların kısıtlılıkları arasında karıştırıcı faktörlerin sık görülmesi ve yeterince ele alınmamasıdır. Bu çalışmalar genellikle nedensellik (causality) yerine sadece ilişki (correlation) gösteriyordu. Daha sonra yapılan meta-analiz ve sistematik derlemeler, bu ilişkideki karıştırıcı değişkenleri ortaya koymuştur. Bu araştırmalarda hafif içicilerin aynı zamanda daha eğitilmiş, sosyoekonomik düzeyi yüksek, fiziksel olarak aktif, sağlık hizmetlerine erişimleri iyi ve daha iyi beslenme imkânlarına sahip oldukları için, alkolün sağlığa faydalı etkilerinin aslında bu faktörlerden kaynaklanabileceği gösterilmiş. Yani olumlu etkiyi alkol değil, yaşam koşulları sağlıyordu. Bu açıklama

aynı zamanda Fransız Paradoksu için de geçerlidir. Ayrıca, bazı çalışmalarda eski içicilerin -yani alkolü bırakmış kişilerin- alkol tüketimi karşılaştırmalarında "hiç içmeyenler" grubuna dâhil edilmesi temel bir metodolojik hata olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü, alkolü bırakanların bir kısmı bunu mevcut sağlık sorunları nedeniyle yapmıştır. Diğer bir kısmı ise farklı gerekçelerle alkolü bırakmış olsa da geçmişteki tüketiminin bedensel etkileri hâlâ devam ediyor olabilir (10).

Güncel Bulgular: Risk, İlk Damlayla Başlar

Güncel bilimsel bulgular, alkolün sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin uzun süredir devam eden tartışmaları netleştirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre "Sağlığımız için güvenli bir alkol tüketim düzeyi yoktur." (11).

Alkol; toksik, psikoaktif ve bağımlılık yapıcı bir maddedir ve Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından Grup 1 kanserojen olarak sınıflandırılmıştır. Bu grup, asbest, radyasyon ve tütün gibi maddeleri de içeren en yüksek riske sahip gruptur (12). Etanol (alkol), vücutta metabolize olurken oluşan bileşenler aracılığıyla kansere neden olabilir. Bu durum, fiyatı ya da türü ne olursa olsun alkol içeren tüm içeceklerin kanser riskini artırdığı anlamına gelir. Alkol tüketimi arttıkça kansere yakalanma riski de önemli ölçüde artar. Ancak, mevcut en son veriler, WHO Avrupa Bölgesi'nde

alkolün neden olduğu kanser vakalarının önemli bir kısmının “hafif” ve “orta” düzeyde alkol tüketiminden kaynaklandığını göstermektedir. DSÖ Avrupa Ofisinden Dr. Carina Ferreira-Borges’in ifadesiyle: “Alkol kullanımının sözde güvenli bir seviyesi hakkında konuşamayız. Ne kadar içtiğinizin önemi yoktur; risk, ilk damlayla başlar.” (11). Alkolün sağlık üzerindeki “olumlu etkileri” hakkındaki yıllardır süregelen iddiaların çoğu, -önceki bölümde değindiğimiz- metodolojik sorunlara dayanmaktadır. DSÖ’den Dr. Jürgen Rehm’e göre: “Alkolün potansiyel koruyucu etkileri, karşılaştırma gruplarının seçimi ve kullanılan istatistiksel yöntemlerle yakından ilişkilidir.” (11).

DSÖ’nün bu yaklaşımı, alkolün sağlığa etkileri hakkında son dönemde yapılan kapsamlı çalışmalara dayanmaktadır. Aşağıda bu çalışmalardan öne çıkan bazı bulgular özetlenmiştir. Konuya ilgi duyan okuyucular, bu çalışmalara ve yazının sonuna ilave edilen ileri okuma önerilerine ulaşarak detaylarını inceleyebilir. Düşük miktarda alkol tüketiminin sağlığa yararlarını içeren bazı eski yayınlar hakkında önceki bölümde belirttiğimiz metodolojik kısıtlılıkların -örneğin karıştırıcı değişkenler veya hatalı karşılaştırma grupları- teorik olarak bu yeni çalışmalar için de geçerli olabileceğini ve bu nedenle kanıt hiyerarşisinde üst sıralarda yer alan çalışmalara yer verildiğini vurgulamak isterim.

2023 yılında JAMA Network Open’te yayımlanan ve 107 farklı çalışmaya katılan toplam 4.8 milyon kişiyi içeren bir meta-analizde, önceki çalışmaların metodolojik hataları düzeltilerek yapılan analizlerin sonucunda, az miktarda alkol tüketiminin ölüm riskine karşı koruyucu herhangi bir etkisi olmadığı, aksine çoğu çalışmada ölüm riskiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. (13).

2021 yılında European Journal of Public Health’te yayımlanan bir araştırmaya göre, Avrupa Birliğinde sadece “hafif-orta düzeyde alkol tüketimi” nedeniyle 2017 yılında ortaya çıkan yaklaşık 23 bin yeni kanser vakası tespit edilmiştir. Bu vakaların yüzde 37’si, günde bir standart içkiden bile daha az içen kişilerde görülmüştür (14).

2018 yılında The Lancet dergisinde yayımlanan ve 83 farklı prospektif kohort çalışmasından yaklaşık 600 bin kişinin verilerini birleştiren bir çalışmaya göre, düşük doz alkol tüketimi için güvenli bir tüketim sınırı belirlenememiştir (15).

2015 yılında British Journal of Cancer’da yayımlanan ve 23 farklı kanser türünü inceleyen bir meta-analize göre az miktarda alkol tüketimi dahi bazı kanser türlerinin riskini arttırmaktadır (16).

Son Söz: O Zaman Neden Hâlâ?

Güncel bilimsel bulgular alkolün sağlığa zararları konusunda oldukça netleşmiş durumda. Ancak bu durum, bireylerin kullanım alışkanlıklarını bir anda değiştirecekleri anlamına gelmiyor. Diğer birçok davranışta olduğu gibi, alkol kullanımında da insanlar her zaman rasyonel ve bilimsel gerçeklere uygun hareket etmeyebilir. Kullanımı her ne kadar bireysel bir tercih olsa da toplumsal değerler ve kültürel kodlarla şekillenen bir konumu olduğunu unutmamak gerekir. Bu alana yönelik çalışmalarda, alkole toplum tarafından atfedilen anlamdan bağımsız olarak sadece sağlık etkileriyle yetinmek, hedeflenen davranış değişikliklerine ulaşmayı zorlaştırır. Çünkü bireysel tercihlerimiz, çoğu zaman yalnızca güncel bilgiyle değil, sosyokültürel bağlamla birlikte şekillenir.

İleri Okuma Önerileri

Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Ann Oncol*. 2013;24(2):301–308. doi:10.1093/annonc/mds337.

Ko H, Chang Y, Kim HN, et al. Low-level alcohol consumption and cancer mortality. *Sci Rep*. 2021; 11:4585. doi:10.1038/s41598-021-84181-1.

Medscape. Alcohol and health: Latest evidence changes how you deal with patients. 2025. <https://www.medscape.com/s/viewarticle/alcohol-now-latest-evidence-changes-how-you-deal-patients-2025a1000arb>.

Medscape. Breaking the silence: Europe unites against alcohol harm. 2025. <https://www.medscape.com/viewarticle/breaking-silence-europe-unites-against-alcohol-harm-2025a1000b7i>.

U.S. Department of Health and Human Services. Alcohol and cancer risk: The U.S. Surgeon General’s advisory. 2025. <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/alcohol-cancer/index.html>.

Kaynaklar

1) Ferrières J. The French paradox: lessons for other countries. *Heart*. 2004;90(1):107-111.

2) Simini B. Serge Renaud: from French paradox to Cretan miracle. *Lancet*. 2000;355(9197):48.

3) CBS News. The French Paradox. 60 Minutes. 1991. <https://www.cbsnews.com/video/the-french-paradox/>.

4) Renaud S, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *Lancet*. 1992;339(8808):1523-1526.

5) Wine Spectator. The French Paradox Turns 20. 2012. <https://www.winespectator.com/articles/the-french-paradox-turns-20-49084>.

6) Thun MJ, Peto R, Lopez AD, et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. *N Engl J Med*. 1997;337(24):1705-1714.

7) Goldberg DM, Yan J, Soleas GJ. Absorption of three wine-related polyphenols in three different matrices by healthy subjects. *Clin Biochem*. 2003;36(1):79-87.

8) Smoliga JM, Baur JA, Hausenblas HA. Resveratrol and health – A comprehensive review of human clinical trials. *Mol Nutr Food Res*. 2011;55(8):1129-1141.

9) Hayran O, Ataç Ö, Balci Yopalak AN. Tıpta Kanıta Dayalı Karar Verme. İstanbul: Liberus Yayınları; 2025.

10) Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do “Moderate” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77(2):185-198.

11) WHO Europe. No level of alcohol consumption is safe for our health. 2023. <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health> (Erişim Tarihi: 25.06.2025).

12) Secretan B, Straif K, Baan R, et al. A review of human carcinogens—Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol*. 2009;10(11):1033-1034.

13) Zhao J, Stockwell T, Naimi TS, Churchill S, Clay J. Association Between Daily Alcohol Intake and Risk of All-Cause Mortality: A Meta-analysis of 107 Cohort Studies. *JAMA Netw Open*. 2023;6(3):e236185.

14) Rovira P, Rehm J. Estimation of cancers attributable to alcohol consumption in the EU in 2017. *Eur J Public Health*. 2021;31(3):507-513.

15) Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599,912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet*. 2018;391(10129):1513-1523.

16) Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 2015;112(3):448-456.





K A R D İ Y O L O J İ
K A L P V E D A M A R C E R R A H İ S İ

YENİDOĞANDAN ERİŞKİNE HER ŞEY SAĞLIKLI BİR KALP İÇİN

PEDİATRİK KARDİYOLOJİ | ERİŞKİN KARDİYOLOJİ
PEDİATRİK KALP VE DAMAR CERRAHİSİ | ERİŞKİN KALP VE DAMAR CERRAHİSİ



444 70 44



Kuruluşumuz,
Akademik Tıp Merkezi
Hastanesi olarak
JCI tarafından
akredite edilmiştir.



MEDİPOL
MEGA
MEDİPOL MEGA
HASTANELER KOMPLEKSİ



Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi kalitesini JCI ile taçlandırdı.

Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi, JCI tarafından Akademik Tıp Merkezi Hastane Standartları kapsamında denetlenip gerekli koşulları sağlayarak akreditasyon belgesi almaya hak kazandı.

Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi'nin uluslararası sağlık standartlarına uygun hizmet anlayışı, hasta güvenliği ve kalite uygulamaları JCI akreditasyonu ile uluslararası düzeyde tescillenmiştir.

