

ISSN: 2667-5838

JOHMAL

Journal of Healthcare Management and Leadership

Editor
Prof. Dr. Şebnem Aslan



(Yıl: 2021, Sayı: 1 / Year: 2021, Issue: 1)



JOHMAL

JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP

SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ

Sayı: 1 • Nisan 2021

Issue: 1 • April 2021

ISSN: 2667-5889

<http://dergipark.gov.tr/johmal>
e-posta: www.journalhmal@gmail.com

Dergi Ofis Adresi (Office Address)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN
Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya

JOHMAL, uluslararası hakemli, açık erişimli bilimsel bir dergidir.

Baş Editör (Editor in Chief)
Prof. Dr. Şebnem ASLAN

Editör Kurulu (Editorial Board)

- Prof. Dr. Şebnem ASLAN, Selçuk University, Turkey
Prof. Dr. Sandeep Kumar GUPTA, IIMT College of Engineering (Management), Greater Noida, India
Prof. Dr. Sayonara de Fátima TESTON, University of West Santa Catarina, Brazil
Prof. Dr. Andrea BENCSIK, NJ. Selye University, Komarno, Slovakia
Prof. Dr. Patrick ZAWADZKI, University of West Santa Catarina, Brazil
Prof. Dr. Nadiia P. REZNIK, National University of Life and Environment Science of Ukraine, Ukraine
Prof. Dr. Suzete Antonieta LIZOTE, University of Itajai Valley, Brazil
Prof. Dr. Akbar VALADBİGI, Elmi-Karbordi University, Jahad-e Daneshgahi, Sanandaj, Iran
Prof. Dr. Arceloni Neusa VOLPATO, UNIFACVEST University Centre, Brazil
Prof. Dr. Valeriia Y. PROKOPENKO, V.N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine
Prof. Dr. Beatriz Lucia Salvador BIZOTTO, UNIFACVEST University Centre, Brazil
Prof. Dr. Madhur GUPTA, St Xavier's College (Management), Bangalore, India
Prof. Dr. Camilia Susana FALER, University of West Santa Catarina, Brazil
Prof. Dr. Tahir AKGEMCİ, Selçuk University, Turkey
Prof. Dr. Basheer Youisf Ismail, Duhok Politechnic University, Department of Accounting, Iraq
Prof. Dr. Ni Made Eka MAHADEWI, Bali Tourism Polytechnic (Management), Indonesia
Prof. Dr. Shikha KAPOOR, Amity University, Noida, India
Prof. Dr. Nilgün Caner SARP, İstanbul Bilgi University, Turkey
Prof. Dr. Md. Zahir Uddin ARIF, Jagannath University, Dhaka, Bangladesh
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Ankara University, Turkey
Dr. Praveen Kumar SHARMA, Jaypee Institute of Information Technology, India

Temel İletişim [Primary Contact]

PhD. Demet AKARÇAY ULUTAŞ
demetakarcay@gmail.com
+90332 444 12 51-7460

PhD. Erhan KILINÇ
erhank23@hotmail.com
+90 554 125 46 53

Lecturer Fatih SÜNBÜL
fatihsunbul@kilis.edu.tr
+90 553 305 83 70

Teknik İletişim [Technical Contact]

Lecturer Fatih SÜNBÜL
fatihsunbul@kilis.edu.tr
+90 553 305 83 70

Journal of Healthcare Management and Leadership is an international peer-reviewed journal which is published one times a year. Special or additional issues may also be published if necessary. The articles cannot be cited partly or entirely without showing resources.

The responsibility about scientific and grammatical issues is belong to authors. The papers sent to the journal are reviewed by two referees and after their approval, they will be sent to edit before being published.

Writing & Publishing Policies can be found in the journal's website.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored or introduced into a retrieval system without prior written permission.

Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi yılda bir kez yayınlanan uluslararası hakemli bir dergidir. Gerek duyulduğunda özel veya ek sayı çıkarılabilir. Dergide yer alan yazılar kaynak gösterilmeksizin kısmen ya da tamamen iktibas edilemez.

Bu dergide yayınlanan çalışmaların bilim ve dil sorumluluğu yazarlarına aittir.

Dergimize gönderilen çalışmalar, alanında uzman iki ayrı hakem tarafından incelendikten sonra uygun görülenler yayınlanmaktadır.

Yazım kurallarına ilişkin bilgilere dergimizin web adresinde yer verilmiştir.

Bu derginin tüm hakları saklıdır. Önceden yazılı izin almaksızın hiçbir iletişim ve kopyalama sistemi kullanılarak yeniden kopyalanamaz, çoğaltılamaz ve satılamaz.

JOURNAL NAME: JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)

AIMS AND SCOPE:

JOHMAL aims to contribute healthcare management and leadership areas by publishing articles, researches, dissemination of various arguments in healthcare management and leadership studies. The objective of the journal is to share understanding by exploring new practices, perspectives and also promoting social policies and strategies through advancing theoretical background. JOHMAL publishes reporting empirical research and theoretical studies about analyzing, researching, debating and promoting social policies or practices about healthcare management, leadership, social issues, behavioral and human sciences based on individuals, families, societies, organizations, countries.

DERGİ ADI: SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ

AMAÇ VE KAPSAM

Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi; sağlık yönetimi ve liderlik alanında makaleler, araştırmalar ve çeşitli argümanların yayılması yoluyla yayın yaparak sağlık yönetimi ve liderlik alanlarına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Derginin amacı, bu alanda yeni uygulamaların, bakış açılarının ve aynı zamanda teorik bilgi donanımıyla desteklenen sosyal politikaların ve stratejilerin paylaşılmasıdır. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi; sağlık yönetimi, liderlik, sosyal konular, davranışsal ve bireylere, ailelere, toplumlara, kuruluşlara, ülkelere dayanan beşeri bilimlerle ilgili sosyal politikaları veya uygulamaları analiz etme, araştırma, tartışma ve teşvik etme ile ilgili ampirik araştırma ve teorik çalışmaları yayımlar.

PUBLISHING POLICIES OF JOURNAL

1. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) is published annually and has a peer review process. Special or additional issues may also be published if necessary.
2. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) includes international academic reviews, researches articles and studies in healthcare management and leadership sciences to peer review process. All manuscripts are reviewed initially by the Editors as to aims, scope, principles and standards of the journal. After this editorial evaluation, appropriate manuscripts will be sent for outside review.
3. All manuscripts are evaluated by at least two reviewers. Reviewers are determined as to science field.
4. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) performs a double-blind review process.
5. JOHMAL has an effort to publish original studies related with social sciences. The author(s) should ensure that submitted articles/manuscripts have not been previously in any journal or media and sent to any journal review process.
6. JOHMAL attaches importance to academic and scientific publishing pattern. In the light of this principle, submitted articles may be checked with duplication-checking software to protect author rights against top lagiarism, copyright in fringementand the other breaches of practices in publication.
7. All processes related with reviewing and publishing should be followed online via peer review system.
8. All rights of the articles have been assigned to the journal within the publishing process. Accepted manuscripts for the publication are not reproduced, used or published in any other media without permission of the journal management. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) may publish the articles various data bases or the other media.
9. All legal, economic and ethical responsibility of the articles that sent to Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) for publishing belong to the author(s).
10. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) publishes articles in English, Turkish and German.
11. The manuscripts that fit within the aims and scope of the journal are reviewed by the reviewers within 20 days. If the manuscript is not reported at the end of this process, a new reviewer may be appointed for the article.
12. The manuscript that has two positive review reports from the field evaluation is eligible for publication. The manuscript that has only a positive review report is sent to a third reviewer and the publication of the manuscript is determined by the report of the third reviewer.
13. The authors can oppose here viewer reports within scientific views and reasons. In such a case, editorial board examine the manuscripts and report.
14. There are no fees payable to submit or publish in this journal.

SUBMISSION GUIDELINES

1. Articles must be written in the Microsoft Word Programme and the page structure must be created as follows:

Paper Size	A4 Vertical
Top Margin	3 cm
Bottom Margin	3 cm
Left Margin	3 cm
Right Margin	3 cm
Font	Times News Roman
Font Style	Normal
Type Size	(Head line) 12
Type Size	(Regular Text) 11
Type Size	(Footnote Text) 9
Type Size	(Abstract) 10
Paragraph Spacing	6 nk
Line Spacing	1
2. The abstract should be no more than 250 words and should have the following subsections.
 - **Summary** (which should contain details of the context for the article and methods/approached)
 - **Findings** (which should contain the key findings)
 - **Applications** (which should contain details of impact and application to Professional practice)
3. Full articles should be a maximum of 8000 words.
4. Manuscripts should have 3-5 keywords under the abstract.
5. The manuscripts should follow APA reference style.
6. The manuscripts that are not appropriate for submission guidelines cannot be include in peer review process.

1. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, yıllık olarak yayınlanan uluslararası hakemli bir dergidir. Gerekli durumlarda özel ya da ek sayılar yayınlanabilir.
2. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, sağlık yönetimi ve liderlik alanlarında yapılan uluslararası akademik derlemeleri, araştırmaları, makaleleri ve çalışmaları hakemlik sürecine dahil etmektedir. Bütün çalışmaların derginin amacına, ilkeleri ve standartlarına uygunluğu başlangıçta editör kurulu tarafından değerlendirilmektedir. Editör değerlendirmesinde uygun bulunan çalışmalar dış hakemlere gönderilmektedir.
3. Her çalışma en az iki hakem tarafından değerlendirilmektedir. Hakemler bilim dallarına göre belirlenmektedir.
4. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, çift- kör hakemlik süreci yürütmektedir.
5. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, sosyal bilimlerle ilişkili özgün çalışmalar yayınlamayı amaçlamaktadır. Yazar(lar) dergi sistemine yükledikleri çalışmaların daha önce başka bir dergide ya da medyada yayınlanmadığından emin olmalıdır(lar).
6. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, akademik ve bilimsel yayın aşamalarına önem vermektedir. Bu ilke ışığında, yüklenen çalışmalar yazarların haklarını korumak için intihal, telif hakkı ihlali ve yayınlarda görülen diğer ihlallere karşı intihal programıyla taranabilir.
7. Hakemlik ve yayınlamayla ilgili bütün süreçler elektronik hakemlik sistemiyle takip edilmektedir.
8. Çalışmaların bütün hakları yayın sürecinde dergiye devredilmektedir. Yayın için kabul edilen çalışmalar dergi yönetiminden izin alınmadan çoğaltılamaz ya da başka medya ortamlarında yayınlanamaz. Dergi, çalışmaları çeşitli veri tabanlarında ya da medyalarda paylaşabilir.
9. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisine gönderilen çalışmaların bütün yasal, ekonomik ve etik yükümlülükler yazarlara aittir.
10. Sağlık yönetimi ve liderlik dergisi, İngilizce, Almanca ve Türkçe dillerinde çalışmalar yayınlamaktadır.
11. Derginin amacı ve kapsamına uygun olan çalışmalar 20 gün içinde hakemler tarafından değerlendirilmektedir. Bu süreç içinde hakem tarafından değerlendirilmeyen çalışmalar için yeni bir hakem ataması yapılabilir.
12. İki olumlu hakem raporuna sahip bir çalışma yayına hak kazanmaktadır. Sadece bir olumlu hakem değerlendirmesine sahip çalışma üçüncü bir hakeme gönderilmekte ve çalışmanın yayınlanma kararı üçüncü hakemin raporuna göre verilmektedir.
13. Yazarlar, bilimsel gerekçe ve nedenlerini belirterek hakem raporlarına itiraz edebilirler. Böyle bir durumda, Editör kurulu çalışmayı ve raporları inceler.
14. Bu dergiye makale yüklemek, dergide makale yayınlamak için herhangi bir ücret alınmamaktadır

YAYIN GÖNDERME KURALLARI

1. Makaleler Microsoft Word Programında yazılmalı ve sayfa yapısı aşağıdaki gibi oluşturulmalıdır:

Kağıt Boyutu: A4 Dikey
Üst Kenar Boşluğu: 3 cm
Alt Kenar Boşluğu: 3 cm
Sol Kenar Boşluğu: 3 cm
Sağ Kenar Boşluğu: 3 cm
Font: Times News Roman
Yazı Tipi Stili: Normal
Tür Boyutu (Başlık): 12
Tür Boyutu (Normal Metin): 11
Tür Boyutu (Dipnot Metni): 9
Tür Boyutu (Özet): 10
Paragraf Boşluğu: 6 nk
Satır Aralığı: 1

2. Özet 250 kelimedenden fazla olmamalı ve aşağıdaki alt bölümlere sahip olmalıdır.
 - Özet (makale içeriğinin detaylarını içermeli ve yöntemlerle / ele alınmalı)
 - Bulgular (anahtar bulguları içermesi gerekir)
 - Uygulamalar (mesleki uygulamaların ayrıntıları ve içeriği gerekir)
3. Tam makaleler en fazla 8000 kelime olmalıdır.
4. Anahtar kelimeler; özetin altında 3-5 anahtar kelimeye sahip olmalıdır.
5. Yazılar APA referans stilini izlenmelidir.
6. Gönderme yönergeleri için uygun olmayan yazılar, hakem incelemesine dahil edilemez.

MAKALELER/ ARTICLES

2021 Yılı, Sayı: 1 Makaleleri (2021 Year, Issue: 1 Articles)

Katastrofik Sağlık Harcamalarında Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Rolü

(The Role of Preventive Healthcare Services in Catastrophic Health Expenditures)

Derleme/ Review (1-14)

Sağlık Hizmetlerinde Sanal Organizasyon, E-Sağlık ve Teletıp: Avrupa Referans Ağları

(Virtual Organization, E-Health and Telemedicine in Health Services: European Reference Networks)

Derleme/ Review (15-35)

Göçmen Sağlığı Bağlamında Türkiye'deki Suriyelilere Yönelik Sağlık Politikaları

(Immigrant Health Policy Toward the Context of Syria in Turkey)

Derleme/ Review (36-58)

Türkiye'de Sağlık İşgücü Kamu İstihdamı

(Public Health Workforce Employment in Turkey)

Derleme/ Review (59-69)

Diş Hekimi ve Ağız Diş Sağlığı Merkezleri Tercihinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın İncelenmesi

(Examination of Word of Mouth Marketing in the Preference of Dentist And Oral Dental Health Services)

Araştırma/ Research (70-83)

Türkiye'de COVID-19 Salgını Sürecinde Özel Hastanelerin Facebook Kullanımı Üzerine Nitel Bir Araştırma

(A Qualitative Research on Facebook Use of Private Hospitals in the COVID-19 Epidemic Process in Turkey)

Araştırma/ Research (84-93)



E-ISSN: 2667-5838	https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal	Paper Type: Review Paper, Makale Türü: Derleme
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 14/08/2020 Accepted Date / Kabul Tarihi:01/09/2020

**KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARINDA KORUYUCU SAĞLIK
HİZMETLERİNİN ROLÜ**



**THE ROLE OF PREVENTIVE HEALTHCARE SERVICES IN CATASTROPHIC
HEALTH EXPENDITURES**

Atıf/ to Cite (APA): Akman, E. ve Kopuz, K. (2021). Katastrofik Sağlık Harcamalarında Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Rolü. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, (1), 1-14.

**Eren AKMAN¹
Koray KOPUZ²**

DOI: <https://doi.org/10.35345/johmal.780830>

ÖZ

Bireyler yaşamlarını devam ettirebilmek için sağlık hizmetlerini kullanmak zorundadır. Kullandıkları hizmetin karşılığında yaptıkları harcamalar, hanehalkı üzerinde olumsuz etki oluşturabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hanehalkının temel ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra gelirin %40'ına eşit ya da daha fazla miktarda sağlığa yönelik yaptıkları harcamalar katastrofik sağlık harcamaları olarak adlandırılmaktadır. Bu harcamalar en çok engelli, yaşlı, yataklı tedavi görmüş ve kronik hastalığı olan bireyler ve aileleri tarafından yapılmaktadır. Katastrofik sağlık harcamaları, tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılan harcamalardan kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla, koruyucu sağlık hizmetleriyle bireyler hastalıklardan korunabilirse, tedaviye duyulan ihtiyaç ve katastrofik sağlık harcamaları da büyük oranda azalabilir. Bu çalışmanın amacı, katastrofik sağlık harcamalarının azaltılmasında koruyucu sağlık hizmetlerinin rolünü belirtmektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği sağlık profesyonelleri ve devletler tarafından bilinmekte ancak uygulamada bazı engeller bulunmaktadır. Bu engellerin kaldırılarak koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması için gerekli politikaların düzenlenmesinin hem toplumlar hem de devletler için mali avantaj sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Cepten Ödemeler, Katastrofik Sağlık Harcamaları, Koruyucu Sağlık Hizmetleri

ABSTRACT

Individuals have to use health services in order to continue their lives. The expenditures they make in return for the service they use can have a negative impact on the household. According to the World Health Organization, expenditures that are equal to or more than 40% of the income after meeting the basic needs of households are called catastrophic health expenditures. These expenditures are mostly spent by people with disabilities, elderly, inpatients and chronic diseases. Catastrophic health expenditures arise from the expenditures on therapeutic health services. Therefore, if individuals utilise preventive healthcare services regularly, the need for treatment and consequently catastrophic health expenditures will be greatly reduced. The aim of this study was to indicate the role of the preventive healthcare services utilisation in reducing catastrophic health expenditures. The effectiveness of preventive healthcare services is known to health professionals and governments, but there are some barriers affecting the utilisation of them. It is thought that by removing these obstacles and arranging the necessary policies to spread preventive health services, it can provide financial advantage for both societies and states.

Keywords: Health, Out-of-pocket Expenditures, Catastrophic Health Expenditures, Preventive Healthcare Services

¹ Öğr. Gör., Kastamonu Üniversitesi, Tosya MYO, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü, akmanneren@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6895-851X>

² Arş. Gör., Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, koraykopuz@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7985-8338>

1.GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, vazgeçilemez ve ertelenemez ihtiyaçlardır. Hatta bazı durumlarda yeme, içme, barınma gibi insan hayatında önemli yere sahip temel ihtiyaçlardan bile önce gelmektedir. Bu sebeple sağlık hizmeti, insanların hayatını devam ettirebilmesi için gerekli olan temel insan hakları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin bu kadar gerekli ve zorunlu oluşu bireylere zaman zaman sıkıntılar yaşatabilmektedir. Bu sıkıntıların başında da ekonomik problemler yer almaktadır.

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetler olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2017). Bu hizmetlerin içinde en çok yüksek teknoloji ve uzmanlık gerektiren, işleyişi karmaşık, erişimi yer yer zor ve uygulaması pahalı olan hizmet grubu tedavi edici sağlık hizmetleridir. Dolayısıyla, bireylerin hastalandıktan sonra tedaviye duyduğu her ihtiyaç bireylere ve devlete yüksek bir maliyet riski oluşturmaktadır. Bireyler için ekonomik sıkıntılara neden olan, temel ihtiyaçlarından kısarak yoksullaşmasına hatta ölümlerine sebebiyet veren yıkıcı sağlık harcamalarına katastrofik sağlık harcamaları denilmektedir (Xu vd., 2005).

Tedavi edici sağlık hizmetleri için yapılan harcamalardan kaynaklanan katastrofik sağlık harcamaları, gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın, birçok ülkede görülmektedir. Hatta gelişmemiş ülkelerin çoğunda sebep olduğu yıkıcı etkiler birçok ölümün nedenini oluşturmaktadır (Çınaroğlu ve Şahin, 2016). Burada düşünülmesi gereken sorular, bireylerin insan olarak talep etme haklarının olduğu sağlık hizmetlerinin bu yıkıcı yükü ortadan kaldırılabiliyor mu? Kaldırılmaz ise, devam eden bu yıkıcı harcamaların etkisi nasıl azaltılabilir?

Bu çalışmanın amacı, katastrofik sağlık harcamalarının azaltılmasında koruyucu sağlık hizmetlerinin rolünü belirtmektir. Çalışmanın ilk bölümünde katastrofik sağlık harcamaları, hangi durumlarda ortaya çıktığı ve sebep olduğu olumsuz etkilerden bahsedilecektir. İkinci bölümde koruyucu sağlık hizmetleri, özellikleri ve etkinliğine dair örnekler verilecektir. Son olarak, katastrofik sağlık harcamalarının önlenmesi için koruyucu sağlık hizmetlerinin rolünden bahsedilerek önerilerde bulunulacaktır.

2.KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI

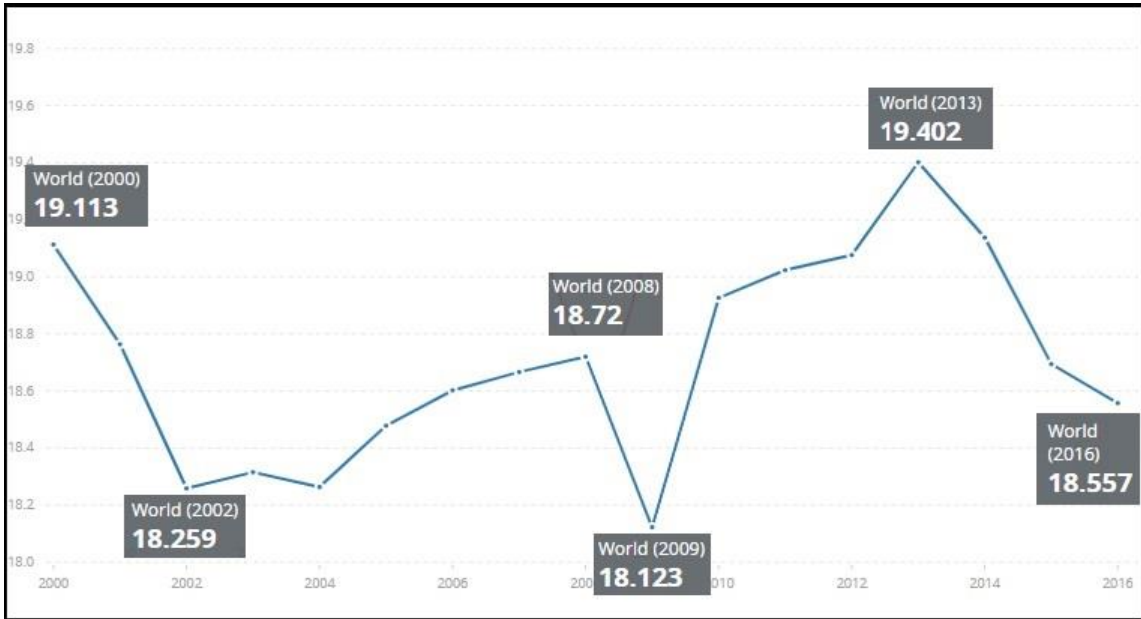
Tüm sağlık sistemlerinin temel amaçlarından biri, toplumu oluşabilecek finansal risklere karşı korumaktır. Toplum, vergiler ya da primler yoluyla sağlık güvencesi altına alınmadığı takdirde, cepten ödeme yoluna gidecektir. Bu ödeme sistemi, sağlık sisteminde var olan en adaletsiz ve verimsiz ödeme şeklidir. Çünkü doğrudan yapılan bu cepten ödemeler sebebiyle, aileler yıkıcı sağlık harcamalarıyla karşı karşıya kalabilmektedir (Kazemi-galougahi vd., 2019). Bu yıkıcı durum, katastrofik sağlık harcamaları olarak adlandırılmaktadır. Katastrofik sağlık harcamalarını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hanehalkının temel ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra gelirin %40'ına eşit veya daha fazlasına denk gelecek miktarda sağlığa yönelik yaptıkları harcamalar olarak tanımlamaktadır (Xu vd., 2005).

Katastrofik sağlık harcamaları en çok yoksul aileler üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır. Göreceli olarak düşük maliyetler dâhi yoksul haneleri gıda, konut ve eğitim gibi temel ihtiyaçları kısımaya zorlayarak katastrofiye yol açabilmektedir (Oğuzhan ve Kurnaz, 2018). Hatta bazı durumların yıkıcı etkileri şiddetini artırarak kişilerin hayatlarını tehlikeye sokmakta ve ölüm ile karşı karşıya bırakmaktadır (Çınaroğlu ve Şahin, 2016). Ancak, katastrofik sağlık

harcamaları sadece yoksul ailelerde değil, zengin aileler üzerinde de yıkıcı etkilere sebebiyet vermektedir. Yüksek miktarda yapılan cepten ödeme, zengin hanehalkını zor duruma düşürebilmekte hatta yoksullaşmasına sebep olabilmektedir (Xu vd., 2007).

Cepten yapılan ödemeler, bireylerin herhangi bir sağlık hizmetini kullandıkları sırada, üçüncü bir şahıstan geri ödeme yapılmaksızın, hanehalkının doğrudan cebinden çıkan formal ya da informal ödemelerdir (Cylus vd., 2018). Formal ödemeler, bireyin ihtiyaçlarının herhangi bir sağlık güvencesi tarafından karşılanmadığı durumlarda yasa ve düzenlemeler ışığında kullandığı hizmet bedeli için yaptığı bütün ödemelerdir (Özgen, 2008). İnfomal ödemeler ise, sağlık hizmetinden faydalanmak ya da daha kaliteli hizmet almak için yasal olarak tanımlanan çerçevenin dışında hizmet sunucu kişi ya da kuruma yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler nakit ile olacağı gibi hediye şeklinde de olabilir. Bu ödemeler; bahşiş, zarf ve masa altı ödemeler olarak da bilinmektedir (Oğuzhan ve Kurnaz, 2018). Cepten yapılan ödemelerin yaygınlaşması sağlık sistemi için risk oluşturmaktadır. Sağlık finansmanında ana kaynak konumuna gelen cepten ödemeler, sağlık hizmetine erişimde ve eşitlikte olumsuzluklara sebep olabilmektedir.

DSÖ'nün 2005 yılı raporuna göre her yıl dünya genelinde yaklaşık olarak 44 milyon hane veya 150 milyondan fazla kişinin katastrofik harcamalarla karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir. Ayrıca, cepten yapılan harcamalar nedeniyle 25 milyon hane ve 100 milyondan fazla kişinin yoksulluğa uğradığı raporda yer almaktadır (Xu vd., 2005). Buradan hareketle, katastrofik harcamaların hesaplanmasında cepten yapılan ödemelerin belirlenmesi önem arz etmektedir. Grafik 1'de Dünya Bankası tarafından hazırlanan, dünya genelindeki cepten ödemelerin sağlık harcamaları içerisindeki payı belirtilmiştir.



Grafik 1. Dünyada cepten ödemelerin sağlık harcamaları içerisindeki payı (%)

Kaynak:(The World Bank, Erişim Tarihi: 03.01.2020)

Yukarıdaki grafikte 2000-2016 yılları arasındaki cepten ödemelerin sağlık harcamaları içerisindeki payı belirtilmiştir. Bu süre zarfında birçok ülkede sağlıkta dönüşüm gerçekleşmiş, bireylere sağlık güvencesi sağlanarak sağlık sigortası kapsamı gittikçe genişletilmeye çalışılmıştır. Ancak, grafikten de anlaşılacağı üzere cepten ödemelerin sağlık harcamaları

içerisindeki payında büyük bir değişiklik meydana gelmemiştir. Bu durum, katastrofik sağlık harcamalarının geçmişten günümüze devam eden yıkıcı etkisine işaret etmektedir. Cepten ödemeler özellikle, gelişmekte olan ülkelerde ekonomik sıkıntılara neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde cepten ödemeler arttıkça, risk paylaşımı ve havuzlama ortadan kalkar. Kaynak dağılımı adaletsiz bir hâl alır. Bunun sonucunda ise, finansal olarak zorluklar çeken bireyler savunmasız kalarak katastrofik sağlık harcamaları yapmak zorunda kalırlar (Yazdi-Feyzabadi vd., 2018).

Cepten harcamaların olumsuz etkileri, sağlık hizmetini kullanmaya muhtaç olup, sırf ödeme gücü olmadığı için sağlık hizmetini kullanamayan ve hastalığı tedavi edilemeyen bireyler arasında görülmektedir (Whitehead vd., 2001). Cepten harcamaların yoksul haneler üzerinde oluşturduğu bu yıkım, gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın, dünyanın birçok ülkesinde meydana gelmektedir (Özgen, 2008). Ancak, hanelerin katlanmak zorunda kaldığı katastrofik sağlık harcamalarının yoksullaştırıcı etkisi en fazla düşük ve orta gelirli ülkelerde ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, sağlık sisteminin dönüşüm sürecinde olduğu ülkelerde de katastrofik harcamaların olumsuz etkileri sıklıkla görülmektedir (Çınaroğlu ve Şahin, 2016). Katastrofik sağlık harcamalarının yoğun görüldüğü ülkelere bakıldığında, bireylerin düşük gelirli olması, sigortasız nüfusun fazla olması, risk havuzu mekanizmasının bulunmaması, özel sağlık kuruluşlarının fazla olması ve informal ödemelerin yaygınlığı dikkat çekmektedir (Oğuzhan ve Kurnaz, 2018).

Sağlık hizmetlerinde katastrofik harcamaların; engelli, yaşlı, yataklı tedavi görmüş, kronik hastalığı bulunan ve bunlara bağlı olarak ilaç kullanmak zorunda olan bireylerde daha fazla olduğu literatürde yer almaktadır. Yataklı tedavi, bu grubun içindeki en yüksek katastrofik harcama payına sahiptir. Yataklı tedaviden sonra gelen ikinci en büyük katastrofik harcama ise kronik hastalıklar için yapılmaktadır. Kalp hastalığı, kanser, kronik akciğer hastalığı, felç, alzheimer hastalığı, osteoartrit, kronik böbrek hastalığı ve diyabet gibi hastalıklar, hanehalkını maddi olarak yıkıma uğratan başlıca kronik hastalıklardır. Özellikle, özel finansman ağırlıklı ülkeler için bu hastalıkların yükü fazladır. 2016 yılında ABD’de kronik hastalıkların doğrudan maliyetinin 1 trilyon doların üzerinde ve kayıp ekonomik verimlilik göz önünde bulundurulduğunda ise, bu değer 3,7 trilyon dolara yükseldiği belirtilmiştir (Levine vd., 2019). Dolayısıyla, kronik hastalıklar katastrofik harcamalar içinde büyük bir orana sahiptir. Yataklı tedavi ve kronik hastalıkların birlikte görüldüğü hanelerde katastrofik harcama oranı %35; engelli, yaşlı, yataklı tedavi ve kronik hastalık risklerinin bir arada görülmesi durumunda ise katastrofik harcamaların %71 seviyelerinde olduğu bildirilmektedir (Aygün, 2017).

Yapılan araştırmaların çoğu, özellikle yatan hasta hizmetlerinin yıkıcı etkilere maruz bıraktığından bahsetmektedir. Uzun süreli yatışlardaki günlük yatak maliyetleri ve yoğun bakım ünitelerinin masrafları hastalar üzerinde ağır bir yük oluşturmaktadır. Ayrıca, uzun bekleme süreleri ve yetersiz hizmet nedeniyle kamuda sağlık hizmeti kullanmanın zor olduğu ülkelere hastaların mecburi olarak özel hastanelere başvurması katlanılan yükü arttırmakta ve hanehalkını yoksulluğa sürüklemektedir (Aryankhesal vd., 2018). Hastaların mecburi olarak özel hastanelere gitmesindeki bir diğer neden ise, spesifik ameliyatları yapan hekimlerin özel hastanelere geçmeleridir. Bu tür durumlarda bireyler, tedavi olabilmek için özel hastaneye başvurmak zorunda kalmaktadır. Ayrıca, günümüzde özel hastaneler otelcilik hizmeti adı altında hizmet fiyatlarını yükseltmekte bu durum ise, zorunlu olarak özel hastaneye başvuran bireyler üzerindeki katastrofik etkinin daha da artmasına neden olabilmektedir (Koçkaya, 2017; Abolhallaje vd., 2013).

Sağlık sistemlerinin temel amaçlarından biri, sağlığı iyileştirmenin yanı sıra farklı gelir düzeyindeki bireyler arasında uygun kaynak dağılımı yaparak, sağlık eşitliğini sağlamaktır. Bu eşitliğin önemli belirleyicilerinden biri şüphesiz cepten yapılan ödemelerdir (Kazemi-galougahi vd., 2019). Cepten yapılan ödemeler, sadece katastrofik sağlık harcamalarına değil aynı zamanda fakir ve zengin haneler arasındaki mevcut maddi farklılığı daha da arttırarak ekonomik dengesizliğe yol açmaktadır. Dolayısıyla, hem bu dengesizliğin hem de katastrofik sağlık harcamalarının etkisinin azaltılması için ihtiyaç duyulan temel politika, kapsayıcı sağlık sigortasıdır (Guo vd., 2016). Dikkat edilmesi gereken nokta, sağlık sigortasının bulunması yeterli olarak görülmemelidir. Burada önemli olan, bu sağlık sigortasının ne derece kapsamlı olduğudur. Dolayısıyla, hanelerin katastrofik sağlık harcamaları ve ekonomik sıkıntı riski, mevcut sağlık sigortasının hizmet kapsamı ve ödeme oranları ile yakından ilişkilidir (Aryankhesal vd., 2018).

Literatürde, sağlık sigortasının bulunmamasının katastrofik sağlık harcamalarına yol açan en önemli neden olduğu belirtilmektedir. Ancak, sağlık sigortasının olması, katastrofik sağlık harcamalarının olmayacağı anlamına gelmemektedir. Tedavi hizmetlerinin sigorta tarafından karşılandığı durumlarda bile, aileler katastrofik sağlık harcamalarına uğrayabilir. Örneğin, hastalığın tedavisi için farklı bir şehire gitmek zorunda kalan bir aile ulaşım ve konaklama gibi dolaylı sağlık harcamalarına maruz kalabilmektedir. İlk etapta göz ardı edilen bu harcamalar az gibi görünse de ailelere finansal olarak büyük yükler oluşturabilmektedir (Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu, 2018). Bu durum, kırsal kesimde yaşayan aileleri daha çok etkilemektedir. Çünkü kırsal kesimlerde sunulan tedavi hizmetleri kısıtlı olduğu için kentsel bölgelere sağlık hizmetinden faydalanmak için yapılan her girişim, ailelerin dolaylı olarak katlandıkları birçok maliyete sebebiyet vermektedir (Yazdi-Feyzabadi vd., 2018).

Katastrofik sağlık harcamaları çok geniş bir yelpazede karşımıza çıkmaktadır. Bu harcamaların yıkıcı etkisini tamamıyla ortadan kaldırmak neredeyse imkânsız gibidir. Bu sebeple, katastrofik sağlık harcamalarının etkisi mümkün olduğunca azaltılmaya çalışılmalıdır. Dolayısıyla devletlerin benimsediği mevcut sağlık politikaları bu noktada kritik önem arz etmektedir.

3.KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

Koruyucu sağlık hizmetleri; bulaşıcı hastalıklarla savaş, hijyen, hastalık sonrası rehabilitasyon konusunda danışmanlık hizmetinin verilmesi, toplumun sağlık eğitimi düzeyinin artırılması, beslenme ve yaşam tarzının değiştirilmesi gibi hastalık veya sakatlık durumunun oluşmaması için tedaviden önce önlemeyi hedef edinen sağlık hizmetlerinin tümüdür (Basan ve Bilir, 2016). Getirisinin az olması nedeniyle özel sağlık kuruluşları koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade kâr getirisi daha yüksek olan tedavi edici sağlık hizmetlerine eğilim göstermektedir. Bu sebeple, koruyucu sağlık hizmetleri, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde tüm bireylere ücretsiz olarak devlet tarafından sunulmaktadır (Ağır ve Tıraş, 2018).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişinin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmektir. Bu sebeple kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki gruba ayrılmaktadır.

3.1.Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri en genel itibariyle, toplumda var olan ve bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenlerin ortadan kaldırılması ya da bireylerin bu olumsuzluklardan etkilenmemesi için gerekli önlemlerin

alınarak çevrenin olumlu hale getirilmesini amaçlayan çabaların tümü olarak tanımlanmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010).

Başlıca çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri şunlardır;

- Temiz su kaynaklarının sağlanması ve denetimi,
- Katı atıkların denetimi,
- Zararlı canlılarla mücadele,
- Besin sanitasyonu,
- Hava kirliliğinin denetimi,
- Gürültü kirliliğinin denetimi,
- İş sağlığı,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Radyasyonla mücadele.

Yukarıda belirtilen hizmetlerden de anlaşılacağı üzere çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık sektöründen ziyade diğer sektör ve çalışanlarını ilgilendirmektedir (Tengilimoğlu vd., 2017). Bu durum, aslında insan sağlığının sadece sunulan sağlık hizmetinden etkilenmekten ziyade çok daha kapsamlı ve geniş bir alanı ilgilendiren bir unsur olduğu anlamına gelmektedir.

3.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişileri dolayısı ile de toplumun bütününe hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılarak hastalanmasını önlemeyi, hastalandıklarında ise, erken dönemde teşhis ederek uygun tedavi ile hasarsız ya da en az hasarla iyileşmelerini hedefleyen hizmetlerin tümü kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır (Akdur, 2006).

Başlıca kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri şunlardır;

- Erken tanı ve uygun tedavi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma (kemoprofilaksi),
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,
- Aile planlaması,
- Ana çocuk sağlığı,
- Kişisel hijyen.

Yukarıda bahsi geçen hizmetlerden de anlaşılacağı üzere kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlık sektörü ve çalışanlarını ilgilendirmektedir (Tengilimoğlu vd., 2017). Amaç, sunulan hizmetlerle kişilerin ve dolaylı olarak toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesidir.

Toplumun sağlık düzeyinin korunması ve geliştirilmesi için uygulanan en düşük maliyetli uygulamalar koruyucu sağlık hizmetleridir. Düşük maliyetli olmasının yanı sıra, topluma sağladığı katkılar göz önüne alındığında verimliliği de bir hayli yüksektir (Ağır ve Tıraş, 2018). İnsanlığın tarihte mücadele ettiği en büyük sıkıntıların başında salgın hastalıklar gelmektedir. Veba, sıtma, kolera, çiçek ve tifüs salgınları çağlar boyunca insanlığın birincil ölüm nedenlerinden olmuştur. Bu nedenle bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tıp tarihinde hiçbir tedavi

ve girişimle karşılaştırılmayacak kadar büyük ve önemlidir. Günümüzde her ne kadar koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi yeteri kadar anlaşılmasa da tıp alanında yapılan hiçbir ameliyat, transplantasyon ya da herhangi bir müdahale bulaşıcı hastalıkların önlenmesi kadar insanlığa yarar sağlamamıştır (Doğan vd., 2006).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bu kadar etkin olması, tıp alanında belli öncüllerin değişmesine neden olmuştur. DSÖ'nün ana hedefi, koruyucu hekimliğin başarılı bir şekilde geliştirilmesine katkı sağlamaktır. Diğer bir ifade ile tedaviden önce, hastalanmamaya çalışmaktır (Doğan vd., 2006). Koruyucu hekimlik başarılı bir şekilde gerçekleştirilirse, insanların tedaviye duyduğu ihtiyaç büyük oranda azalabilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri küresel çapta geçmişten günümüze birçok başarı kaydetmiştir. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinin ardından bilinen en önemli atılımlar, bebek ölüm oranlarının azaltılması ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi alanlarında gerçekleştirilmiştir (Zimmerman vd., 2019). Bu alanda yapılan önleme ve iyileştirme çalışmalarının temelini aşı uygulamaları oluşturmaktadır. Aşılama, çocuk ve yetişkin sağlığını korumada, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde maliyet ve güvenilirlik açısından en etkili yöntemdir (Arısoy vd., 2015). Aşılama hizmetlerinin temel amacı, ortaya çıkabilecek hastalıkların önlenmesi, enfeksiyona bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılması ve doğumdan beklenen yaşam süresinin uzatılmasıdır (Gülcü ve Arslan, 2018).

DSÖ tarafından aşı, her yıl milyonlarca insanın hayatını kurtaran dünyanın en başarılı ve uygun maliyetli koruyucu sağlık hizmeti olarak vurgulanmaktadır. Dolayısıyla, her yaşta insanı hastalığa karşı korumak için aşılama teşvik edilmektedir. Günümüzde özellikle, çocuklara yapılan aşılama uygulamalarının her yıl 2-3 milyon çocuğun hayatını kurtardığı DSÖ raporlarında yer almaktadır. Yine aynı raporlarda aşılanmadığı için her yıl 1,5 milyondan fazla çocuğun öldüğü de belirtilmektedir (<https://www.who.int>, Erişim Tarihi: 05.01.2020).

UNICEF'in raporlarına göre ise, genellikle 1 ABD dolarından daha az olan aşının maliyeti, hasta bir çocuğun tedavi maliyetinden çok daha düşüktür. Çocukluk aşısı için harcanan 1 ABD doları, düşük ve orta gelirli ülkelerde 44 ABD doları kadar yatırım getirisi sağlamaktadır. Ayrıca, düşük ve orta gelirli ülkelerde aşılama yapılan yatırımların artırılması, tıbbi maliyetler nedeniyle gerçekleşen 36 milyon ölümü ve 24 milyon fakirleşme vakasını önleyebilmektedir (<https://www.unicef.org/immunization>, Erişim Tarihi: 06.01.2020). Bununla birlikte, dünyanın en yoksul 72 ülkesinde yürütülen tüm aşılama çalışmaları ile 2011 ve 2020 yılları arasında 6,4 milyon kişinin hayatının kurtarılacağı ve önlenen hastalıklar sayesinde tedavi masraflarının 6,2 milyar ABD doları azalacağı hesaplanmaktadır (Gülcü ve Arslan, 2018).

Aşılama uygulamaları, çocuk ya da yetişkin ayrımı yapılmaksızın, tüm nüfusu kapsayan temel koruyucu sağlık hizmetlerinin başında gelmektedir. Dolayısıyla, çoğunlukla çocuklarla özdeşleştirilmesi yetişkinlerde uygulanmaması anlamına gelmemektedir. Bilakis, aşılama uygulamaları çocuklar kadar yetişkinlerde de önemlidir. Özellikle, yaşlılar için hayati önem taşıyan koruyucu bir faktördür.

Yaş ilerledikçe komorbidite, kırılganlık ve malnütrisyon nedeniyle bağışıklık sistemi baskılanmakta ve bununla birlikte birçok enfeksiyon hastalığına yakalanma riski de artmaktadır. Özellikle, 65 yaş ve üzeri hastalarda solunum yolları hastalıkları, demans, kronik akciğer ve kalp hastalıklarının yanı sıra pnömoni gelişme riski de bir hayli artmaktadır (Okur ve Hintistan,

2018). Özellikle, salgın hastalıklar döneminde pnömoni ve gripten ölenlerin %80'inin 65 yaş ve üzeri kişiler olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, influenza aşılmasının kronik hastalıklar nedeniyle oluşan hastane yatışlarını, kalp ve solunum yolları hastalıklarından doğabilecek ölümleri büyük oranda azalttığı literatürde yer almaktadır (Simonsen vd., 2005). Dolayısıyla, zamanında yapılan aşılamların 65 yaş ve üzeri bireylerde yaygınlaştırılmasının hem birey ve toplum sağlığının iyileştirilmesinde hem de hastalık yükünün ve maliyetlerinin azaltılmasında kullanılan önemli bir unsur olduğu yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (Yılmaz vd., 2018).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli ve etkili olan bir diğer husus doğru beslenmedir. Yetersiz beslenme ve açlık sebebi ile milyonlarca insanın öldüğü ya da hastalıklara maruz kaldığı bilinmektedir. Ayrıca, aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları da hastalıklara ya da ölümlere yol açabilmektedir (Tüfekçi vd., 1999). Yapılan araştırmalarda DSÖ'nün önerdiği miktarda meyve ve sebze tüketmeyen, yetersiz fiziksel aktivite yapan, aşırı ve yanlış beslenen bireylerin obezite, kolesterol ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklara yakalandığı bildirilmektedir. Bu hastalıklar bireyler için hayati risk oluşturmaktadır. Ölümle sonuçlanmayan durumlarda ise yüksek hastalık maliyetlerine neden olmaktadır (Maimela vd., 2018).

Doğru beslenme alışkanlığı, bireye bebekliğinden itibaren ana-çocuk sağlığı çerçevesinde kazandırılmalıdır. Bunun için öncelikle, annenin doğru beslenmeyi bilmesi gerekmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen sağlık eğitimleriyle anneye kazandırılan bu alışkanlık, doğru emzirme ile başlamakta ve bireyin yetişkinliğine kadar etki etmektedir (Zimmerman vd., 2019). Örneğin, kronik hastalıkların başında gelen diyabet hastalığının kökenine bakıldığında, genetik yapı kadar çevresel faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir. Mortalite ve morbiditesi yüksek olan diyabet hastalığının çocukluk çağındaki beslenme ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla, ileri yaşlardaki ölüm ve hastalık yükünü azaltmak ve uygulanan koruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkin olabilmesi için koruyucu hekimlik uygulamalarından erken yaşta faydalanmaya başlanması gerekmektedir (Öztürk ve Toprak, 2017).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden biri de erken tanı ve tedavidir. Çeşitli yollarla korumaya çalıştığımız bireylerin hastalığa yakalanma durumlarında, hastalığın daha fazla ilerlemeden önlem alınmasını ve en az hasarla atlatmayı hedeflemektedir. Erken tanı uygulamaları için önemli adımlardan biri periyodik sağlık muayenesidir. Periyodik sağlık muayenesi, bireylerin belirli aralıklarla muayene edilerek olası hastalık risklerinin belirlenmesi ve oluşabilecek mortalite ve morbiditelere karşı gerekli önlemlerin alınmasıdır (Akdeniz vd., 2010a). Özellikle, bireyler üzerinde ağır yıkımlara sebep olan ve yüksek maliyetlere neden olan kanser hastalıklarında periyodik sağlık muayeneleri büyük önem arz etmektedir. Genellikle, yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan prostat ve meme kanseri hastalıklarında erken teşhisin önemli rol oynadığı bilinmektedir (Kurspahic vd., 2019). Yapılan araştırmalarda daha sık tarama yaptıran bireylerin kanserden kurtulma oranlarının çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Gupta vd., 2018).

Koruyucu sağlık hizmetleri, bahsedilenlerin dışında daha birçok alanda bireylere ve topluma fayda sağlamaktadır. Tedaviden önce hastalanmamaya odaklanan koruyucu sağlık hizmetlerinin özellikleri kısaca aşağıdaki gibi ifade edilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2017; Akdeniz vd., 2010b).

- Sunumu tedavi edici hizmetlere göre daha etkin ve ucuzdur.
- Uygulaması daha kolaydır.

- Sunumunda fazla araç-gereç ve personele ihtiyaç yoktur.
- Görevli personelin niteliğinin çok yüksek olması gerekmez.
- Kullanılan teknoloji basit ve daha ucuzdur.
- Hastanelerin hasta yükünü azaltır.
- İş gücü kaybını en aza indirir.
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı özellikle, yoksullar için mortalite oranını azaltır.
- Farklı coğrafi bölgelerdeki mortalite ve morbidite oranını azaltarak kent-kırsal ayrımını büyük oranda ortadan kaldırır.
- Bu hizmetlerin sunumunda aynı zamanda çevre de düzenlenmiş olur (Örneğin, sıtma eradikasyonunda bataklıkların kurutulması, vb.).

Bu özelliklerden de anlaşılacağı üzere koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerine göre uygulanabilirliği ve çıktıları açısından çok daha avantajlıdır. Özellikle, insan sağlığının iyileştirilmesi ve maliyetlerin düşürülmesi için hem devletlere hem de topluma sağladığı katkılar göz önüne alındığında, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi daha iyi anlaşılmaktadır.

4.TARTIŞMA VE SONUÇ

Genellikle engelli, yaşlı, yataklı tedavi görmüş, kronik hastalığın bulunan ve pahalı ilaç kullanmak zorunda olan hanelerde ortaya çıkan katastrofik sağlık harcamaları, gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın, birçok ülkede hane halkının fakirleşmesine hatta temel ihtiyaçlardan kıyarak ölümle sonuçlanmasına neden olabilecek yıkıcı harcamalardır. Tedaviye yapılan harcamaların yanında sağlık hizmetinden faydalanmak için katlanılan konaklama ve ulaşım gibi dolaylı harcamalar da bireyi katastrofiğe uğratmaktadır. Katlanılan bu ağır finansal yük sadece bireyi değil devleti de olumsuz yönde etkilemektedir. Çünkü talebi karşılamak için yüksek miktarlarda yatırım gerektirmektedir. Sadece, yapılan bu yatırım harcamaları değil, bireylerin hasta oldukları için iş gücüne katılamamaları da devlete ekstra maliyet oluşturmaktadır.

Katastrofik sağlık harcamalarının en temel nedeni, sağlık sigortasının olmayışı olarak bilinmektedir. Ancak, göz ardı edilen husus, toplumun büyük bir bölümünü kapsayan bir sağlık sigortasının var olması ile cepten yapılan harcamaların azalması arasında doğrudan bir ilişkinin bulunmuyor olmasıdır. Örneğin, İngiltere gibi sağlık sigortasının kapsayıcılığı yüksek olan birçok gelişmiş ülkede cepten yapılan harcamalar nedeniyle katastrofik sağlık harcamalarının olduğu bilinmektedir (Çınaroğlu ve Şahin, 2016). Dolayısıyla, sağlık sigortasının olması önemli bir husustur ancak tek başına yeterli değildir. Wu ve Raghunathan (2019)'ın yaptığı çalışma bunun güzel bir örneğini sunmaktadır. ABD'de yapılan çalışmada, Hasta Koruma ve Uygun Fiyatlı Bakım Yasası'nın (ACA) çıkarılmasıyla birlikte sigortalı ABD vatandaşlarının sayısında önemli oranda artış olduğu bildirilmektedir. Ancak, yapılan çalışma sonucunda sigortalı olmanın sağlık hizmetinden faydalanma ve kronik hastalık yükünü azaltmada işe yaramadığı tespit edilmiştir. Aile hekimliği uygulamasının temel belirleyici olduğu vurgulanmıştır. Aile hekiminin, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanılmasını sağlayarak, hastanın ne şekilde sağlık hizmetini kullanması gerektiği yönünde danışmanlık yapmasının çok daha faydalı olacağı belirtilmiştir.

Buradan hareketle, bireylerin sağlığını geliştirmek ve katastrofik sağlık harcamalarını azaltmak için tedaviden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkarılması gerekmektedir.

Bireylerin hastalıklardan korunması sağlanabildiğinde, tedaviye duyulan ihtiyaç da büyük oranda azalabilmektedir. Özellikle, kaynakların daha kısıtlı olduğu ülkelerde uygulanan basit ve ucuz koruyucu uygulamalar, hastalık halinde ihtiyaç duyulacak pahalı ve yüksek uzmanlık gerektiren tedavilerin önüne geçebilmektedir. Bununla birlikte, hastalık yükünün hem bireylere hem de devlete yüklediği maddi ve manevi maliyetler büyük oranda azalabilmektedir. Peki koruyucu sağlık hizmetleri bu kadar etkin, ucuz, uygulaması kolay, hastalık yükünü azaltan bir uygulama ise neden tedavi edici sağlık hizmetlerine göre geri planda kalmaktadır? Aslında cevap aranması gereken temel soru budur.

Yapılan çalışmalarda koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz uygulanmasının ana nedeninin büyük ölçüde bilgi eksikliğinden değil, uygulama yetersizliğinden kaynaklandığı tespit edilmiştir (Ünal vd., 2017). Bir başka deyişle, koruyucu sağlık hizmetlerinin hastalık insidansını ve yükünü azaltabileceğinin bilinmesine rağmen yeterli derecede uygulamaya geçirilmemektedir. Bunun bilinen temel nedeni finansal teşviklerdir. Hâlen birçok ülkede hastaneler ve doktorlar dâhil olmak üzere birçok sağlayıcıya, hastalığı önlemek yerine tedavi için ödeme yapılmaktadır. Bu durum sağlık profesyonellerini ticari bir amaç edinmeye yöneltmektedir. Tedavi hizmetlerinin getirisinin yüksek olması nedeniyle sağlık kuruluşlarının büyük çoğunluğu koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetlerine ağırlık vermektedir (Levine vd., 2019).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeteri kadar uygulamaya geçememesindeki bir diğer sebep ise soyut bir kavram olmasıdır. Soyut kavramdan kasıt, koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalık prevalansının düşmesinin toplum tarafından fark edilebilirliği azdır. Ancak, hastalığın tedavi edilme sürecinde birey, çektiği acı ile birlikte iyileşmeleri çok daha somut bir şekilde hisseder. Dolayısıyla, toplum tarafından tedavi edici sağlık hizmetleri çok daha fazla itibar görmektedir (Fineberg, 2013). Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi bu durumu etkileyen temel faktördür. Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verdiği ve hastalıkların oluşturduğu yüklerden daha az etkilendiği belirlenmiştir (Song vd., 2018).

Bulaşıcı hastalıklardan korunma yolları genellikle basit ve zaman almayan uygulamalardır. Ancak, bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmak için yapılması gereken sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, zararlı alışkanlıklardan uzak durma ve sürekli kontrol gibi uygulamalar uzun ve zorlu süreçler gerektirmektedir (Basan ve Bilir, 2016). Dolayısıyla, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin bu uygulamaları devam ettirme olasılığı azdır. Devam ettirilmeyen koruyucu uygulamalar sebebiyle oluşan hastalıklar katastrofik harcamalara neden olabilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeteri kadar uygulanmamasındaki temel nedenlerden biri de ceza ve teşvik mekanizmalarının yetersiz olmasıdır. Sağlık profesyonelleri koruyucu sağlık hizmeti verme konusunda isteksiz davranarak aksaklıklar meydana getirebilirler. Diğer sektörler de atık ve çevreye yaydığı zararlı gazlarla insan sağlığını olumsuz yönde etkileyebilirler. Bu noktada devletin kural koyucu olarak yaptırımlarda bulunması gerekmektedir. Bunun için ise düzgün işleyen bir denetim mekanizmasının kurulması şarttır. Gerektiğinde cezai işlem yapılarak caydırıcı bir sistem oluşturulmalıdır. Sadece ceza uygulamakla kalmayıp yanlışlıkların giderilmesi ve daha iyi bir hâle getirilmesi için teşvik çalışmaları yapılmalıdır.

Genel olarak bakıldığında, tedavi edici sağlık hizmetleri hem bireylere hem de devlete ağır maliyetler yüklemektedir. Dolayısıyla, devlet politikası olarak benimsenmesi gereken temel düşünce, insanlara daha iyi bir tedavi hizmeti sunmak değil, insanları hastalıklardan nasıl

koruyup da tedaviye duydukları ihtiyacı azaltabiliriz yönünde olmalıdır. Çünkü hiçbir tedavi hizmeti koruyucu sağlık hizmetleri kadar topluma fayda sağlamamaktadır. Aksine, tedavi edici sağlık hizmetleri aşırı uzmanlık gerektiren, koruyucu hizmetlere göre ulaşılması nispeten zor ve pahalı uygulamalardır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, kullanılan teknolojinin güncellenmesi ve sağlık profesyonellerinin uzmanlıkları da elbette önemlidir. Ancak, bu koruyucu önlemlerle korunamayan bireyler için ikinci bir alternatif olmalıdır. Asıl hedef, bireyi hastalanmadan koruyabilmektir. Çünkü koruyucu sağlık hizmetleri; uygulaması basit, etkinliği yüksek ve maliyeti düşüktür.

Sonuç olarak, katastrofik sağlık harcamalarının tamamen önlenmesi mümkün değildir. Ancak, koruyucu sağlık hizmetleriyle tedaviye duyulan ihtiyaç azaltılabilirse katastrofik sağlık harcamaları da büyük oranda azalabilmektedir. Ayrıca, tedaviye yapılan büyük yatırımların azaltılması, bu bütçenin farklı alanlarda daha efektif bir şekilde kullanılması anlamına gelmektedir. Bu sebeple, koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli önemin verilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. Ancak, bahsedildiği üzere koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında bazı engeller bulunmaktadır. Bu engellerin kaldırılması ile ilgili gerekli politikaların oluşturulması ve devlet tarafından koruyucu sağlık hizmetlerinin tüm topluma ve kuruluşlara benimsetilmesinin, bireylerin sağlık refahını arttırabileceği ve katastrofik sağlık harcamalarını büyük oranda azaltabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abolhallaje, M., Hasani, SA., Bastani, P., Ramezani, M. and Kazemian, M. (2013). Determinants of Catastrophic Health Expenditure in Iran. *Iran J Public Health*, 42(1):155-160.
- Ağır, H. ve Tıraş, HH. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi. *KSÜSBD*,15(2).
- Akdeniz, M., Aşık, Z. ve Yaman, H. (2010a). Periyodik sağlık muayenesi. *GeroFam*,
- Akdeniz, M., Ungan, M. ve Yaman, H. (2010b). Aile hekimliği: çağdaş bir sağlık hizmeti sunma biçimi. *GeroFam*,1(1):15-28.
- Akdur, R. (2006).Sağlık sektörü “Temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde durum ve Türkiye’nin birliğe uyumu”.Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Arısoy, ES., Çiftçi, E., Hacımustafaoğlu, M., Kara, A., Kuyucu, N., Somer, A. ve Vardar, Fadıl. (2015). Clinical practical recommendations for Turkish national vaccination schedule for previously healthy children (National Vaccination Schedule) and vaccines not included in the schedule. *J Pediatr Inf*,9(1):1-11.
- Aryankhesal, A., Etemadi, M., Mohseni, M., Azami-Aghdash, S. and Nakhaei, M. (2018). Catastrophic health expenditure in Iran: a review article. *Iran J Public Health*, 47(2):166-177.
- Aygün, A. (2017). Sağlık politikaları ve sağlık harcamaları içinde katastrofik sağlık harcamalarının yeri çalıştay. Editör: Köktaş, AM. ve Eren AA. ss. 17, Ankara.
- Basan, NM. ve Bilir, N. (2016). Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkisi ve nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,15(1).

- Cylus, J., Thomson, S. and Evetovits, T. (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organ*,96:599–609.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,11(1).
- Çınaroğlu, S. ve Şahin, B. (2016). Katastrofik Sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*,19(1):73-86.
- Doğan, H., Hot, İ. ve Kesmezacar, Ö. (2006). Difteri aşısı: Koruyucu hekimlik tarihinden bir örnek. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*,37(10):110-114.
- DSÖ (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage> Erişim Tarihi: 05.01.2020).
- Fineberg, HV. (2013). The paradox of disease prevention/celebrated in principle, resisted in practise. *JAMA*,310(1):85-90.
- Guo, N., Iversen, T., Lu, M., Wang, J. and Shi, L. (2016). Does the new cooperative medical scheme reduce inequality in catastrophic health expenditure in rural China? *BMC Health Services Research*,16.
- Gupta, S., Cole, AP., Marchese, M., Wang, Y., Speed, JM., Fletcher, SA., Nabi, J., Berg, S., Lipsitz, SR., Choueiri,TK., Chang, SL., Kibel, AS., Uhlig, A. and Trinh, QD. (2018). Use of preventive health services among cancer survivors in the U.S. *Am J Prev Med*,55(6):830-838.
- Gülcü, S. ve Arslan, S. (2018). Çocuklarda aşı uygulamaları: güncel bir gözden geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1):34-43.
- Kazemi-galougahi, MH., Dadgar, E., Kavosi, Z. and Majdzadeh, R. (2019). Increase of catastrophic health expenditure while it does not have socio-economic anymore; finding from a district on Tehran after recent extensive health sector reform. *BMC Health Services Research*,19:569.
- Koçkaya, G. (2017). Sağlık politikaları ve sağlık harcamaları içinde katastrofik sağlık harcamalarının yeri çalıştayı. Editör: Köktaş, AM. ve Eren, AA. ss. 12-14, Ankara.
- Kurspahic-Mujcic, A. and Mujcic, A. (2019). Preventive health services utilization in patients treated by family physicians. *Med Glas*,16(2).
- Levine, S., Malone, E., Lekichvili, A. and Briss, P. (2019). Health care industry insights: why the use of preventive services is still low. *Preventing Chronic Disease*,16.
- Maimela, E., Alberts, M., Bastiaens, H., Fraetman, J., Meulemans, H., Wens, J. and Geertruyden, JPV. (2018). Interventions for improving management of chronic non-communicable diseases in Dikgale, a rural area in limpopo province, South Africa. *BMC Health Services Research*,18:331.
- Oğuzhan, G. ve Kurnaz, M. (2018). Katastrofik sağlık harcamaları: düşük gelirli ülke örnekleri. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*,3(2):25-32.
- Okur, E. ve Hintistan, S. (2018). 65 yaş ve üzerindeki bireylerde aşılama programları ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,34(3):148-156.

- Özgen, H. (2008).Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama: nedir? neden önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*,10(2):201-228.
- Öztürk, GZ. ve Toprak, D. (2018). Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların sosyodemografik özellikleri ve sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.*Med Bull Sisli Etfal Hospital*,52(1):41-46.
- Simonsen, L., Reichert, TA., Viboud, C., Blackwelder, WC., Taylor, RJ. and Miller, MA. (2005). Impact of influenza vaccination on seasonal mortality in the us elderly population. *Archives of Internal Medicine*, 165(3): 265-72.
- Song, IG., Lee, H., Yi, J., Kim, MS., Kawachi, I. and Park, SM. (2018). Health literacy and use of preventive health services among North Korean defectors in the Republic of Korea. *Plos One*,13(6).
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2017).*Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Kitabevi.
- The World Bank (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS> Erişim Tarihi: 03.01.2020)
- Tokatlıoğlu, Y. ve Tokatlıoğlu, İ. (2018). Türkiye’de katastrofik sağlık harcamaları ve bu harcamaları belirleyen faktörler: 2002-2014 dönemi. *Sosyoekonomi*,26(35):59-78.
- Tüfekçi, F., Karadağ, N., Başkurt, S. ve Kişioğlu, AN. (1999). Balıkesir merkez 7 nolu sağlık ocağı bölgesinde 0-6 yaş çocuk sahibi annelerin beslenme konusundaki bilgi ve davranışları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*,6(4):51-54.
- UNICEF (<https://www.unicef.org/immunization> Erişim Tarihi: 06.01.2020)
- Ünal, E., Aydın, R., Gökler, ME., Metintaş, S., Emir al, GÖ., Önsüz, MF. ve Işıklı, B. (2017). Toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimlerinin görevlerini koruyucu sağlık hizmetleri açısından değerlendirmeleri. *Nobel Medicus*,13(1):31-38.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. and Evans, T. (2001). Equity and Health Sector Reforms: Can Lowincome Countries Escape the Medical Poverty Trap? *The Lancet*,358(9284): 833-836.
- Wu, TY. and Raghunathan, V. (2019). The patient protection and affordable care act and utilization of preventive health care services among Asian Americans in michigan during pre- and post-affordable care act implementation. *Journal of Community Health*,44:712-720.
- Xu, K., Evans, DB., Carrin, G., Aguilar-Rivera, AM., Musgrove, P. and Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff*, 26(4):972-83.
- Xu, K., Evans, DB., Carrin, G. and Aguilar-Rivera, AM. (2005). Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. *World Health Organization*,
- Yazdi-Feyzabadi, V., Bahrampour, M., Rashidian, A., Haghdoost, A., Akbari, M. and Mehrolhassani, MH. (2018). Prevalence and intensity of catastrophic health care expenditures in Iran from 2008 to 2015: a study on Iranian household income and expenditure survey. *International Journal for Equity in Health*, 17:44

- Yılmaz, T., Yılmaz, TE., Ceyhan, Ş., Kasım, İ., Kaya, A., Odabaş, ÖK., Sargın, Ö., Bahadır, A. ve Özkara, A. (2018). Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı geriatrik hastaların influenza ve pnömokok aşısı ile aşılama durumları ve doktor önerisinin etkisi. *Ankara Med J*,3:391-401.
- Zimmerman, D., Verbov, G., Edelstein, N. and Stein-Zamir, C. (2019). Preventive health services for young children in Israel: historical development and current challenges. *Journal of Health Policy Research*, 8 (23).



E-ISSN: 2667-5838	https://dergipark.org.tr/pub/johmal	Paper Type: Review Paper, Makale Türü: Derleme
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 04/11/2020 Accepted Date / Kabul Tarihi: 21/11/2020

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE SANAL ORGANİZASYON, E-SAĞLIK VE
TELETIP: AVRUPA REFERANS AĞLARI**



**VIRTUAL ORGANIZATION, E-HEALTH AND TELEMEDICINE IN HEALTH
SERVICES: EUROPEAN REFERENCE NETWORKS**

Atıf/ to Cite (APA): Aydamak, M.Y. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Sanal Organizasyon, E-Sağlık ve Teletıp: Avrupa Referans Ağları. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, (1), 15-35.

**Muhammed Yusuf
AYDAMAK¹**

DOI: <https://doi.org/10.35345/johmal.821598>

ÖZ

Bilgi ve iletişim teknolojilerinde meydana gelen hızlı gelişimler toplumsal hayatı derinden etkilemekte ve değiştirmektedir. Bu değişimlerden örgütlerde etkilenerek organizasyon yapılarını değiştirmekte ve ağ temelinde olmak üzere çeşitli sanal organizasyon modelleri uygulamaktadırlar. Bu durumun sağlık hizmetlerine yansımaları olarak e-Sağlık ve teletıp uygulamaları hayata geçirilmektedir. Ancak, Avrupa Referans Ağları bu durumu oldukça farklı bir noktaya taşıyarak sanal organizasyonun sağlık hizmetlerindeki ilk ve tek örneğini teşkil etmektedir.

Avrupa Referans Ağları karmaşık ve nadir hastalıklara odaklanarak, 24 farklı sanal ağda 26 farklı Avrupa ülkesinden 313 sağlık kuruluşu ve 900 sağlık birimini tamamen sanal ortamda bir araya getirmektedir. Avrupa Referans Ağlarının çok uluslu olması ve oldukça geniş kapsamı ile sağlık hizmetlerinde tek örneği teşkil etmesi bakımından Avrupa Referans Ağları'nın organizasyon yapısı ve faaliyetlerinin incelenmesi önem arz etmektedir. Bu doğrultuda, çalışmada sanal organizasyon, e-Sağlık ve teletıp kavramaları hakkında literatür incelenmekte ve Avrupa Referans Ağları'nın organizasyon yapısı ve faaliyetleri çeşitli bulgularla ortaya koyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: e-Sağlık ve Teletıp, Sanal Organizasyon, Avrupa Referans Ağları, Sağlık Hizmetlerinde Sanal Organizasyon

ABSTRACT

Rapid developments in information and communication technologies deeply affect and change social life. By being affected by these changes, organizations change their organizational structures and implement various virtual organization models on a network basis. As a reflection of this situation on health services, e-Health and telemedicine applications are implemented. However, European Reference Networks take this situation to a very different point and constitute the first and only example of virtual organization in health services.

European Reference Networks focus on complex and rare diseases, bringing together 313 health institutions and 900 health units from 26 different European countries in 24 different virtual networks. It is important to examine the organizational structure and activities of the European Reference Networks in that European Reference Networks are multinational and constitute the only example in health services with its wide scope. In this direction, the literature about virtual organization, e-Health and telemedicine concepts is examined using the document review method and the organizational structure and activities of the European Reference Networks are revealed with various findings.

Keywords: e-Health and Telemedicine, Virtual Organization, European Reference Networks, Virtual Organization in Healthcare

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, muhammedaydamak@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6971-6646>

1. GİRİŞ

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin (BİT) sürekli ve hızlı bir şekilde yaşamakta olduğu gelişim sürecinin sosyal, ekonomik ve sağlık gibi toplumsal unsurlarda örgütlenme yapılarını yeniden tanımlayarak değiştirmektedir (Işık ve Akbolat, 2010, s. 366; Şimşek ve Çelik, 2012, s. 379-386). BİT'teki gelişmelerin yol açtığı bu durum organizasyonların örgütlenmesinde ve faaliyetlerinde çeşitli dönüşümlere yol açmakta ve organizasyonların çeşitli BİT uygulamalarını hayata geçirmesi ile sonuçlanmaktadır (Çakmak, 2016, s. 37-39; Şimşek ve Çelik, 2012, s. 381-392). BİT araçlarının ağ temelli olması zaman ve mekân sınırlamalarının ortadan kalkmasına yol açmaktadır. Bu açıdan organizasyonların BİT araçlarını zaman ve mekân sınırlaması olmaksızın kullanabilmesi sanallaşmaya yol açarak ağ temelli organizasyon yapılarını meydana getirmektedir. Bu organizasyon yapıları arasında “sanal organizasyon” yapısı ön plana çıkmaktadır (Koçel, 2001, s. 361).

Bu süreç sağlık hizmetlerini de çeşitli şekillerde etkilemektedir. Sağlık profesyonellerinin eğitimi, bilgiye erişimleri ve konsültasyon süreçleri gibi konularda BİT araçlarının kullanımı yaygınlaşmaktadır (Higgins, Sixsmith, Barry ve Domegan, 2011, s. 7; Mahaffey, 2018). Bununla birlikte dijital randevu sistemleri, tıbbi görüntülemelerin dijital iletimi, elektronik sağlık kayıtları, hastaların laboratuvar sonuçlarını dijital olarak sorgulaması ve hastane bilgi yönetim sistemleri gibi hizmet sunum sürecinin bütün noktalarında dijital araçların yaygınlaşması BİT'i sağlık hizmeti sunumunun temel unsurlarından biri yapmaktadır (Birinci, 2013, s. 285; Günaltay ve Göktaş, 2019, s. 287; Kılıç, 2016, s. 16).

Sağlık hizmetlerinde kullanımı giderek yaygınlaşan BİT araçları e-Sağlık ve teletıp uygulamaları çerçevesinde ifade edilmektedir. Kılıç (2016, s. 34-35)'in belirttiği üzere, e-Sağlık ve bileşeni olan teletıp esas olarak sağlık hizmetlerinin dijital, internet tabanlı ve bilişim odaklı sunulmasını ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin e-Sağlık ve teletıp uygulamaları etrafında sanal ağlar ile organize edilmesi ve sunulması sanal organizasyon yapısını meydana getirmekte ve sanal ekipler etrafında çalışmak anlamına gelmektedir (Aas, 2013, s. 646-649). 2017'de Avrupa Birliği'nde (AB) hayata geçirilen “Avrupa Referans Ağları” (ARA) ise e-Sağlık ve teletıp uygulamalarını başka bir noktaya taşıyarak bir ilki gerçekleştirmektedir.

ARA, AB boyunca nadir ve karmaşık hastalıklara odaklanmak üzere sağlık kuruluşları, sağlık profesyonelleri ve hastaları e-Sağlık ve teletıp uygulamaları aracılığıyla sanal ortamda bir araya getiren “çok uluslu bir sanal ağlar sistemi” olmaktadır (Gulhan, 2020, s. 223; Gülhan, 2020, s. 2-3). ARA bu özelliği bakımından ayrıca AB'nin en önemli kooperatif iş birliklerinden biri olarak ifade edilmektedir (Morciano, Laricchiuta, Taruscio ve Schünemann, 2015, s. 318). ARA'nın çok uluslu olması ve sağlık kuruluşları, sağlık profesyonelleri ve hastaları sanal ağlar aracılığıyla bir araya getirmesi sanal organizasyon yapısının sağlık hizmetlerindeki açık ve tek örneği olmaktadır. ARA'nın organizasyon yapısı ve faaliyetlerinin incelenmesi bu açıdan önem arz etmektedir.

Bu doğrultuda çalışmada öncelikle sanal organizasyon, e-Sağlık ve teletıp kavramaları hakkında literatür taranmakta ve sağlık hizmetlerinde sanal organizasyon yapısının bir örneği olarak ARA'nın organizasyon yapısı ve faaliyetleri çeşitli bulgularla ortaya koyulmaktadır.

1.1. Sanal Organizasyon

Sanal organizasyon, çalışanların fiziksel olarak bir arada bulunması yoluyla iş/hizmet üretiminin sağlandığı organizasyonların aksine BİT araçları ile zaman ve mekân sınırlaması olmaksızın farklı bölgelerdeki çalışanlar veya organizasyonların bilgi ve yeteneklerini bir araya getirerek

birbirine bağlandığı, uyumlu hale geldiği ve tek bir organizasyon gibi iş/hizmet üretiminin gerçekleştirildiği organizasyon yapısı olarak ifade edilmektedir (Koçel, 2001, s. 363-364). Bu açıdan sanal organizasyon yapısının temel unsuru BİT olmaktadır. Sanal organizasyonun BİT araçları vasıtasıyla sanal ağlar üzerinden örgütlenmesi sanal organizasyonun esas olarak ağ yapısında bir organizasyonu temsil ettiğini göstermektedir. Sanal organizasyon bu açıdan farklı üyelerin katıldığı bir “ortaklık ağı” olarak da ifade edilmektedir (Çakmak, 2016, s. 38).

Sanal organizasyonların temel çıktısı ağı oluşturan üyelerin iş birliği yoluyla ortaya koydukları bilgi ve yeteneklerine dayanmaktadır. Bu durumun ağdaki üyelerin varlığının esas olarak çekirdek yeteneklerine dayanmasına yol açması, üyelerin bilgi ve yeteneklerinin en üst seviyede olmasını gerektirmektedir. Nitekim çekirdek yeteneğini kaybeden üye ağ içerisinde yer alamamaktadır. Bu açıdan sanal organizasyon yapısı çekirdek yeteneklerin sürekli güncel tutulmasını sağlamakta ve organizasyona dinamik ve esnek bir yapı kazandırmaktadır (Koçel, 2001, s. 365-366).

Ağdaki üyelerin farklı mekânlarda bulunması ve yüz yüze iletişimin nispeten eksik olması en az çekirdek yetenek kadar güven mekanizmasının da önemini arttırmaktadır (Jermol, Lavrač, Urbančič ve Kopač, 2004, s. 569). Nitekim Yüksel ve Murat (2001, s. 122)'in ifade ettiği üzere “sanal organizasyonlar temel yetenekler üzerinde yoğunlaşmakta fakat güvenle sağlamlaştırılmaktadır”. Bu açıdan ağ tipi örgüt özelliği gösteren sanal organizasyonlarda güven en az çekirdek yetenek kadar önemli bir eşgüdüm sağlama aracı olmaktadır (Öztaş, 2017, s. 129).

Sanal organizasyon farklı bölgelere dağılmış en iyi uzmanlığın ve bilginin ortak bir amaç için bir araya getirilmesi, fiziksel birliktelik gibi sınırlamaları en az indirgemiş olması, dinamik ve esnek bir yapıda ve BİT temelli olmasından dolayı hem çevresel hem de teknolojik gelişmelerin yakından takip edilmesi ve çekirdek yeteneğin güncel tutulması gibi noktalar açısından organizasyonlara çeşitli faydalar sağlayabilmektedir. Özel bir şirket üzerinde yapılan bir çalışmada, sanal takımlar kullanan şirketin 1997’de %67 olan müşteri memnuniyetinin 2000’de %85’e ve 1997’de %43 olan pazar payının da 2000’de %50’ye ulaştığı sonucuna ulaşılmıştır (Kirkman vd., 2002, s. 76-77).

Sanal organizasyon yapısı faydalarının yanında çeşitlik zorlukları da içerisinde barındırmaktadır. Bu zorlukların arasında güven ve üyeler arasındaki iletişim ön plana çıkmaktadır. Sanal organizasyonun üyeler arasındaki bilgi ve uzmanlık paylaşımına dayanmasından dolayı organizasyonun başarısı için öncelikle üyeler arasında güvenin tesis edilmesi ve iletişimin sürdürülebilir olması sanal organizasyonlar için önemli bir zorluk oluşturmaktadır (Bekmezci, 2018, s. 374).

1.2. e-Sağlık ve Teletıp

e-Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “sağlıkla ilgili bilgileri, kaynakları ve hizmetleri sunmak için elektronik araçlar kullanan geniş bir faaliyet grubunu içerir: sağlık için bilgi ve iletişim teknolojilerinin (BİT) kullanılmasıdır” şeklinde tanımlanmaktadır (World Health Organization [WHO], 2016, s. 7).

Teletıp ise WHO (2010, s. 9) tarafından şu şekilde tanımlanmaktadır:

“Mesafenin kritik bir faktör olduğu sağlık hizmetlerinde, araştırma ve değerlendirme; hastalık ve yaralanmaların önlenmesi, teşhisi ve tedavisinde mevcut bilginin değişimi; sağlık profesyonellerinin sürekli eğitimi ve sonuç olarak bireylerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesinde hizmetin BİT kullanan tüm sağlık profesyonelleri tarafından sunulmasıdır”

DSÖ'nün tanımları doğrultusunda teletıp uzak mesafeler arasında sağlık hizmetlerinin sunulması ve sağlık profesyonelleri arasında bilgi aktarımını ifade etmekteyken e-Sağlık BİT'in tüm fonksiyonları kullanılarak sağlık kaynaklarından sağlık bilgisine kadar geniş ölçüde sağlık hizmetinin sunulması, sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi ve sağlık bilgisinin yaygınlaşmasını ifade etmektedir. Bu tanımlar doğrultusunda ayrıca BİT'in hem e-Sağlık'ta hem de e-Sağlığın bileşeni olan teletıpta ortak bir unsur olduğu görülmektedir. Bu durum e-Sağlık ve teletıp uygulamalarının sanal organizasyon yapısıyla ortak noktası teşkil etmektedir.

Bu bağlamda ülkemizdeki mevcut örnekler açısından bakıldığında sağlık hizmetlerindeki teletıp uygulamaları teleradyoloji, telepatoloji, telekonsültasyon ve teleizlem gibi farklı şekillerde gerçekleştirilmektedir. e-Sağlık uygulamalarının ise e-Nabız, Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Merkezi Hekim Randevu Sistemi, MEDULA ve Sağlık.NET gibi örnekleri bulunmaktadır (Cansever, 2020, s. 323-336). Bu açıdan teletıp uygulamaları doğrudan klinik uygulamalar ile bağlantılı olarak bilgi paylaşımı ve tıbbi görüntülemelerin iletimi gibi spesifik uygulamalar olarak gerçekleştirilmektedir. e-Sağlık ise toplumun tamamını kapsayarak daha geniş uygulama alanına sahip bir şekilde kullanılmaktadır.

e-Sağlık ve teletıpın BİT temelli olması yaşanan teknolojik gelişmeler doğrultusunda sağlık hizmetlerini sürekli gelişime açık bir hale getirmektedir (Klaassen vd., 2016, s. 57). Bununla birlikte e-Sağlık ve teletıp kırsal veya uzak bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırma, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma, sağlık hizmetlerine fiziki erişim için katlanılacak seyahat vb. giderleri engelleyebilmesi, kronik hastalıkların takibinde fiziki buluşmaya ihtiyacı ortadan kaldıracabilmesi, maliyetlerin azaltılmasını sağlama ve bekleme sürelerinin azaltılması gibi durumlar açısından daha etkin, hızlı ve verimli bir şekilde sağlık hizmetlerine erişimi sağlaması noktasında önemli faydalar sağlayabilmektedir (Cansever, 2020, s. 324-325; Paksoy, 2017, s. 14; Saliba vd., 2012, s. 795; Thielst, 2010, s. 18).

Dermatolojide teletıp uygulamasını gerçekleştiren Hollanda'da sekiz hafta sürebilen bekleme sürelerinin 4-6 saat ortalamasına düştüğü ve %40 oranında da maliyet düşüşü yaşandığı ifade edilmektedir (Kılıç, 2016, s. 71). Benzer şekilde, kronik hastalığı olan hastaların fiziksel takibi yerine uzaktan izlemleri için yapılan bir çalışmada hastane kabul oranında %19 ve yatış günü oranında %25 azalma olduğu sonucu ifade edilmektedir (Darkins vd., 2008, s. 1122-1123).

e-Sağlık ve teletıp çeşitli zorlukları da beraberinde getirmektedir. Bu zorluklar en temel olarak finansman, birlikte çalışabilirlik, nitelikli personel ve uygun alt yapı eksikliği, zayıf yasal çerçeve, rekabet öncelikleri, teknolojik yeniliklere karşı direnç gösterilmesi ve özellikle sınır ötesi uygulamalarda yaşanabilecek dil farklılıkları olmaktadır (European Commission, 2018a, s. 68-87; HIMMS Analytics, 2019, s. 9; WHO, 2016, s. 34-35).

Birlikte çalışabilirlik, e-Sağlık ve teletıp çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kullanılan BİT araçları arasında entegrasyona olanak sağlayarak klinik veya idari anlamda gerekli bilgiye hızlı ve güvenli bir şekilde erişimi sağlamaktadır. Birlikte çalışabilirlikten kaynaklı yaşanan zorluklar BİT araçları arasındaki bu entegrasyonu bozarak bilgiye erişimi aksatma, sağlık hizmetinin sunulmasını geciktirme veya engelleme gibi büyük sorunlara yol açarak sağlık hizmetinin sunumunu zorlaştırabilmektedir (Kay vd., 2006, s. 43). Finansmanın yol açacağı zorluklar BİT araçlarının tedarik edilmesi, uygun teknolojik ve telekomünikasyon altyapısının sağlanması, birlikte çalışabilirliklerinin sağlanması ve nitelikli personelin istihdam edilmesi gibi geniş kapsamda gerçekleştirilmektedir (WHO, 2016, s. 7). Bir başka açıdan yeterli finansmanın sağlanması e-Sağlık ve teletıp uygulamalarını her açıdan etkileyebilmektedir.

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinde e-Sağlık ve teletıp uygulamaları faydaları ve zorlukları ile birlikte giderek artmaktadır. Dijital sağlık yatırımlarının oranı 2010'da %1 iken, 2014'te %5,4'e ve 2017'de %9,8'e yükselmiştir ve teletıp pazarı 2015'te 16,29 milyar euro hacmindeyken 2018'te 23,85 milyar euroya yükselmiş ve 2019 itibarıyla 27,45 milyar euro boyutunda bir hacme ulaşmıştır (European Commission, 2018a, s. 54-65).

1.3. Sağlık Hizmetleri ve Sanal Organizasyon

Elektronik hasta kayıtları, teleradyoloji ve hastane bilgi yönetim sistemleri sağlık hizmetlerinde halihazırda kullanılan ağ yapısındaki e-Sağlık ve teletıp uygulamalarını göstermektedir (Lubitz ve Wickramasinghe, 2006, s. 18). Bu açıdan sanal organizasyon yapısının önemli bir unsuru olan ağ yapısının kullanımı sağlık hizmetlerinde yer almaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri sunumunda yürütülen faaliyetlerin sanal ağlar üzerinden organize edilmesi ağ organizasyonu yapısını meydana getirerek sanal organizasyonun bir örneğini oluşturmaktadır. e-Sağlık ve teletıp uygulamaları bu noktada bir sanal organizasyon yapısını meydana getirmektedir (Aas, 2013, s. 646-647).

Sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri itibarıyla sanal organizasyon yapısının sağlık hizmetlerinde uygulanması çeşitli belirsizlikleri içerisinde barındırmaktadır. İlk olarak hizmet sunumunun fiziksel veya sanal şekilde gerçekleşmesinde sınırların belirsizliği ön plana çıkmaktadır. Sağlık profesyoneli sağlık hizmetini sanal hizmet sunumu olarak teleizlem gibi yollar ile sunabilmektedir. Ancak sağlık profesyonelinin acil durum veya muayene gibi fiziksel olarak müdahale etmesini gerektiren durumlarda sanal hizmet sunumu zorluk oluşturmaktadır (European Commission, 2018a, s. 67).

Bu bağlamda, sanal ağların kullanımıyla sağlık hizmeti sunumunda sağlık hizmeti sunucularını etkileyen zorluk sağlık hizmetlerinin ve süreçlerinin ne tür bir yöntemle yürütüleceği, finansmanın sağlanması veya stratejilerin belirlenmesi gibi konularda kapsamlı bir metodolojinin geliştirilmesi olmaktadır (Harrop, 2001, s. 244). Sağlık hizmetlerinin sanal ağlar üzerinden sunulması kurumsal veya bireysel anlamda sağlık hizmeti sunum sürecinin bütün taraflarını etkileyen daha geniş bağlantılı bir sağlık hizmetleri çerçevesinin parçası olmaktadır (European Commission, 2018a, s. 53).

Bu geniş bağlantılı sağlık hizmetleri çerçevesinde BİT araçlarının yaygınlaşması ile birlikte "nesneleri interneti" uygulamaları gerçekleştirilmektedir. Bu bağlamda sağlık profesyonelleri, e-Sağlık ve teletıp uygulamaları ile birlikte nesnelerin interneti aracılığıyla sağlık hizmetlerinin hastane dışarısında da sunma yeteneğini elde etmektedir. Bu doğrultuda nesnelerin internetinin e-Sağlık ve teletıpı tamamlayıcı bir şekilde entegre olarak çalıştığı ifade edilebilir. Bir başka ifadeyle sürekli takibi gereken bir hastanın veya bireylerin değerini takip eden bir akıllı sağlık cihazı gereken verileri sağlık profesyonellerine iletme noktasında sağlık profesyonellerinin cihazlarıyla nesnelerin interneti kavramı doğrultusunda iletişim kurarak hasta ile sağlık profesyonelinin doğrudan iletişime geçmesine gerek kalmadan gönderebilmektedir (Tezcan, 2018, s. 20). Bir başka örnek olarak, acil durum gereken bir durumu algılayan akıllı sağlık cihazları yine nesnelerin interneti doğrultusunda sağlık profesyonelleri ile iletişime geçebilmektedir (Aktaş, Çeken ve Erdemli, 2016, s. 44).

Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin sanal ağlar üzerinden sunulması e-Sağlık, teletıp ve nesnelerin interneti kavramların bir bütün halinde uygulanması ve fiziki muayene gibi zorunlu durumlardan kaynaklı olarak kısmi bir şekilde gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetlerinde ağ yapısının kullanımı bireylerin-hastaların verilerinin toplanması ve analiz edilmesinin yanında hastalıkların kontrolü

amacıyla bireyler arasındaki sosyal etkileşimlerin ortaya çıkarılmasını sağlamaktadır (Chami, Molyneux, Kontoleon ve Dunne, 2013, s. 371). ARA bu doğrultuda faaliyete geçirilmiş bir organizasyon yapısını temsil etmektedir. European Commission (2017a, s. 3)'ün ifade ettiği üzere yaklaşık 30 milyon Avrupalı 6.000 ila 8.000 farklı nadir hastalık türünden etkilenmektedir. Bu açıdan ARA, toplum içerisinde kritik bir grup olan karmaşık ve nadir hastalıklar üzerine yoğunlaşarak hasta yoğunluğunun azlığı ile gerekli kaynaklar ve uzmanlığın sağlanmasında sanal ağları kullanarak sağlık hizmeti sunmaktadır (European Commission, 2017b, s. 6; Evangelista vd., 2016).

2. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın amacı ve önemi ile birlikte araştırmanın yöntemi ve sınırlılığına ait bilgilere yer verilmektedir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmada, teknolojik gelişmelere paralel bir şekilde sağlık hizmetlerinde yaşanan dijitalleşme süreci bağlamında olmak üzere, e-Sağlık ve teletıp uygulamaları aracılığıyla ağ temelli sanal organizasyon yapısının sağlık hizmetlerindeki uygulamasının ilk ve tek örneği olmasının yanında çok uluslu bir yapıda teşkil edilen ARA'nın organizasyon yapısı ve faaliyetlerinin incelenerek betimlenmesi amaçlanmaktadır.

2.2. Araştırmanın Önemi

ARA sağlık hizmetlerinin organizasyonel yapılanmasında yeni bir noktayı temsil etmektedir. ARA tamamen BİT teknolojilerine dayanarak sanal bir organizasyon yapısında inşa edilmektedir. Bu açıdan araştırma sağlık hizmetlerindeki dijitalleşme sürecinin bir sonucu olarak sanal organizasyon yapısı ile sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiyi incelemesi ile birlikte ilk ve tek sanal sağlık hizmetleri organizasyonu olan ARA'nın organizasyonel yapısı ve faaliyetlerini incelemesi açısından önem arz etmektedir. ARA'nın sanal bir organizasyon yapısını teşkil etmesinin yanı sıra çok uluslu bir yapıda olması ARA'nın incelenmesini noktasında araştırmanın önemini arttırmaktadır. Bu noktalar açısından araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

2.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma nitel bir araştırma yapısında oluşturulmuştur. Bu açıdan araştırmada literatür incelemesi yoluyla, ARA'ya ilişkin literatürdeki diğer çalışmalar, AB'nin gerçekleştirdiği yasal düzenlemeler, ARA sanal organizasyonunun yayımlanmış olduğu dokümanlar ve ARA'yı oluşturan ağların yayımladığı ve internet sitelerinde yer alan dokümanlar analiz edilmektedir.

3. BULGULAR

ARA'ların kuruluşuyla ilgili ilk resmi düzenleme AB tarafından çıkartılan 2011/24/EU sayılı "Hasta Haklarının Sınır Ötesi Sağlık Hizmetlerinde Uygulanmasına İlişkin Direktif" olmaktadır. 2014'te ise ARA'lar ve bir ARA'ya katılmak isteyen sağlık hizmeti sunucusunun taşıması gereken kriterleri belirleyen 2014/286/EU karar ile ARA'ların işleyişi, değerlendirilmesi ve bilgi ve uzmanlık alışverişini sağlama konusundaki hükümleri belirleyen 2014/287/EU sayılı karar yürürlüğe konulmuştur. 2014/287/EU sayılı karar 2019/1269 sayılı kararlarla değişikliğe uğramıştır. Bu yasal düzenlemelerin ardından ARA'nın kuruluşu için resmi adımlar atılarak 2016'da kurulacak ARA'ların onayı gerçekleştirilmiş ve 2017'de 24 farklı uzmanlık dalındaki ARA, 25

AB üye devletleri ve Norveç'teki toplam 313 sağlık kuruluşu ve 900 sağlık birimi ile fiilen faaliyete geçmiştir (European Commission, 2017b, s. 6). Bu süreçte ARA sanal organizasyonuna AB tarafından sağlanan politik desteğin yanı sıra UFUK 2020 ve Avrupa'yı Birleştirme Aracı gibi çeşitli AB finansman programları tarafından destek sağlanmaktadır. Nitekim 2017-2022 boyunca her bir ARA ağı arasında koordinasyonun sağlanması için bir milyon euro AB tarafından finanse edilmiştir (European Commission, 2017b, s. 6, 2018b, s. 5). ARA, nadir hastalıkları türlerine göre çeşitli gruplara ayırmaktadır ve sağlık kuruluşlarını ilgili nadir hastalık grubunda sınıflandırarak sanal olarak birbirine bağlamaktadır (Gülhan, 2020, s. 50). Bu doğrultuda, ARA'yı oluşturan 24 farklı uzmanlık dalındaki ARA ağı uzmanlık dalları ile birlikte aşağıdaki tabloda ifade edilmektedir:

Tablo 3.1. Uzmanlık Dallarına Göre ARA Ağları

Avrupa Referans Ağı	Uzmanlık Dalı
Endo-ERN	Endokrin Hastalıkları
ERKNet	Böbrek Hastalıkları
ERN BOND	Kemik Hastalıkları
ERN CRANIO	Kraniyofasiyal (Baş ve Yüz) Anomaliler ve KBB Bozuklukları
ERN EpiCARE	Epilepsi
ERN EURACAN	Yetişkin Kanseri
ERN EuroBloodNet	Kan Hastalıkları
ERN eUROGEN	Ürogenital Hastalıklar
ERN EURO-NMD	Nöromuskular Hastalıklar
ERN EYE	Göz Hastalıkları
ERN GENTURIS	Genetik Tümör Riski Sendromları
ERN GUARD-HEART	Kalp Hastalıkları
ERNICA	Kalıtımsal ve Doğumsal Anomalileri
ERN ITHACA	Doğumsal Anomaliler ve Nadir Bilişsel Hastalıklar
ERN LUNG	Solunum Hastalıkları
ERN PaedCan	Pediyatrik Kanseller
ERN RARE-LIVER	Karaciğer Hastalıkları
ERN ReCONNET	Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları
ERN RITA	Bağışıklık Sistemi Hastalıkları
ERN-RND	Nörolojik Hastalıklar
ERN Skin	Cilt Hastalıkları
ERN TRANSPLANT-CHILD	Çocuklarda Transplantasyon
MetabERN	Kalıtımsal Metabolik Hastalıklar
VASCERN	Multisistemik Damar Hastalıkları

Kaynak: Helping Patients with Rare or Low-prevalence Complex Diseases. (t.y.) European Commission. Erişim Tarihi: 22 Eylül 2020 Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ern/docs/2018_patientsflyer_en.pdf kaynağından yararlanılarak oluşturulmuştur.

ARA temel olarak ilgili ağların üyesi sağlık kuruluşları ve ağlar arasında iş birliği ve güvene dayanmaktadır. Bu açıdan iş birliğinin gerçekleştirilmesi noktasında ARA, Klinik Hasta Yönetim Sistemi (KHYS), "İş Birliği Platformu" ve kamuya açık "ARA İnternet Sitesi"nden oluşan üç temel BİT aracı üzerine inşa edilmektedir (European Commission, 2017a, s. 3).

KHYS tanı ve tedavide hastanın klinik verileri paylaşarak uzaktan iş birliği yapılması ile birlikte bilimsel bilgilerin aktarılmasını kolaylaştırmak ve desteklemek amacıyla Avrupa Komisyonu tarafından geliştirilmiştir ve ARA tam üyeleri, bağlı ortakları ve misafir kullanıcılar tarafından kullanılmaktadır (Commission Implementing Decision (EU) 2019/1269, 2019).

Bu açıdan KHYS'nin ARA sanal organizasyonun işleyişinde en temel BİT aracı olduğu görülmektedir. KHYS hastaların verilerinin işlendiği, sağlık profesyonellerinin sanal olarak bir araya getirildiği, üye sağlık kuruluşları ve profesyonelleri arasında iş birliği ve gerektiğinde çapraz iş birliğine olanak sağlaması ve eğitime olanak sağlaması dolayısıyla ARA sanal organizasyonunun en önemli parçasını oluşturmaktadır.

İş Birliği Platformu yönetim bağlamında olmak üzere ağlar arasındaki bağlantıyı ve faaliyetlerinin desteklenmesini sağlamak doğrultusunda faaliyet göstermektedir (Gülhan, 2020, s. 65). ARA İnternet Sitesi ise ARA ve tüm ağlar hakkında bilgi sağlayarak kamu ve sağlık profesyonelleri arasında farkındalığı sağlamak doğrultusunda faaliyet göstermektedir ve ağlar hakkındaki bilgilerin yanı sıra klinik kılavuzlar, hasta rehberleri ve ağ faaliyetlerine ilişkin belgeleri içermektedir (European Commission, 2017a, s. 6).

ARA sanal organizasyonun temel işleyişi esas olarak hasta ve ulusal sağlık hizmeti sunucusu arasındaki fiziki birlikteliğe ve ulusal sağlık hizmeti sunucusu ile ARA arasındaki sanal iş birliğine dayanmaktadır. Bu bağlamda hasta, sağlık hizmetini fiziksel olarak ulusal sağlık hizmeti sunucusundan almakla birlikte sağlık profesyoneli konsültasyona ihtiyaç duyduğunda KHYS'yi kullanarak ilgili ARA ağındaki diğer sağlık profesyonelleri ile sanal ortamda bir araya gelerek görüş alabilmektedir. Bu bağlamda ARA ağlarının temel çalışma sistemi şu şekilde olmaktadır:



Şekil 3.1. Avrupa Referans Ağlarının Temel Çalışma Sistemi

(Kaynak: European Reference Networks for Rare, Low-Prevalence and Complex Diseases: Share. Care. Cure. (t.y.). European Commission. Erişim Adresi: https://www.ern-eye.eu/medias/fichiers/Flyer_ERN_A5_EN_WEB_2017.pdf Erişim Tarihi: 22 Eylül 2020 ve ERN-EYE The European Reference Network Dedicated to Rare Eye Diseases. (t.y.). European Commission. Erişim Adresi: <https://www.ern-eye.eu/medias/fichiers/english1.pdf> Erişim Tarihi: 8 Ekim 2020 kaynaklarından yararlanılarak oluşturulmuştur.)

ARA'nın bu üç temel BİT aracının hem teletıp hem de e-Sağlık uygulamalarını oluşturduğu görülmektedir. KHYS ile farklı bölgelerdeki sağlık profesyonelleri konsültasyon yapabilmekte ve sağlık hizmetini sunabilmektedir. Bu durum açık bir şekilde ARA'nın teletıp uygulaması boyutunu oluşturmaktadır. Ancak KHYS sağlık hizmeti sunumunun yanı sıra hasta verilerinin arşivlenmesi, bilimsel araştırmalar ve sağlık profesyonelleri için eğitimlerin gerçekleştirilmesi içinde kullanılmaktadır. Benzer şekilde ARA İnternet Sitesi tüm topluma yönelik sağlık hizmetini ifade etmektedir. Bu iki durum ise ARA'nın e-Sağlık boyutunu oluşturmaktadır. Bu açıdan ARA'nın nadir ve karmaşık hastalık hastalarına yalnızca teletıp ile sağlık hizmeti sunulması ile

kapsamlı olmadığı görülmektedir. ARA toplum sağlığının geliştirilmesi, klinik rehberler ve tedavi yaklaşımların geliştirilmesi ve kalite standartları gibi e-Sağlık uygulamaları ile toplumu kapsayacak şekilde faaliyet göstermeyi amaçlamaktadır. Bu durum ARA'nın gerçekleştirmekle yükümlü olduğu hedefleri ve sağlaması gereken kriter ve koşullarda da görülmektedir.

AB bir ARA ağının kurulabilmesi için belirli koşullar belirlemiştir. Bu koşullar “hasta merkezlik ve klinik liderlik”, “en az 8 AB ülkesinde herhangi bir ARA ağı üyesi 10 sağlık hizmeti sunucu”, “bağımsız değerlendirme”, “ağ ve üye kriterlerinin yerine getirilmesi” ve ulusal makamların onayı”ndan oluşmaktadır (European Commission, 2017b, s. 11).

Bir ARA ağının kurulmasında öncelikle ulusal makamların onayının koşullarıyla üye devletlerin rolü ön plana çıkarılmaktadır. Nitekim, ulusal makamlar ARA ağı kuruluşunun yanı sıra bir ARA ağına üye olmak isteyen sağlık kuruluşunun onaylanmasında da son karar mercii olan ve AB üye devletleri ve Norveç'in ulusal makamlarından oluşan “Üye Devletler Kurulu”nu oluşturmaktadır (Commission Delegated Decision of 10 March 2014 Setting Out Criteria for Establishing, 2014). Bu açıdan ARA sanal organizasyonunda AB'nin “birlik” olarak aktif rolünün yanında ulusal makamlar da bu pozisyonları açısından ARA stratejisinin geliştirilmesinde aktif bir rol oynamaktadır.

AB bununla birlikte her bir ARA ağı için belirli amaçların gerçekleştirilmesini de koşul tutmaktadır. 2011/24/EU sayılı direktifin 12. maddesi doğrultusunda sekiz ayrı amaç belirlenmiştir ve bu amaçların en az üçünün gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Directive 2011/24/EU of The European Parliament, 2011):

- a. *“Tıp bilimleri ve sağlık teknolojilerindeki yenilikleri kullanarak hastalar ve sağlık sistemleri için yüksek düzeyde uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinde Avrupa iş birliğinin potansiyelini gerçekleştirmeye yardımcı olmak,*
- b. *Hastalıkların önlenmesi ile ilgili bilgi birikimine katkıda bulunmak,*
- c. *Uzmanlığın nadir olduğu tıbbi alanlarda belirli bir uzmanlık iş birliğini gerektirecek tıbbi bir durumu olan tüm hastalar için maliyet etkili, erişilebilir ve yüksek kaliteli sağlık hizmetinin sunumu ve teşhisinde gelişmeleri kolaylaştırmak,*
- d. *Kaynakları uygun oldukları yerlerde bir araya getirerek maliyet etkin kullanımlarını en üst düzeye çıkarmak,*
- e. *Araştırma ve epidemiyolojik takiplerin güçlendirilmesi ve sağlık profesyonelleri için eğitim verilmesi,*
- f. *Ağ bünyesinde ve dışında nadir hastalıkların tedavi ve teşhisinin gelişimi desteklemek; en iyi uygulama, bilgi ve enformasyonun yayılması ve paylaşımını geliştirmek; sanal veya fiziksel olarak uzmanlığın hareketliliğini kolaylaştırmak,*
- g. *Kalite ve güvenlik kriterlerinin geliştirilmesini teşvik etmek ve ağ bünyesinde ve dışında en iyi uygulamanın yayılmasını ve gelişimini desteklemek,*
- h. *Uzmanlaşmış yüksek kaliteli hizmeti sağlamak için uzmanlık, teknoloji eksikliği veya belirli bir tıbbi durumu olan az sayıdaki hastaları olan üye ülkelere yardım etmek.”*

Ağların sağlamak durumunda olduğu kriterler 2011/24/EU sayılı AB direktifinin 12. maddesinin ikinci (sekiz amaç) ve dördüncü fıkralarından oluşmaktadır. Dördüncü fıkra iyi çıktılarının kanıtları ile hastaları teşhis etmek, izlemek ve yönetmek için bilgi ve uzmanlığa sahip olmak; multidisipliner yaklaşımları takip etmek; yüksek düzeyde uzmanlık sunmak ve iyi uygulama rehberleri oluşturma ile birlikte sonuç ölçütlerini ve kalite kontrolünü uygulama kapasitesine sahip olmak; araştırmalara katkıda bulunmak; eğitim ve öğretim faaliyetleri düzenlemek ve son

olarak ulusal ve uluslararası düzeyde diğer uzmanlık merkezleri ve ağları ile yakın iş birliği içinde bulunmak olarak altı maddeden oluşmaktadır (Directive 2011/24/EU of The European Parliament, 2011).

ARA ağlarına üyelik başvurusunda bulunan sağlık kuruluşlarının sağlamak durumunda olduğu kriterler ise 2014/286/EU direktif uyarınca iki ayrı grup kriter etrafında değerlendirilmektedir.

Aday sağlık kuruluşları için ilk grup kriter olan yönetim ve organizasyonel koşullar 2014/286/EU sayılı direktif uyarınca beş ayrı alt gruba ayrılmaktadır (Commission Delegated Decision of 10 March 2014 Setting Out Criteria and Conditions, 2014):

- a. *“Hasta güçlendirme ve hasta merkezli bakım ile ilgili kriterler: Hem yerel hem yabancı hastalar için hizmetin hasta merkezli olunması, mahremiyet ve şikâyet gibi hasta haklarının korunması güvenceye almak ve şeffaf olunması konularını içermektedir.*
- b. *Organizasyon, yönetim ve işletme sürekliliği ile ilgili kriterler: Hastalar için kolay erişimi sağlama ve şeffaf fiyat tarifesi gibi konularda açık bir organizasyon yapısına sahip olmak, sürekliliği sürdürürebilmek için stratejik planlara sahip olmak ve ameliyathane ve yoğun bakım gibi birimlerin kalitesini sağlamak gibi konuları içermektedir.*
- c. *Araştırma ve eğitim kapasitesi ile ilgili kriterler: Teknik, yapısal ve insan kaynakları açısından üniversite, akademik ve uzmanlık eğitimini verebilme kapasitesine sahip olmak, uzmanlık alanıyla ilgili olarak öğretim ve eğitim faaliyetleri yürüterek ulusal ve uluslararası nitelikte araştırma deneyimlerine sahip olmak gibi konuları içermektedir.*
- d. *Uzmanlık alışverişi bilgi sistemleri ve e-Sağlık araçları ile ilgili kriterler: Diğer sağlık kuruluşları ile uzmanlık alışverişinde bulunabilme ve destekleyebilme, e-Sağlık araçlarında birlikte çalışabilirlik gerekliliklerini yerine getirmek ve ulusal veya uluslararası kabul görmüş bilgi ve kodlama sistemlerini kullanmak gibi konuları içermektedir.*
- e. *Hasta güvenliği ve değerlendirme, uzmanlık, iyi uygulama ve kalite ile ilgili kriterler: Kalite güvence ve yönetim sistemine sahip olmak ve uzmanlık alanında en iyi bilgi ve kanıta dayalı sağlık teknolojileri, tedavi ve klinik kılavuzlar geliştirmek ve kullanmak gibi konuları içermektedir.”*

İkinci grup kriter olan tıbbi durumlarla ilgili koşullar ise 2014/286/EU sayılı direktif doğrultusunda iki ayrı alt başlık etrafında değerlendirilmektedir (Commission Delegated Decision of 10 March 2014 Setting Out Criteria and Conditions, 2014):

- a. *“Hizmetin güvenliği ve sonuçları ile ilgili kriterler: Faaliyet hacmi ve teknik standartlara uygun olarak hizmet verilen minimum-optimal hasta sayısı, tedavinin güvenliği ve olumlu klinik sonuçlar gibi yeterliliği, deneyimi ve faaliyeti belgelemek ve uluslararası düzeyinde tanınırlığına dair kanıtları sağlamak gibi konuları içermektedir.*
- b. *İnsan, yapısal, ekipman kaynakları ve hizmet sürecinin organizasyonu ile ilgili kriterler: Spesifik multidisipliner sağlık hizmeti ekibinin türü, sayısı, özellikleri, organizasyonu ve işleyişi ile birlikte uzmanlık alanı doğrultusunda biyomedikal görüntüleri, bilgileri vb. belgelemek gibi konuları içermektedir.”*

ARA sanal organizasyonu ifade edildiği üzere 24 farklı ağ ve 300 sağlık kuruluşundan oluşan oldukça büyük bir girişimi oluşturmaktadır. Bu açıdan yönetim mekanizmasının işlevselliği büyük önem arz etmektedir. Bu noktada AB devreye girerek ARA ağları için yönetim mekanizmasını belirleyici birtakım yasal düzenlemeler gerçekleştirmektedir. AB 2014/286/EU direktifle her ağın farklı yönetim organizasyonuna sahip olabileceği esnek bir anlayışı

sergilemekte ancak “yönetim kurulu”, “koordinatör üye” ve “koordinatör”den oluşan üç yönetim kademesinin her ağ için ortak olmasını hükme bağlamaktadır (Commission Delegated Decision of 10 March 2014 Setting Out Criteria and Conditions, 2014). Her ağda bulunan üç ortak yönetim kademesinin kendine has özellikleri bulunmaktadır. Yönetim kurulu ilgili ağın her üyesinin temsilcilerinden oluşmaktadır ve ağın yönetimi ile birlikte prosedürler, planlar, ilerleme raporları gibi ağın faaliyetleri hakkında dokümanları oluşturma ve uygulamadan sorumlu olmaktadır (Commission Delegated Decision of 10 March 2014 Setting Out Criteria and Conditions, 2014).

Koordinatör üye ise ilgili ağın üyesi sağlık kuruluşları arasından seçilmektedir. Koordinatör üye, ağın tüm üyeleri arasından bir kişiyi koordinatör olarak tayin etmektedir. Ağ koordinatörü ağ bünyesindeki ve diğer sağlık kuruluşları arasında iç koordinasyonu desteklemek ve kolaylaştırmakla sorumlu olmaktadır (Commission Delegated Decision of 10 March 2014 Setting Out Criteria and Conditions, 2014). Bu bağlamda spesifik olarak ağların idari yapıları incelendiğinde örnek olarak ERN LUNG ağı ele alınabilir. ERN LUNG ağının yönetim kurulu, tıbbi yönlendirme komitesi, hasta kurulu, ARA danışma kurulu ve fonksiyonel komiteler olmak üzere beş temel yönetim kademesi bulunmaktadır (Humbert ve Wagner, 2017). Ayrıca AB her bir ARA ağının kendi uzmanlık alanın gerektirdiği durumlar çerçevesinde farklı alt dallar oluşturabilmektedir.

ERN LUNG’da bu doğrultuda interstisyel akciğer hastalığı, kistik fibroz, primer silyer diskinezi, pulmoner hipertansiyon, kistik fibrozis dışı bronşektazi, alfa-1 antitripsin eksikliği, mezotelyoma, kronik akciğer allogreft disfonksiyonu ve diğer nadir akciğer hastalıklarından oluşmak üzere çekirdek ağlar olarak da ifade edilen dokuz ayrı tematik grupta nadir akciğer hastalıklarına odaklanmaktadır (Humbert ve Wagner, 2017). Bu dokuz alt tematik grubun birlikte çalışabilirliğini teşvik etmek noktasında araştırma ve klinik araştırmalar komitesi, etik konular komitesi, kayıtlar ve biyobankalar komitesi, yaşam kalitesi komitesi, kalite yönetim komitesi, kılavuzlar ve en iyi uygulama komitesi, iletişim ve sosyal yardım komitesi, sınır ötesi bakım komitesi, eğitim ve sürekli tıp eğitimi komitesi olmak üzere mevcut ve gelecekteki çekirdek ağları etkileyen temel konuları kapsayan fonksiyonel komitelerinden oluşan fonksiyonel komiteler oluşturulmaktadır. Bu bağlamda fonksiyonel komiteler, çekirdek ağlar ve komitelerden oluşmaktadır (ERN LUNG t.y. <https://ern-lung.eu/governance/> Erişim Tarihi: 22 Eylül 2020; Humbert ve Wagner, 2017). Çekirdek ağlar yıllık vizite edilen hasta sayısı, yeni hasta sayısı, multidisipliner ekiplerin bileşimi, altyapı ve prosedürler konularında minimum kriterleri belirlemektedir ve ağın genel stratejisiyle uyumlu olarak uzmanlık alanlarıyla ilgili özel eylem planları geliştirmekten sorumlu olmaktadır (ERN LUNG t.y. <https://ern-lung.eu/governance/> Erişim Tarihi: 22 Eylül 2020). Bununla birlikte çekirdek ağlar uzmanlık alanı doğrultusunda yönetim kurulu kademesi ortak olmak üzere kendi içerisinde de farklı yönetim kademeleri oluşturabilmektedir. Örnek olarak, interstisyel akciğer hastalığı çekirdek ağı yetişkin ve pediatrik olmak üzere iki ayrı kademeye ayrılmaktadır. Pulmoner hipertansiyon ağı da pediatrik, pulmoner arteriyel hipertansiyon, kronik tromboembolik ve kronik solunum veya sol kalp hastalığına bağlı pulmoner hipertansiyon olmak üzere dört alt kademeye ayrılabilir (Humbert ve Wagner, 2017).

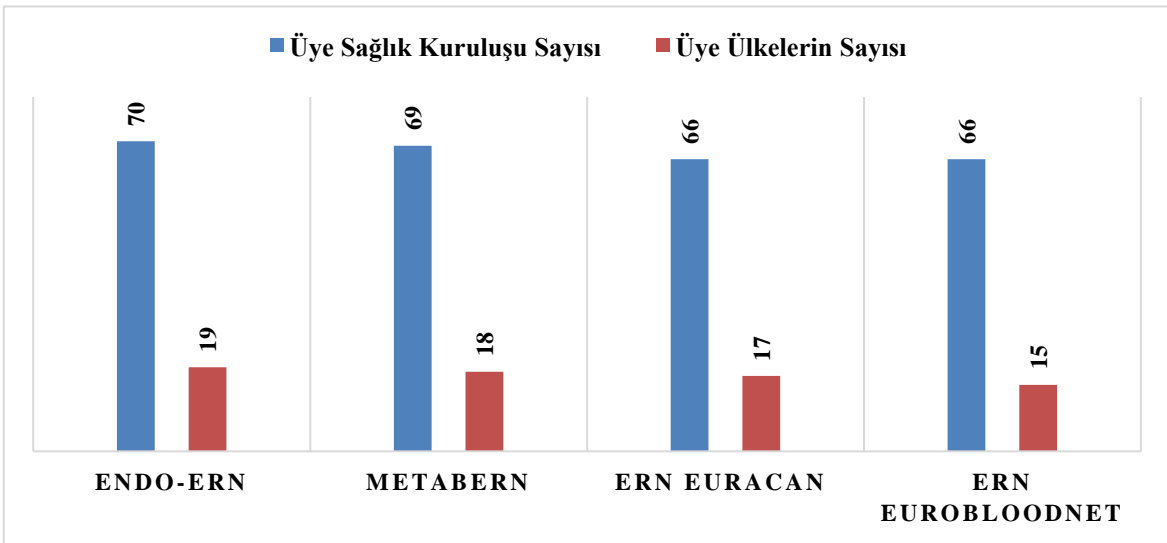
Fonksiyonel komitelerin ve çekirdek ağların faaliyetlerini denetleyen tıbbi yönlendirme komitesi ise yönetim kurulu tarafından yetkilendirilir ve koordinatör, koordinatör yardımcısı, önceki koordinatör, her çekirdek ağ ve fonksiyonel komiteden seçilmiş temsilci ve hasta kurulu tarafından atanan iki hasta temsilcisinden oluşmaktadır (ERN LUNG t.y. <https://ern-lung.eu/governance/> Erişim Tarihi: 22 Eylül 2020). ARA danışma kurulu politika yapıcılar gibi

diğer sektör paydaşlarından oluşmaktadır ve ERN LUNG'un yıllık olarak operasyonel hedeflerine ulaşma derecesini değerlendirmede kriterler geliştirme görevini yürütmektedir. Hasta kurulu ise hastaları temsil etmektedir ve her çekirdek ağın bir temsilcisini içermektedir (ERN LUNG t.y. <https://ern-lung.eu/governance/> Erişim Tarihi: 22 Eylül 2020).

AB belirlemiş olduğu ve yukarıda ifade edilen sekiz ana amacın dışında esnek bir davranış göstererek ağların yine kendi uzmanlık alanı çerçevesinde olmak üzere hedef ve amaçlar belirleyebilmesine olanak sağlamaktadır. ERN LUNG'da bu noktada hizmet standartlarını, yaşam kalitesini ve prognozu geliştirmede Avrupa boyunca uzmanlığın yayılmasını amaçlamaktadır. Bu doğrultuda ERN LUNG üyesi sağlık kuruluşları hizmet kılavuzları geliştirmek ve yaymak, ortak tedavi yaklaşımlarının teşvik edilmesi ve klinik ve ilaç geliştirme çalışmaları için büyük birliklerin bir araya getirilmesi gibi konuları hedeflemektedir (European Commission, 2017b, s. 27).

AB aynı zamanda ARA'nın kapsayıcılığının geliştirilmesini desteklemektedir. Belirli bir ağa üye sağlık kuruluşu bulunmayan üye devletler ARA üyeliğini teşvik etme bağlamında tam üyeliğin yanı sıra belirli bir ağa özel bir bağlantı doğrultusunda üyelik için sağlık kuruluşlarını belirlemeye davet edilmektedir. Özel bağlantı doğrultusunda üyeliği bulunan sağlık kuruluşları, "ortak ulusal merkezler" veya "katılımcı ulusal merkezler" olarak ifade edilmektedir (Commission Delegated Decision of 10 March 2014 Setting Out Criteria and Conditions, 2014; Commission Delegated Decision of 10 March 2014 Setting Out Criteria for Establishing, 2014). Bu merkezler "bağlı ortak" olarak ARA sistemi içerisine dahil olmaktadır (Commission Implementing Decision (EU) 2019/1269, 2019). Bu durum haricindeki diğer bağlantı türleri katılımcı ortaklık ve harici uzman statüsü olmaktadır. Katılımcı ortaklık ilgili sağlık kuruluşuna bir ARA ağı merkezi statüsü getirmeyen ancak ortakların ARA'nın bazı faaliyetleriyle bağlantı kurabilmesine olanak tanıyan daha kısmi bir ortaklık biçimi olmaktadır. Katılımcı ortaklık türü ilgili ağlar tarafından yönetilmektedir (ERN RARE-LIVER t.y. <https://rare-liver.eu/about/types-of-affiliation> Erişim Tarihi: 24 Eylül 2020).

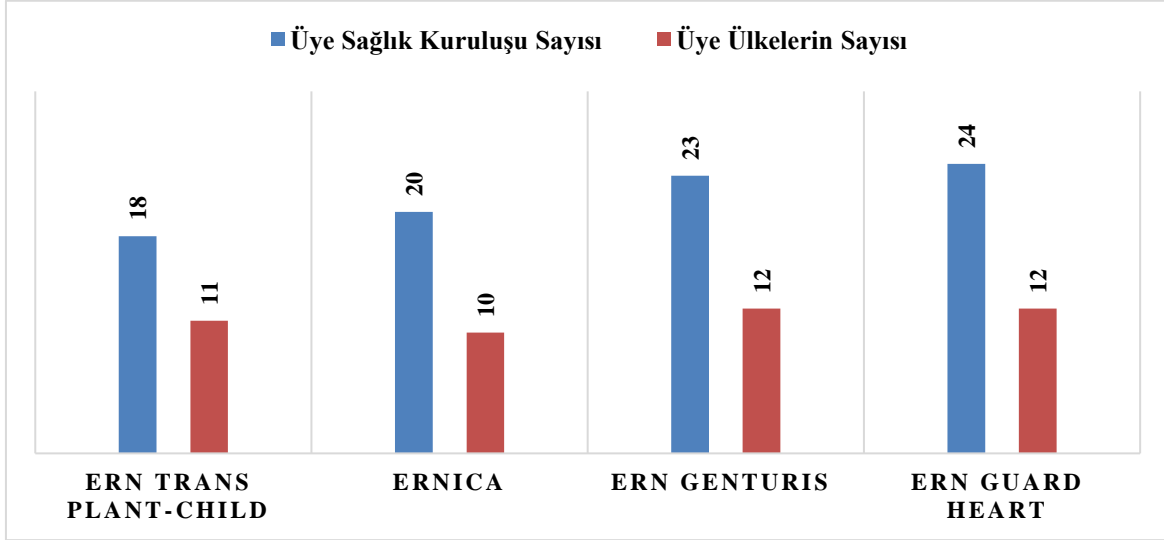
Bu doğrultuda yalnızca tam üyeleri içermek üzere 24 ARA ağına üye sağlık kuruluşları ve ülkeleri aşağıdaki grafiklerde incelenmektedir.



Grafik 3.1. En Fazla Tam Üyeye Sahip İlk 4 ARA Ağı

(Kaynak: European Reference Networks. (t.y.). 24 Networks. Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/health/ern_en Erişim Tarihi: 24 Eylül 2020 kaynağından yararlanılarak oluşturulmuştur.)

Grafik 3.1.'de görüldüğü üzere en fazla tam üye sağlık kuruluşuna sahip ARA ağı 19 ülkeden toplam 70 tam üye sağlık kuruluşu ile birlikte Endo-ERN ağı olmaktadır. MetabERN ağı 18 farklı ülkeden toplam 69 tam üye sağlık kuruluşu ile birlikte ikinci sırada gelmektedir. 17 farklı ülkeden ERN EURACAN ve 15 farklı ülkeden ERN EuroBloodNet toplam 66 tam üye sağlık kuruluşu ile en fazla tam üyeye sahip diğer ARA ağlarını oluşturmaktadır.



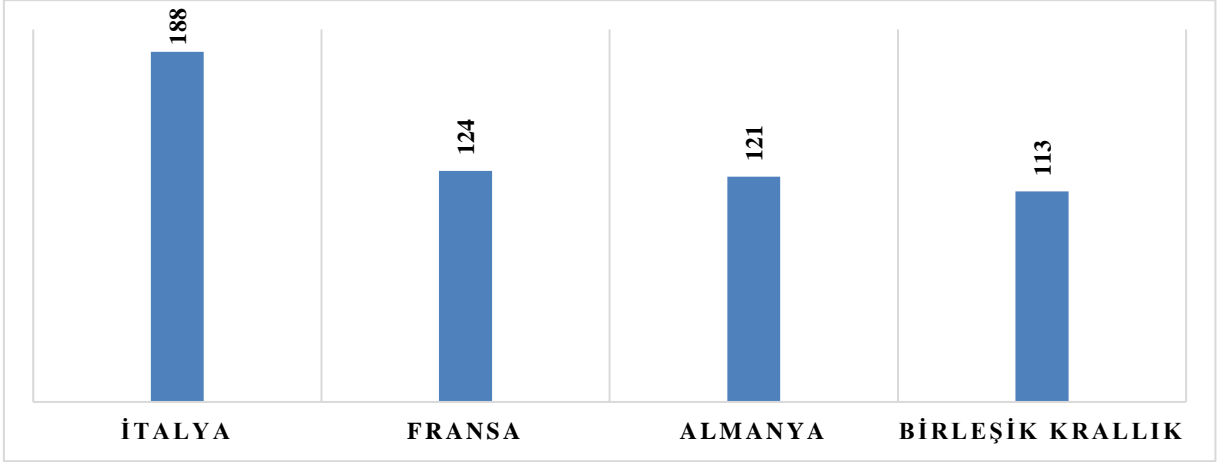
Grafik 3.2. En Az Tam Üyeye Sahip İlk 4 Ara Ağı

(Kaynak: European Reference Networks. (t.y.). 24 Networks. Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/health/ern_en Erişim Tarihi: 24 Eylül 2020 kaynağından yararlanılarak oluşturulmuştur.)

Grafik 3.2.'de görüldüğü üzere, en az tam üye sağlık kuruluşuna sahip ARA ağı ise 11 ülkeden toplam 18 üye ile ERN TRANS PLANT- CHILD ağı olmaktadır. ERNICA ağı ise 10 ülkeden toplam 20 tam üye sağlık kuruluşu ile birlikte en az üyeye sahip ikinci ARA ağını oluşturmaktadır. 12 farklı ülkeden olmak üzere, 23 tam üye ile ERN GENTURIS ve 24 tam üye ile ERN GUARD HEART en az üyeye sahip diğer ağları oluşturmaktadır.

Bu noktada tam üye sayıları açısından şu nokta önem arz etmektedir. Herhangi bir sağlık kuruluşu gerekli uzmanlık ve yukarıda belirtilen durumlar dahilinde gerekli olan kriterleri sağlaması durumunda birden fazla ağa üye olabilmektedir. Polonya'da bulunan "University Hospital in Krakow" sağlık kuruluşunun hem MetabERN ağına hem de ERN-RND ağına üyeliği bulunmaktadır. İtalya'da bulunan "Niguarda Hospital-Milan" sağlık kuruluşunun yalnızca ERN EURO-NMD ağına üyeliği bulunmaktadır. Bununla birlikte yine İtalya'da bulunan "Azienda Ospedale Università di Padova" (AO Padua) sağlık kuruluşunun ERN GUARD-HEART, ERN BOND, Endo-ERN, ERKNet, ERN CRANIO, ERN EYE, ERN LUNG, ERN EuroBloodNet, ERN eUROGEN, ERN EURO-NMD, ERN ITHACA, MetabERN, ERN PaedCan, ERN RARE-LIVER, ERN ReCONNED, ERN Skin, ERN TRANSPLANT-CHILD ve ERNICA ağları olmak üzere tam 18 farklı ARA ağına tam üyeliği bulunmaktadır (European Reference Networks t.y. 24 Networks https://ec.europa.eu/health/ern_en Erişim Tarihi: 24 Eylül 2020).

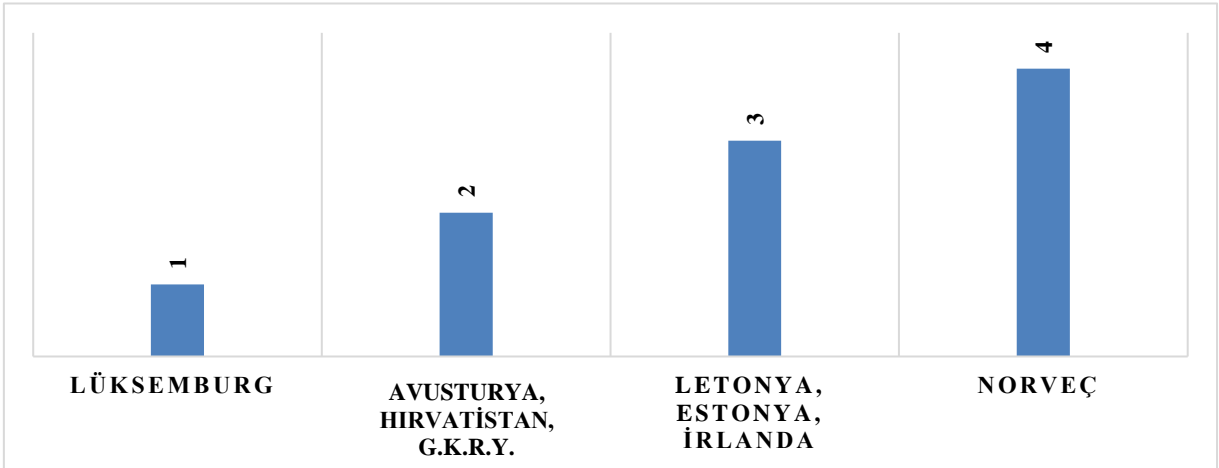
Bu bilgiler ışığında üye ülkelere göre sağlık kuruluşları aşağıdaki Grafik 3.3. ve Grafik 3.4.'te değerlendirilmektedir.



Grafik 3.3. En Fazla Tam Üyelige Sahip Ülkeler

(Kaynak: European Reference Networks. (t.y.). 24 Networks. Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/health/ern_en Erişim Tarihi: 24 Eylül 2020 kaynağından yararlanılarak oluşturulmuştur.)

Grafik 3.3. doğrultusunda, İtalya toplam 188 tam üyelik ile ön plana çıkmaktadır. İtalya'yı 124 tam üyelik ile Fransa ve 121 tam üyelik ile Almanya takip etmektedir. Birleşik Krallık 113 tam üyelik ile en fazla üyeliğe sahip dördüncü ülkeyi oluşturmaktadır.



Grafik 3.4. En Az Tam Üyelige Sahip Ülkeler

(Kaynak: European Reference Networks. (t.y.). 24 Networks. Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/health/ern_en Erişim Tarihi: 24 Eylül 2020 kaynağından yararlanılarak oluşturulmuştur.)

Grafik 3.4. doğrultusunda Lüksemburg yalnızca bir üyelik ile en az tam üyeliğe sahip Avrupa ülkesi olurken Avusturya, Hırvatistan ve Güney Kıbrıs Rum Yönetimi iki tam üyelik ile Lüksemburg'u takip etmektedir. En az üyeliğe sahip diğer ülkeler 3'er üyelikleri bulunan

Letonya, Estonya ve İrlanda ile 4 tam üyelik ile Norveç olmaktadır. ARA sistemi bazı zorlukları da içerisinde barındırmaktadır. Bu zorluklar arasında, gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH) oranları ile bağlantılı olarak, ARA üyeliklerinin dağılımındaki coğrafi dengesizlik ön plana çıkmaktadır. Yüksek GSYİH oranına sahip Avrupa ülkeleri düşük GSYİH'ye sahip ülkelere göre daha güçlü bir şekilde ARA ağlarında üyelikleri bulunmaktadır (European Commission, 2018b, s.3).

Nitekim, bu durum ağlar içerisinde de orantısız dağılıma yol açmaktadır. Grafik 3.1.'de ifade edilen 66 tam üyeliğe sahip ERN EuroBloodNet'in üçte biri 21 üye ile İtalya'dan oluşmaktadır. İtalya'nın arkasında ise 12 üye ile Fransa gelmektedir. Yine benzer şekilde, 66 tam üyeliğe sahip ERN EURACAN'ın 17 üyesi İtalya'dan meydana gelirken arkasından 8 üye ile Hollanda gelmektedir (European Reference Networks. (t.y.). 24 Networks. Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/health/ern_en Erişim Tarihi: 24 Eylül 2020).

Bu açıdan, üyeliklerin nispeten daha yüksek GSYİH'ye sahip ülkelerde çoğunluk olarak toplandığı görülmektedir. Bu durum ARA organizasyonu için büyük oranda dengesiz coğrafi dağılım sorununa yol açmaktadır. Bu sorun ülkeler arasındaki eşitsizliği derinleştirmeye yol açabileceği gibi tekelleşme durumuna da yol açarak paylaşılan bilgilerin, verilerin ve kaynakların belirli merkezlerde toplanmasına yol açabilmektedir. Bununla birlikte ARA üyelerin aktif olma noktasında da zorluklar yaşandığı ifade edilmektedir. ARA üyelerinin üçte biri "hiperaktif", diğer üçte biri "orta düzey aktif" olarak nitelenirken geri kalan üçte birdeki üyelerin "pasif" olduğu belirtilmektedir (European Commission, 2018b, s. 14).

Bir diğer önemli zorluk ise finansman konusunda ortaya çıkmaktadır. ARA organizasyonunun hem kuruluşuna giden yolda hem de faaliyetleri ile ilgili olarak uzun vadeli sürdürülebilir finansman sağlanması noktasında zorluklar yaşandığı ifade edilmektedir (Kamel, 2016, s. 1566). Azzopardi-Muscat ve Brand (2015, s. 362)'da bu duruma değinerek finansman konusunun doğrudan ARA organizasyonunun sürdürülebilirliği ile bağlantılı olduğunu ifade etmektedir. Finansman zorluğuna başka bir noktadan daha değinilerek gerçekleştirilen sanal konsültasyonlar için sağlık profesyonellerine geri ödemesinin nasıl işleyeceğinin belirsiz olduğu ifade edilmektedir (European Commission, 2017a, s. 9). Bu açıdan finansman ARA'ya etkileyecek sorunların arasında büyük bir önem arz etmektedir.

Önemli bir diğer sorun, ARA organizasyonunun uzun vadede sürdürülebilirliğini doğrudan etkileyen stratejik vizyon da yaşanan belirsizlik durumu olarak belirtilmektedir. Bu açıdan ARA organizasyonunun on ila yirmi yıllık dönem içerisinde hangi noktaya geleceği açısından stratejik bir vizyonun bulunmadığı ifade edilmektedir. Bu noktada en büyük zorluk olarak ARA organizasyonunun ve ağların münhasır kulüp(ler) yapısına veya kapsayıcı büyük bir organizasyon yapısına bürünme noktasında olmaktadır (European Commission, 2018b, s. 23).

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, BİT teknolojilerinin hızlı gelişimi bağlamında olmak üzere sağlık hizmetlerinde hem hizmet sunumunda hem de sağlık kurumlarının organizasyon yapısında meydana getirdiği dijitalleşmenin etkisi doğrultusunda ortaya çıkan e-Sağlık ve teletıp kavramları ile sağlık hizmetlerinde sanal organizasyon yapısı değerlendirilerek çok uluslu bir sanal sağlık organizasyonu olan Avrupa Referans Ağları'nın organizasyon yapısı ve faaliyetleri çeşitli bulgularla ortaya konulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde teleradyoloji ve hastane bilgi yönetim sistemleri gibi e-Sağlık ve teletıp araçlarının mevcut kullanımı kısmen de olsa sanal organizasyon yapısının sağlık hizmetlerine bir

yansımaları oluşturmaktadır. Belirli noktalarda daha dar kapsamda kullanılan bu tür yaklaşımlar organizasyonel anlamda sağlık hizmetlerinin, hizmet sunumu ve eğitim vb. konular açısından bütün yönlerini yansıtmamaktadır. Kullanım alanının yanı sıra, ayrıca hedef kitle ve kullanıcıları açısından da dar kapsamlı olabilmektedir. Bu açıdan, teleradyoloji sistemini hastane bünyesinde sağlık profesyonelleri kullanırken Sağlık Bakanlığı'nın "Teletıp Sistemi" ile ulusal kullanım boyutuna ulaşmaktadır.

ARA organizasyonu ise bu durumdan farklı bir şekilde, KHYS, İş Birliği Platformu ve İnternet Sitesi ağları ile tamamen sanal ağ yapısı üzerine kurulu olmakla birlikte çok uluslu olma özelliği ile sağlık hizmetlerinde sanal organizasyon yapısının ilk ve tek örneğini oluşturmaktadır. Bu açıdan ARA sanal organizasyonu sağlık hizmetlerindeki dijitalleşme sürecine yeni bir boyut getirerek sanal bir sağlık hizmetleri organizasyonu yapısını temsil etmektedir.

Karmaşık ve nadir hastalık hastalarının hem toplum içerisinde daha az bir popülasyonu oluşturması hem de hizmet alabilecekleri sağlık profesyonellerinin az sayıda ve dağınık olması sebebiyle toplum içerisinde dezavantajlı bir grubu oluşturduğu ifade edilmektedir (Requena-Méndez, 2020, s. 24). ARA sanal organizasyonu ilk aşamada, dezavantajlı olan bu gruplar üzerine kurularak oldukça önemli bir girişimi meydana getirmektedir. Bu noktada ARA sanal organizasyonu Avrupa'nın farklı bölgelerindeki sağlık profesyonellerini sanal ağlar üzerinde bir araya getirmesiyle adeta doktor havuzu oluşturmaktadır.

Bu durum karmaşık ve nadir hastalık hastalarının en iyi tedaviye ulaşmalarında mümkün olan en etkili ve verimli yolu oluşturmaktadır. Nitekim hastaların seyahati yerine sanal ağlar aracılığıyla oldukça hızlı bir şekilde bilgi dolaşmaktadır. Ayrıca, yukarıda da incelendiği üzere ağların yönetim kademelerinde hasta organizasyonları ve temsilcileri bulunmaktadır.

Bu doğrultuda, hastaların ARA sanal organizasyonunun merkezinde yer aldığı görülmektedir. Bu bağlamda, karmaşık ve nadir hastalık hastalarının en iyi tedaviye ulaşmalarının yanında, yönetim mekanizmalarında yer almaları ile toplum bünyesinde farkındalık sağlanarak dezavantajın getirmiş olduğu zorluklar azaltılmaktadır. Nitekim Mosca ve Cutolo (2018)'nin de ifade ettiği üzere ağların sağlamış olduğu katma değerlerin en önemlilerinden birisi hasta temsilcilerin ağ faaliyetlerine katılımı olmaktadır.

ARA sanal organizasyonunun sağlamakta olduğu bilgi kaynağına hızlı erişim sağlık kurumlarına da büyük avantajlar sağlayabilmektedir. Nitekim bilgi çağı olarak ifade ettiğimiz bu dönemde bilgi kaynağına daha hızlı erişerek onu etkili bir şekilde amaçları doğrultusunda kullanan örgütler çeşitli avantajlar elde etmektedir. Bu açıdan ARA, KHYS sistemi ile sağlık kuruluşları ve profesyonelleri için bilgiye her an her yerde hızlı erişimin yanı sıra farklı ülkelerdeki bilgiye de aynı şekilde ulaşma imkânını sunmaktadır. Bu bağlamda, sağlık kurumları organizasyonları için en iyi bilgiye en hızlı bir şekilde ulaşma gibi çeşitli avantajlar elde etmektedir.

Ancak ARA sanal organizasyonun, Wijnen, Anzelewicz, Petersen ve Czauderna (2017, s. 393)'nin de ifade ettiği üzere 2017'den beri resmi olarak faaliyet gösteren daha yeni kurulmuş bir organizasyon olmasından kaynaklı olarak bu noktaya kadar ifade edilen avantajlar ve dezavantajların tam bir değerlendirmesinin yapılması için henüz erken bir aşamada bulunmaktadır. Bu durumla birlikte ARA sanal organizasyonu sonuç olarak, karmaşık ve nadir hastalık hastaları için en iyi tedaviye ulaşma imkânı, sağlık profesyonelleri için en yeni ve en iyi bilgiye ulaşma imkânı hem mevcut sağlık profesyonelleri hem de sağlık bilimleri öğrencileri için sürekli eğitim imkânı ile birlikte öğrenme kültürünün olduğu bir örgüt ortamı ve ülkeler

arasındaki eşitsizliklerin azalması gibi büyük katma değerli faydaların sağlanmasını vaat etmektedir.

Türkiye'nin AB üyelik süreci doğrultusunda olmak üzere ARA sanal organizasyonunun faaliyetlerini takip ettiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın ifade ettiği üzere, 2015'de ARA'nın Lizbon'da gerçekleştirilen 2. Avrupa Referans Ağları Konferansı'na katılım sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2016 <https://hasta.saglik.gov.tr/TR,5078/2-avrupa-referans-aglari-konferansi.html> Erişim Tarihi: 1 Ekim 2020). Ülkemizin ARA organizasyonunun faaliyetlerini yakından takip etmesi, yukarıda ifade edilen faydaları ülkemiz için de sağlayabileceğinden bu çalışmada önerilmektedir.

Sonuç olarak çalışmada, ARA sanal organizasyonunun, günümüzde yürütülen sağlık hizmeti sunum ve örgütlenme süreçlerini, özellikle organizasyonel anlamda olmak üzere yeni bir noktaya taşıyan bir adım olduğu ve dijitalleşme sürecindeki sağlık hizmetlerinde sanal bir sağlık hizmeti organizasyonu olduğu değerlendirilmesi yapılmakta ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinde sanal organizasyon yapısının belirli noktalar açısından uygulanabileceğini göstermesi bağlamında, ARA ağlarının gelecekte sağlık hizmetlerinde yaşanabilecek yeni organizasyonel dönüşümlere örnek teşkil edeceği varsayımında bulunmaktadır.

KAYNAKÇA

- Aas, I. H. M. (2013). The Health Sector Towards the Information Age: The Telemedicine Virtual Organization. *Us-China Education Review B*, 3(8), 646–650. <http://www.davidpublisher.org/Public/uploads/Contribute/553dfa903bc54.pdf>
- Aktaş, F., Çeken, C., & Erdemli, Y. E. (2016). Nesnelerin İnterneti Teknolojisinin Biyomedikal Alanındaki Uygulamaları. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 4(1), 37–54. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/224889>
- Azzopardi-Muscat, N., & Brand, H. (2015). Will European Reference Networks Herald a New Era of Care for Patients With Rare and Complex Diseases? *European Journal of Public Health*, 25(3), 362–363. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku144>
- Bekmezci, M. (2018). Sanallık ve Sanal Organizasyonlar. In F. Çankaya & S. Kayıkçı (Eds.), *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler'de Akademik Araştırmalar-4* (pp. 365–379). Ankara: Gece Kitaplığı. <https://www.gecekitapligi.com/Webkontrol/uploads/Fck/4-sosyal.pdf>
- Birinci, Ş. (2013). Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri. Sur, H. ve Palteki, T. (Ed.), *Hastane Yönetimi* (s. 285-304) içinde. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Cansever, İ. H. (2020). Türkiye'de e-sağlık Uygulamaları Üzerine Bir Betimleme. Eke, E. (Ed.), *Sağlık Yönetiminde Güncel Tartışmalar* (s. 317-343) içinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- Chami, G. F., Molyneux, D. H., Kontoleon, A. A., & Dunne, D. W. (2013). Exploring Network Theory for Mass Drug Administration. *Trends in Parasitology*, 29(8), 370–379. <https://doi.org/10.1016/j.pt.2013.04.005>
- Commission Delegated Decision of 10 March 2014 Setting Out Criteria for Establishing and Evaluating European Reference Networks and Their Members and for Facilitating The Exchange of Information and Expertise on Establishing And Evaluating Such Networks

(Text With EEA Relevance) (2014/287/EU). (2014, 17 May). Official Journal of the European Union (Sayı: OJ L 147). Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ern/docs/ern_implementingdecision_20140310_en.pdf

Commission Delegated Decision of 10 March 2014 Setting Out Criteria and Conditions that European Reference Networks and Healthcare Providers Wishing to Join A European Reference Network Must Fulfil (Text With EEA Relevance) (2014/286/EU). (2014, 17 May). Official Journal of the European Union (Sayı: OJ L 147). Erişim Adresi: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014D0286&qid=1597240587206&from=EN>

Commission Implementing Decision (EU) 2019/1269 of 26 July 2019 Amending Implementing Decision 2014/287/EU Setting Out Criteria for Establishing and Evaluating European Reference Networks and Their Members and For Facilitating The Exchange of Information and Expertise On Establishing and Evaluating Such Networks (Text With EEA Relevance). (2019, 29 July). Official Journal of the European Union (Sayı: OJ L 200). Erişim Adresi: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019D1269&from=EN>

Çakmak, Z. (2016). Sanal Organizasyonların Yönetim Fonksiyonları Açısından Geleneksel Organizasyonlardan Farklılıkları. *Florya Chronicles of Political Economy*, 2(2), 35–58. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/620261>

Darkins, A., Ryan, P., Kobb, R., Foster, L., Edmonson, E., Wakefield, B., & Lancaster, A. E. (2008). Care Coordination/Home Telehealth: The Systematic Implementation of Health Informatics, Home Telehealth, and Disease Management to Support the Care of Veteran Patients with Chronic Conditions. *Telemedicine and E-Health*, 14(10), 1118–1126. <https://doi.org/10.1089/tmj.2008.0021>

Demirtaş, M. (2019). Nesnelerin İnterneti ve Sağlık Uygulamaları. Yıldız, M. S. (Ed.), *Sağlıkta İleri Teknoloji Uygulamaları* (s. 57-69) içinde. Ankara: Nobel Yayın

Directive 2011/24/EU of The European Parliament and of The Council of 9 March 2011 on The Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. (2011, 4 April). Official Journal of the European Union (Sayı: OJ L 88). Erişim Adresi: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&qid=1601572702912&from=EN>

ERN LUNG t.y., *About ERN-LUNG – Structure & Governance*. Erişim Adresi: <https://ern-lung.eu/governance/> Erişim Tarihi: 22 Eylül 2020

ERN RARE-LIVER t.y., *About - Types of Affiliation*. Erişim Adresi: <https://rare-liver.eu/about/types-of-affiliation> Erişim Tarihi: 24 Eylül 2020

ERN-EYE The European Reference Network Dedicated to Rare Eye Diseases. (t.y.). European Commission. Erişim Adresi: <https://www.ern-eye.eu/medias/fichiers/english1.pdf> Erişim Tarihi: 8 Ekim 2020

European Commission. (2017a). 3rd Conference on European Reference Networks - Conference Report. Vilnius: European Commission https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ern/docs/ev_20170309_frep_en.pdf

- European Commission. (2017b). European Reference Networks Working for Patients With Rare, Low-prevalence and Complex Diseases: Share.Care.Cure. Luxembourg: Publications Office of The European Union. <https://doi.org/10.2875/84236>
- European Commission. (2018a). Market Study on Telemedicine. Luxembourg: Publications Office of The European Union. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en.pdf
- European Commission. (2018b). 4th Conference on European Reference Networks - Conference Report. Brussels: European Commission https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ern/docs/ev_20181121_frep_en.pdf
- European Reference Networks for Rare, Low-Prevalence and Complex Diseases: Share. Care. Cure.* (t.y.). European Commission. Erişim Tarihi: 22 Eylül 2020 Erişim Adresi: https://www.ern-eye.eu/medias/fichiers/Flyer_ERN_A5_EN_WEB_2017.pdf
- European Reference Networks t.y., *24 Networks.* Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/health/ern_en Erişim Tarihi: 24 Eylül 2020
- Evangelista, T., Hedley, V., Atalaia, A., Johnson, M., Lynn, S., Le Cam, Y., & Bushby, K. (2016). The Context for The Thematic Grouping of Rare Diseases to Facilitate The Establishment of European Reference Networks. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 11, 17. <https://doi.org/10.1186/s13023-016-0398-y>
- Gulhan, I. (2020). A Unique e-Health and Telemedicine Implementation: European Reference Networks for Rare Diseases. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 28(2), 223–225. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10389-019-01052-w.pdf>
- Gülhan, İ. (2020). *Avrupa Birliği Sağlık Politikası Bağlamında Nadir Hastalıklar ve Avrupa Referans Ağları (Doktora Tezi)*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Günaltay, M. M. ve Gökteş, B. (2019). Sağlık ve Hastane Bilgi Sistemleri. Ağırbaş, İ. (Ed.), Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Kurumları Yönetiminde Temel Konular (s. 287-327) içinde. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Harrop, V. M. (2001). Virtual Healthcare Delivery: Defined, Modeled, and Predictive Barriers to Implementation Identified. *Proceedings. AMIA Symposium*, 244–248. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2243512/pdf/procamiasymp00002-0283.pdf>
- Helping Patients with Rare or Low-prevalence Complex Diseases.* (t.y.) European Commission. Erişim Tarihi: 22 Eylül 2020 Erişim Adresi: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ern/docs/2018_patientsflyer_en.pdf
- HIMSS Analytics. (2019). *eHealth Trendbarometer “Annual European eHealth Survey 2019”* (Issue November). https://europe.himssanalytics.org/sites/himssanalytics_europe/files/eHealthTRENDBAROMETER-HIMSSAnalyticsAnnualEuropeanHealthSurvey2019.pdf
- Higgins, O., Sixsmith, J., Barry, M. M., & Domegan, C. (2011). A Literature Review on Health Information-seeking Behaviour on The Web:A Health Consumer and Health Professional

- Perspective. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. <https://doi.org/10.2900/5788>
- Humbert, M., & Wagner, T. O. (2017). Rare Respiratory Diseases Are Ready for Primetime: From Rare Disease Day to The European Reference Networks. *European Respiratory Journal*, 49(2), 1700085. <https://doi.org/10.1183/13993003.00085-2017>
- Işık, O. ve Akbolat, M. (2010). Bilgi Teknolojileri ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Bilgi Dünyası*, 11(2), 365-389. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/profile/Mahmut_Akbolat/publication/282857519_Bilgi_Teknolojileri_ve_Hastane_Bilgi_Sistemleri_Kullanimi_Saglik_Calisanlari_Uzerine_Bir_Arastirma/links/56348a9208ae88cf81bb8481.pdf
- Jermol, M., Lavrač, N., Urbančič, T., & Kopač, T. (2004). Supporting A Public Health Care Virtual Organization By Knowledge Technologies. In L. M. Camarinha-Matos (Ed.), *Virtual Enterprises and Collaborative Networks* (pp. 567–576). Kluwer Academic Publishers. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F1-4020-8139-1_60.pdf
- Kamel, N. (2016). European Reference Networks: Moving Towards A Tangible Outcome Of The European Union's Cross-border Healthcare Directive? *European Respiratory Journal*, 48(6), 1564–1568. <https://doi.org/10.1183/13993003.01385-2016>
- Kay, M., van Andel, M. O.-G., Klint, K., & Tristram, C. (2006). Building Foundations for eHealth: Progress of Member States: Report of The WHO Global Observatory for eHealth. Switzerland: World Health Organization. https://www.who.int/goe/publications/build_foundations/en/
- Kılıç, T. (2016). e-Sağlık ve Teletıp Hollanda ve Dünyadan İyi Uygulama Örnekleriyle. İstanbul: AZ Yayınları
- Kirkman, B. L., Rosen, B., Gibson, C. B., Tesluk, P. E., & McPherson, S. O. (2002). Five Challenges to Virtual Team Success: Lessons from Sabre, Inc. *Academy of Management Executive*, 16(3), 67–79. <https://www.jstor.org/stable/pdf/4165869.pdf>
- Klaassen, B., van Beijnum, B. J. F., & Hermens, H. J. (2016). Usability in Telemedicine Systems — A Literature Survey. *International Journal of Medical Informatics*, 93, 57–69. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.06.004>
- Koçel, T. (2001). İşletme Yöneticiliği. İstanbul: BETA Basım Yayın Dağıtım
- Lubitz, D. Von, & Wickramasinghe, N. (2006). Networkcentric Healthcare: Outline of Entry Portal Concept. *International Journal of Electronic Business Management*, 4(1), 16–28. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.368.1410&rep=rep1&type=pdf>
- Mahaffey, A. L. (2018). Interfacing Virtual and Face-to-Face Teaching Methods in An Undergraduate Human Physiology Course for Health Professions Students. *Advances in Physiology Education*, 42(3), 477–481. <https://doi.org/10.1152/advan.00097.2018>
- Morciano, C., Laricchiuta, P., Taruscio, D., & Schünemann, H. (2015). European Reference Networks and Guideline Development and Use: Challenges and Opportunities. *Public Health Genomics*, 18(5), 318–320. <https://doi.org/10.1159/000435852>

- Öztaş, N. (2017). Örgüt: Örgüt ve Yönetim Kuramları II. İstanbul: Otorite Yayınları
- Paksoy, V. M. (2017). Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Teletıp Uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 9–16. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/752012>
- Requena-Méndez, A. (2020). European Expert Network for Rare Communicable Diseases and Other Rare Pathologies in The Context of Mobility And Globalization [EURaDMoG]. In *Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency Health and Food Safety Unit*. European Commission. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Sağlık Bakanlığı 2016, 2. Avrupa Referans Ağları Konferansı. Erişim Adresi: <https://hasta.saglik.gov.tr/TR,5078/2-avrupa-referans-aglari-konferansi.html> Erişim Tarihi: 1.10.2020
- Saliba, V., Legido-Quigley, H., Hallik, R., Aaviksoo, A., Car, J., & McKee, M. (2012). Telemedicine Across Borders: A Systematic Review of Factors that Hinder or Support Implementation. *International Journal of Medical Informatics*, 81(12), 793–809. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.08.003>
- Şimşek, M. Ş. ve Çelik, A. (2012). Yönetim ve Organizasyon. Konya: Eğitim Yayınevi
- Tezcan, C. (2018). Sağlıkın Dijital Dönüşümü. *SD Platform, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 46, 18–21. <https://www.medipol.edu.tr/medium/magazine-file-459.vsf>
- Thielst, C. B. (2010). At The Crossroads: NRTRC White Paper Examines Trends Driving The Convergence of Telehealth, EHRs and HIE. *World Hospitals and Health Services Journal*, 46(4), 17–23. https://www.ache.org/-/media/ache/learning-center/research/ihf-volumes/whhsj_464.pdf?la=en&hash=93D259DFD4A216D882B7D9019BEAABF141B45619#page=19
- Yüksel, Ö., & Murat, G. (2001). Sanal Örgütlenmeler: Enformasyon Teknolojilerinin İşletmelerin Örgüt Yapısına ve Rekabet Gücüne Yansımaları. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(3), 111–124. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/287824>
- Wijnen, R., Anzelewicz, S. M., Petersen, C., & Czauderna, P. (2017). European Reference Networks: Share, Care, and Cure — Future or Dream? *European Journal of Pediatric Surgery*, 27(5), 388–394. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1607057>
- World Health Organization. (2010). *Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on The Second Global Survey on eHealth 2009 - (Global Observatory for eHealth Series, 2)*. World Health Organization. https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
- World Health Organization. (2016). From Innovation to Implementation: eHealth in The WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/302331/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU.pdf



E-ISSN: 2667-5838	https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal	Paper Type: Review Paper, Makale Türü: Derleme
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 23/03/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi: 26/03/2021

**GÖÇMEN SAĞLIĞI BAĞLAMINDA TÜRKİYE'DEKİ SURİYELİLERE
YÖNELİK SAĞLIK POLİTİKALARI**



IMMIGRANT HEALTH POLICY TOWARD THE CONTEXT OF SYRIA IN TURKEY

Atıf/ to Cite (APA): Aydamak, M.Y. (2021). Göçmen Sağlığı Bağlamında Türkiye'deki Suriyelilere Yönelik Sağlık Politikaları. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, (1), 36-58.

**Muhammed Yusuf
AYDAMAK¹**

DOI: <https://doi.org/10.35345/johmal.902098>

ÖZ

Türkiye, komşusu Suriye'de 10 yıldır süren iç savaş ile tarihinin en büyük göçmen krizi ile karşı karşıya kalmıştır. Türkiye, bunun yanı sıra Afganistan ve Irak gibi diğer ülkelerden gelen göçmenlerin hem hedef ülkesi hem de geçiş yaptıkları ülke konumunda olmaktadır. Bu uluslararası göç dalgasına karşı Türkiye'nin politikası gelişen süreç doğrultusunda zaman içerisinde değişiklik göstermiş olsa da Türkiye esas olarak açık kapı politikası uygulayarak Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ve Geçici Koruma Yönetmeliği yasal mevzuatlarıyla uluslararası göçmenlerin sosyal yardımlar ve sağlık gibi hizmetlere erişimlerini sağlamaktadır. Bunun yanı sıra Avrupa Birliği ve Birleşmiş Milletler gibi uluslararası otoriteler bu göç dalgası karşısında Türkiye ile çeşitli iş birliğine gitmektedir. Bu bakımdan çalışmada, Türkiye'nin göç politikası çerçevesinde uluslararası göçmenlere karşı yürütmekte olduğu sağlık politikası doküman incelemesi yoluyla analiz edilerek çeşitli bulgu ve sonuçlarla ortaya konulmaktadır.

Değerlendirilen bulguların sonucunda Türkiye'nin uluslararası göçmenlere yönelik bütüncül ve katılımcı bir yaklaşım ile kültüre ve dile duyarlı bir şekilde göçmen odaklı bir sağlık hizmeti sunum politikası uyguladığı sonucuna ulaşılmaktadır. Buna karşın Suriyeliler dışındaki uluslararası göçmen gruplara yönelik sağlık politikalarında hukuki açıdan belirsizlik gibi birtakım sorunların olduğu da görülmektedir. Sonuç olarak, acil ve koruyucu sağlık hizmetlerinin asgari sağlık hakkı olarak kabul edilmesi durumunda Türkiye'nin uluslararası göçmenler için bu asgari hakların fazlasını sunan bir sağlık politikası yürüttüğü sonucuna ulaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Göç, Göçmen Sağlığı, Sağlık Politikası, Göçmen Sağlığı Politikası

ABSTRACT

Turkey has been facing the biggest migrant crisis in its history, with a 10-year civil war in neighboring Syria. In addition, Turkey is both the destination country and the transit country of migrants from other countries such as Afghanistan and Iraq. Although Turkey's policy against these international migrations has changed over time in line with the developing process, Turkey mainly implements an open door policy, providing international migrants with access to services such as social benefits and health through legal legislation on Foreigners and The International Protection Law and the Temporary Protection Regulation. In addition, international authorities like European Union and United Nations are cooperating with Turkey in the face of this wave of migration. In this regard, the health policy carried out by Turkey against international migrants within the framework of migration policy is analyzed through document review and presented with various findings and results.

As a consequence of the evaluated findings, it is concluded that Turkey has implemented a migrant-oriented health service delivery policy with a holistic and participatory approach to international migrants and with a sensitivity to culture and language. However, there are also a number of problems, such as legal uncertainty in health policies for international migrant groups other than Syrians. In conclusion, it is

¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, muhammedaydamak@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6971-6646>

concluded that Turkey is implementing a health policy that offers more than these minimum rights for international migrants if emergency and preventive health services are accepted a minimum right to health.

Keywords: Migration, Migrant Health, Health Policy, Migrant Health Policy

1. GİRİŞ

Tarihin her aşamasında var olan göç bütün toplumları ilgilendiren bir olgu olarak ifade edilmektedir. Bu açıdan göç olgusu belirli bir milliyete, topluluğa veya gruba ait bir özellik göstermemektedir. Göç olgusu insan topluluklarının bulunduğu her ortamda gerçekleşmektedir (Yardan, 2018, s. 341).

Göç, Uluslararası Göç Örgütü (IOM) tarafından şu şekilde tanımlanmaktadır (Perruchoud ve CrossRedpath, 2013, ss. 35-36):

“Bir kişinin veya bir grup insanın uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içinde yer değiştirmesi. Süresi, yapısı ve nedeni ne olursa olsun insanların yer değiştirdiği nüfus hareketleridir. Buna, mültecilerin, yerinden edilmiş kişilerin, ekonomik göçmenlerin, aile birleşimi gibi farklı amaçlarla hareket eden kişilerin göçü de dâhildir.”

Bununla birlikte, IOM göçmeni insanların farklı nedenlerden kaynaklı olarak iç veya dış göç şeklinde geçici veya kalıcı olmak üzere yaptıkları yer değiştirme hareketi için ortak bir anlayışı ifade eden terim olarak ifade etmektedir (Sironi, Bauloz ve Emmanuel, 2019, s. 132). Bu bakımdan göç olgusunun temelinde yer değiştirme eyleminin bulunduğu görülmektedir. Bu noktada göç çeşitli sınıflandırmaları yapılmakla beraber genellikle iç ve dış-uluslararası göç olarak iki temel kategoride sınıflandırılmaktadır. İç göç ülke içerisinde yapılan yer değiştirme hareketliliği olurken uluslararası göç diğer ülkelere yapılan yer değiştirme hareketliliği olmaktadır (Sayın, Usanmaz ve Aslangiri, 2016, s. 2; Tuzcu ve Bademli, 2014, s. 57).

IOM’un yapmış olduğu göç ve göçmen tanımları göz önüne alındığında genel olarak kapsayıcı bir yaklaşıma gidildiği görülmektedir. Ekonomik amaçlı hareket edenler gibi mültecilerin yaptığı hareketlilikte göç eylemi olarak değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım ülke içi ve dışı nüfus hareketliliklerini farklı sınıflandırmalar dahilinde ortak bir zeminde kapsamaktadır. Bu açıdan ülke dışına hareket eden insanlar da uluslararası göçmen olarak ifade edilmektedir (Sironi ve diğerleri, 2019, s. 112). Uluslararası göçmen tanımlaması içerisinde ekonomik göçmenler, mülteciler, sığınmacılar ve vatansız gibi terimlerle tabir edilen göçmen grupları genel bir yaklaşım etrafında kabul edilmektedir (Çallı, 2016, s. 137).

Göç, veren ve alan toplumlarda iş ve nüfus gibi farklı parametreler açısından sosyal bağlamda çeşitli değişimlere yol açmaktadır. Bu değişimlerden sağlık da büyük oranda etkilenmektedir. Göç sonucunda özellikle farklı coğrafyalardan farklı grupların bir araya gelmesi noktasında sağlık göstergelerinin korunması amacıyla göçün sağlık politikaları geliştirilerek yönetilmesi gerekmektedir (Örselli ve Babahanoğlu, 2016, s. 2064; Yardan, 2018, s. 350). 2019 itibarıyla dünya üzerindeki bir milyarı aşkın göçmen nüfusun 272 milyonunu uluslararası göçmenler oluşturmaktadır ve bu nüfus %3.5 oranındaki bir kitleye karşılık gelmektedir (McAuliffe, Bauloz, Nguyen ve Qu, 2019, s. 21). Türkiye ev sahipliği yaptığı 6 milyon uluslararası göçmen ile en fazla uluslararası göçmen nüfusa sahip 12. ülke konumundadır (“UN DESA”, 2019). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK)’ne göre Türkiye çoğunluğu Suriye uyruklu olmak üzere ev sahipliği yaptığı yaklaşık 4 milyon uluslararası göçmen nüfusu ile dünyadaki en

fazla mülteciye sahip ülke konumundadır (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2021, s. 1).

Bu doğrultuda, Türkiye'nin en büyük mülteci nüfusuna ev sahipliği yapması ve dünyadaki toplam uluslararası göçmen nüfusu noktasında ön sıralarda gelen devletlerden olması dolayısıyla Türkiye'de göçmen gruplara yönelik uygulanan sağlık politikalarının incelenmesi önem arz etmektedir. Bu noktalardan hareketle, çalışmada ilk olarak mülteci ve uluslararası göçmen gibi terimler hakkındaki temel tanımlar, göçmen sağlığı ve göçmen sağlığı politikaları hakkında literatür taranarak Türkiye'de göçmenlere uygulanan sağlık politikaları çeşitli bulgularla ortaya konulmaktadır.

1.1. Temel Tanımlamalar

Göç yönetimi ve politikası yasa, kararname ve uluslararası anlaşmalar gibi çeşitli hukuki düzenlemelerle yürütülmektedir. Bu bakımdan her ülke iç hukuku doğrultusunda göçmenlere yönelik farklı hukuki statüler tanıyarak bu çerçevede farklı politika uygulayabilmektedir (Bostan, 2018, s. 42; Günay, Atılğan ve Serin, 2017, s. 50). Bu açıdan Türkiye'nin farklı tanımlar yaparak farklı hukuki statüler verdiği görülmektedir. Uluslararası hukukta mültecilerin hukuki durumuna ilişkin olarak 1951 tarihli Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Sözleşme ve bu sözleşmedeki zaman sınırlamasını kaldıran 1967 New York Protokolü bulunmaktadır. Türkiye uluslararası hukuktaki bu düzenlemelere "coğrafi çekince şartı" ile taraf olmaktadır (Alp, Apiş, Hazneci, Küçükçavuş ve Ertunç, 2018, s. 63-82). Bu durum, 2013'te çıkarılan 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'da (YUKK) açık olarak görülmektedir.

YUKK'un üçüncü maddesinin r bendine göre Türkiye'de mülteci, şartlı mülteci ve ikincil koruma olarak üç ayrı uluslararası koruma statüsü bulunmaktadır. Coğrafi çekince şartı çerçevesinde YUKK Madde 61'de ifade edildiğine göre Türkiye'de "mülteci statüsü" sadece Avrupa ülkelerinden gelen yabancı kişiye verilmektedir. Avrupa ülkeleri dışından gelen yabancı kişiye ise Madde 62'de ifade edildiği şekliyle "şartlı mülteci" statüsü verilmektedir. Bunların haricinde Madde 63'de belirtilen "ikincil koruma" ise mülteci veya şartlı mülteci olarak değerlendirmeyen ve geri gönderilmesi sakıncalı olarak değerlendirilen yabancı kişi için verilmektedir.

YUKK'da belirlenen bu uluslararası koruma statüleri haricinde "geçici koruma" statüsü şeklinde ayrı bir hukuki bir tanımlama da yapılmaktadır. Geçici koruma statüsü ayrılmaya zorlandığı ülkesine geri dönemeyerek acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak hareket eden yabancılara sağlanan geçici koruma uygulaması şeklinde YUKK Madde 91'de ifade edilmektedir.

"Geçici Koruma Yönetmeliği (GKY)" 22.10.2014 tarihli ve 29153 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik ile geçici koruma kapsamına alınan yabancılara yönelik yapılacak işlemler belirlenmektedir. GKY Geçici Madde 1 ile Türkiye'de bulunan Suriyeliler "geçici koruma" kapsamına alınmıştır (Geçici Koruma Yönetmeliği [GKY], 2014). Bu duruma göre bugün Türkiye'de bulunan Suriyelilerin hukuki statüsü geçici korunan olmaktadır. Ayrıca, 20.2.2015 tarihli ve 29273 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan 2015/7274 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Sağlık Bakanlığı (Bakanlık) ve bağlı kuruluşlarının geçici koruma statüsü altındakilere sunduğu sağlık hizmetleri 1.5.2014 tarihinden itibaren Türkiye'ye gelen Irak uyruklu yabancılara geçici koruma statüsü tanınmadan sunulmaktadır (8/1/2002 tarihli ve 4736 sayılı Kanunun, 2015).

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün (GİGM) 24.2.2021 tarihli verilerine göre Türkiye'de geçici korunan Suriyelilerin toplam nüfusu 3.656.525 kişi ve toplam nüfusa oranları %4,37 olarak

belirtilmektedir. 58.242 Suriyeli barınma merkezlerinde ikamet etmektedir. Bu açıdan, geçici korunan Suriyeli nüfusun %98'i kampların dışında bulunmaktadır. Suriyeli nüfusun %54'ünün erkek ve %46'sının kadın olmasına karşılık %61'i de 25 yaş altındadır (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü [GİGM], 2021). BMMYK, Türkiye'de geçici korunan Suriyeliler dışında uluslararası koruma bağlamında yaklaşık olarak 370.000 uluslararası göçmen bulunduğunu ifade etmektedir. Bu göçmenler arasında 170.000 Afganistan uyruklu ve 142.000 Irak uyruklu uluslararası göçmen en başta gelmektedir (UNHCR, 2019).

Tablo 1. Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeli Nüfusun En Fazla Kayıtlı Olduğu İlk Beş İle Göre Dağılımı – 24.2.2021 Tarihine Göre

Sıra	İl	Kayıtlı Geçici Korunan Suriyeli Nüfus	İl Nüfusuna Oranı (%)
1	İstanbul	521.315	3,37
2	Gaziantep	449.945	21,41
3	Hatay	436.264	26,29
4	Şanlıurfa	422.986	20,00
5	Adana	253.469	11,22

Kaynak: (GİGM, 2021) [Erişim Tarihi: 8.3.2021]

1.2. Göçmen Sağlığı

Göçün insanlar üzerindeki etkisi ve meydana getirmiş olduğu değişimler göçmenlerin karmaşık yapıda olmasından dolayı insanların sağlık durumlarını etkileyerek farklı göçmen gruplar üzerinde olumlu ve olumsuz farklı çıktılarla sonuçlanmaktadır (Süt, 2017, s. 3; Tuzcu ve Bademli, 2014, s. 58; Topçu ve Beşer, 2006, s. 38; Yardan, 2018, s. 350). Bu doğrultuda, göçmenlerin sağlığı göç etme şekilleri, yasal statüleri, göç edilen ülkenin sağlık politikaları ile sosyal veya ekonomik durum gibi oldukça farklı durum ve koşullardan etkilenmektedir (Keleşmehmet, 2018, s. 120). Gönüllü ve planlı yapılan göçlerin genellikle insanların sağlık statülerini olumlu etkilemesine karşılık göçün çoğunlukla göçmen grupların sağlığı üzerinde olumsuz etkide sonuçlandığı belirtilmektedir (Çaman ve Özvarış, 2010, s. 6).

Göçün sağlık üzerindeki olumlu sonucu genel olarak ekonomik açıdan gelişmiş ülkelere göç eden göçmenlerde ortaya çıkmaktadır. Bu durumdaki gönüllü göçmenlerin bilinçli ve düzenli olarak hareket etmeleri sosyo-ekonomik düzeylerini geliştirerek sağlık göstergelerini iyileştirebilmektedir (Çaman ve Özvarış, 2010, ss. 5–6; Tuzcu ve Bademli, 2014, s. 58; Yardan, 2018, s. 350). Göçmen grupların karşılaştığı sağlık sorunlarına bakıldığında ise kötü beslenme, istenmeyen gebelik, prenatal ve postnatal sorunlar, istismar veya cinsel enfeksiyonlar, bağımlılığın gelişmesi, bulaşıcı hastalıklar ve şiddet ve şiddete bağlı yaralanmalar gibi sorunların ortaya çıktığı görülmektedir (Atak, 2016, s. 25; Balkan, 2016, s. 6). Bu noktada mülteci ve sığınmacı vb. olarak ifade edilen uluslararası göçmenler sağlık durumları açısından en savunmasız grubu teşkil etmektedirler (Vatansever, 2016, s. 20). Bu grubun savunmasız olmasının temelinde kaynak ülkelerinin ekonomik ve sigorta gibi sistemler ile sağladığı vatandaşlık ve sosyal korumasından faydalanamıyor olmaları yer almaktadır (Çaman ve Özvarış, 2010, s. 8)

Göçmen bireyler genellikle konteynırlardan oluşan barınma merkezlerinde veya kalabalık ortamlarda hayatlarını idame ettirmektedirler. Bu tür kalabalık ortamlarda hijyen şartları, kanalizasyon, su ve besin sanitasyonu gibi konularda eksiklikler ve olumsuz hava şartlarına maruz kalmak gibi sağlığı tehdit edici sorunlar ortaya çıkmaktadır. Olumsuz çevresel faktörlerin yol

açtığı bu sorunlar göçmenler arasında hastalıklara veya ölümlere yol açabilmektedir (Filiz ve Yıldırım, 2019, s. 25; Sezen, Turan ve Kaya, 2018, s. 121). Yer değiştirme eylemi olması açısından aidiyet hissedilen yerin terk edilmesi göçün travmatik bir süreç olmasına yol açmaktadır. Travma ile gelişen stres ve kaygı bozuklukları vb. durumları göçmenlerin ruhsal ve psikolojik sağlıklarını olumsuz etkilemektedir (Özcan, 2016, s. 32; Tuzcu ve Ilgaz, 2015, s. 62). Göçmenlerin karşılaştığı problemler arasında bir diğer önemli sorun sağlık hizmetlerine erişim olmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller göçmenlerin hukuki olarak sağlık hizmeti kapsamına alınmaması, haklarını bilmemeleri ve dil engelleri gibi durumlar olabilmektedir (Genç, 2016, s. 46-47; Yasin, 2016, s. 96).

1.3. Göçmenler ve Sağlık Politikası

Mülteciler veya göçmenlerin temel insan hakkı olarak yasal statüleri fark etmeksizin bütün insanlar gibi eşit seviyede sağlık hizmetlerine erişmesinin sağlanması gerekmektedir (WHO, 2019, s. 2). Bu açıdan, göçmenlere yönelik uygulanan sağlık politikalarının sağlığı etkileyecek bütün faktörlerin ve finansal veya yasal vb. mekanizmaların bütüncül bir yaklaşım içerisinde göçmenlere duyarlı bir şekilde değerlendirilmesi ve aynı yaklaşım doğrultusunda uygulanmasını gerekmektedir (Beşer ve Kerman, 2017, s. 145; Jan, Zhou, Stafford, 2017, s. 850; Keleşmehmet, 2018, s. 120; Vearey, Hui ve Wickramage 2019, s. 219). Bu durum temel sağlık hizmetlerine erişim ve kültüre duyarlı olmakla birlikte çok dilli sağlık hizmetinin sağlanması gibi uygulamaları içermektedir. Çok dilli sağlık hizmeti ile göçmenlerle iletişim sağlanabilmesi sağlık hizmetlerinde kilit önem arz etmektedir (Vearey ve diğerleri, 2019, s. 219).

Göçmen sağlığı politikalarında en temel uygulama açısından sosyo-ekonomik koşulları iyileştirmekle birlikte göçmen gruplar arasında dezavantajlı gruplara öncelikli yaklaşılması gerekmektedir (Tuzcu ve Ilgaz, 2015, s. 63). Bu doğrultuda göçmelere yönelik sağlık politikalarının en temel olarak yasal statüleri fark etmeksizin bütün göçmenleri kapsamaması gerekmektedir. Bu yaklaşım ile beraber bütüncül anlayış perspektifinde sağlık hizmetlerinin sunumunun sağlanması ve temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir.

IOM'a göre ulusal göçmen sağlığı politikası geliştirilmesinde sektörler arası katılımcı yaklaşımı sağlamak, hesap verebilirlik çerçevesi oluşturmak, kanıta dayalı yaklaşım benimsemek, pragmatik davranmak, kapsayıcı olmak ve küresel iş birliğinin sağlanması olmak üzere altı kilit yaklaşım bulunmaktadır (Vearey ve diğerleri, 2019, s. 222).

Bu duruma, Birleşmiş Milletler'de (BM) benzer bir yaklaşım göstermektedir. BM'nin göçmen sağlığı hizmeti süreçlerinde önermiş olduğu prensipler sağlık hizmetleri ve ilgili ulusal planların tüm göçmenleri kapsamaması; göçmenlerin eşit, kabul edilebilir ve uygun fiyatlı şekilde sağlık hizmetlerine erişimlerinin sağlanması; barınma alanlarının iyileştirilmesi, bağışıklama ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların kontrolü gibi temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin uygulanması; ruhsal ve mental esenliği sağlamak ve psikososyal destek hizmetleri sunmak; STK'lar gibi diğer toplumsal aktörler ile ortak çalışma olarak ifade edilmektedir (United Nations, t. y., s. 47-48).

Bu doğrultuda göçmelere yönelik sağlık politikalarının en temel olarak yasal statüleri fark etmeksizin bütün göçmenleri kapsamaması gerekmektedir. Bu yaklaşım ile beraber bütüncül anlayış perspektifinde sağlık hizmetlerinin sunumunun sağlanması ve temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bütüncül yaklaşım çerçevesinde barınma

merkezlerinin koşullarının iyileştirilmesi, bağışıklama ve tedavi gibi hizmetlerin bir arada sunulması gerekmektedir. Göçün getirmiş olduğu sosyal değişimlere veya travmalara yönelik olarak ruh sağlığı hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Son olarak göç sağlığı politikalarına yönelik çalışmalar uluslararası destek ve iş birliği gerektirmektedir.

2. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın amacı ve önemi ile birlikte araştırmanın yöntemine dair bilgilere yer verilmektedir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Türkiye dünya üzerinde en büyük mülteci nüfusuna ev sahipliği yapmakla birlikte en fazla uluslararası göçmene sahip ülkeler arasında ön sıralarda yer almaktadır. Türkiye bu kriz ortamında çeşitli uluslararası otoritelerle bu göç krizine yönelik halihazırda çok kapsamlı ve boyutlu çeşitli girişimler yürütmektedir. Ayrıca, Türkiye'nin karşılamak zorunda kaldığı bu kriz sahadaki süreç itibariyle sürekli gündem olma niteliğini de korumaktadır. Bu açıdan çalışmada, Türkiye'nin göçmen sağlığı politikası bağlamında Türkiye'de göçmenlere yönelik yürütülen sağlık politikasının incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2.2. Araştırmanın Önemi

Literatürde Suriyeliler başta olmak üzere ülkemizdeki uluslararası göçmenlere yönelik sağlık hizmetleri bağlamında yapılmış çok sayıda çalışma bulunmasına karşın, Önder (2019, s. 113-114)'inde ifade ettiği üzere sağlık politikası çerçevesinde spesifik olarak uluslararası göçmenlere yönelik sağlık politikasını inceleyen çalışma sayısının aynı düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Literatürde yapılan çalışmalar genel olarak sunulan sağlık hizmetini politika bağlamında bir bütün olarak değerlendirilmesinden ziyade birinci basamak ya da göçmen sağlığı merkezleri hizmetin belirli kısımlarına odaklanarak hizmete erişimleri ve memnuniyetlerini değerlendirme esasındaki çalışmalardan oluştuğu görülmektedir.

Çalışmanın konusu ile ilgili olarak sağlık politikası bağlamında yapılan çalışmalara bakıldığında çeşitli çalışmalar yapılmakla birlikte odağın ya sadece Suriyelilere yönelik ya da Irak ve Afganistan gibi diğer uluslararası göçmenlere yönelik olmasından dolayı konunun bütünsel bir şekilde değerlendirilmediği düşünülmektedir. Bu açıdan çalışmada Türkiye'nin uluslararası göçmenlere yönelik yürüttüğü göçmen sağlığı politikasının bir bütün olarak değerlendirilmesinden dolayı önem arz ettiği düşünülmektedir.

2.3. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma nitel bir araştırma yapısındadır ve doküman incelemesi metodu ile gerçekleştirilmiştir. Bu açıdan çalışmada öncelikle Türkiye'nin göç politikası çerçevesinde halihazırda yürütülmekte olan hukuki düzenlemeler incelenmiş ve Türkiye'deki göçmen grupların hukuki statüleri belirlenmiştir. Daha sonra, konu bağlamında olmak üzere Türkiye'nin göçmen gruplara karşı yürüttüğü sağlık politikası başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere ilgili kurum ve kuruluşlarca çıkarılan genelge, yönetmelik ve protokol gibi hukuki düzenlemeler ile belirlenmiştir. Ayrıca, uluslararası iş birliği bağlamında Türkiye'nin iş birliği yürüttüğü otoriteler belirlenmiş ve bu iş birliğinin hangi esaslarda olduğu ve ne gibi faaliyetleri kapsadığı değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

Türkiye’de göçmenlere yönelik uygulanan sağlık politikaları, göçmenlerin hukuki statüsü ve ilgili mevzuat doğrultusunda farklılık arz etmektedir. Lordoglu (2015, s. 40-41) Türkiye’de göçmenlere yönelik sağlık politikalarının Türkiye’de oturma ve çalışma iznine sahip yabancılar, herhangi bir izne sahip olmadan sadece vize doğrultusunda Türkiye’de bulunarak yasadışı çalışan veya oturan yabancılar ve son olarak Türkiye’de uluslararası koruma bağlamında kabul edilen yabancılar olmak üzere üç farklı şekilde uygulandığını ifade etmektedir. Belirtilen bu sınıflandırma uluslararası göçmen olarak ifade edilen göçmen grupları kapsamaktadır. Bu sınıflandırmaya GKY hükümlerinin kapsadığı geçici korunanların da eklenmesi gerekmektedir. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (GSS) 60. Madde ile uluslararası koruma başvurusu veya statüsü sahibi ve vatansız olarak tanınan kişiler genel sağlık sigortalısı olarak kabul edilmektedir.

Türkiye’nin şu anki mevcut durumda en büyük mülteci uluslararası göçmen nüfusuna ev sahipliği yapmasından hareketle çalışmada Türkiye’nin GKY kapsamındaki geçici korunanlara yönelik uygulamakta olduğu sağlık politikası çeşitli bulgularla ortaya konulmaktadır.

3.1. Yasal Çerçeve ve Politika Geliştirilmesi

GKY’nin 27. maddesiyle geçici barınma merkezlerinde ve dışında sunulacak sağlık hizmetleri Bakanlığın kontrolü ve sorumluluğundadır. GKY kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve geri ödemesi Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından gerçekleştirilirken 2018’te GKY’de yapılan değişiklik sonucu bu sorumlulukları GİGM yürütmektedir (GKY, 2014).

GKY düzenlemesi gerçekleştirilene kadar Türkiye’de bulunan Suriyelilere yönelik sağlık politikalarında üç önemli değişim noktası bulunmaktadır. İlk olarak 2011 ve Ocak 2013 döneminde sadece barınma kamplarında yaşayan Suriyelilere sağlık hizmeti sunulmaktadır (Önder, 2019, s. 136). Suriyeli nüfusun artışı ve kamplar dışarısına yayılması sonucu AFAD’ın 2013/1 sayılı genelgesi yayımlanarak kamp dışında bulunan Suriyeliler için sadece Hatay, Osmaniye, Kilis, Kahramanmaraş, Gaziantep, Şanlıurfa, Adıyaman, Adana, Mersin, Malatya ve Batman illerinde hizmet sunulmaya başlanmıştır (Suriyeli Misafirlerin Sağlık Hizmetleri Hk., 2013). Nüfusun artış ve yayılma eğiliminin devam etmesi sonucu AFAD’ın 2013/8 sayılı genelgesi ile kayıtlı bütün Suriyeli nüfus için tüm ülkede sağlık hizmetine erişim hakkı getirilmiştir (Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hk., 2013).

Genelgeler ile yürütülmekte olan bu süreçte 2014’te yürürlüğe giren GKY ile Suriyelilerin hukuki statüsü belirlenerek uygulanacak sağlık politikaları açık bir yasal zeminde ifade edilmektedir. Bakanlığın bu doğrultuda mevzuat düzenlemesi yapması sonucuyla da 25.3.2015’te 2875 sayılı Makam Onayı ile “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar” yürürlüğe girmiştir. Bu esaslar 4.11.2015’te 9648 sayılı Makam Onayı doğrultusunda değişikliğe uğrayarak son halini almıştır (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015).

Sağlık hizmetlerinin geri ödemesi götürü bedel protokolleri çerçevesinde global bütçe yöntemi ile gerçekleştirilmektedir ve ilk götürü bedel protokolü 2015 yılında yürürlüğe girmiştir (Alp ve diğerleri, 2018, s. 154). Bu bağlamda mevcut durum itibarıyla Türkiye’de geçici korunan uluslararası göçmenlere yönelik sağlık hizmetleri GKY doğrultusunda olmak üzere Bakanlığın belirlemiş olduğu 9648 sayılı Esaslar ve götürü bedel protokolleri çerçevesinde GİGM

koordinasyonunda yürütülmektedir (Geçici Koruma Kapsamındaki, 2020). GKY doğrultusunda sağlık hizmetleri sunulan uluslararası göçmenler yukarıda belirtilen hükümler çerçevesinde Suriye ve Irak uyruklulardan oluşmaktadır.

Bu süreçte, kurumsal düzeyde bir yapılanmaya da gidilerek 25.8.2016 tarihinde “Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı” (Başkanlık) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’ne (Müdürlük) bağlı olarak kurulmuştur (Önder, 2019, s. 143; “İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü”, 2019). Daire Başkanlığı düzeyinde olan bu yapılanma, Bakanlık bünyesinde Türkiye’de göç sağlığı hizmetlerini yürütmek ve koordine etmek üzere faaliyet göstermektedir (Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu Mülteci Hakları Alt Komisyonu [TBMM], 2018, s. 133). Bu doğrultuda Türkiye’nin göç sağlığına yönelik yapısal bir yaklaşıma gittiği görülmektedir. Bu yaklaşım ile Başkanlığın, Türkiye’de göç sağlığı konusunda politika geliştirmeye yönelik faaliyetlerde bulunacağı anlaşılmaktadır.

3.2. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Genel Esaslar

Geçici korunanlardan “Geçici Koruma Kimlik Belgesi” sahipleri ve ön kaydı yapılan ancak işlemleri GİGM tarafından sonuçlanmamış olanlarla sınırdan yaralı olarak geçenlerden GKY kapsamında sayılanların Bakanlık ve bağlı kuruluşları, göçmen sağlığı merkezleri, üniversite sağlık tesisleri, özel hastaneler ve gönüllü kuruluşlarca sunulan sağlık hizmetlerine ikamet illerinde hizmet almaları esas olmak üzere erişim hakkı bulunmaktadır. İkamet ili haricinde acil vakalara, sevkler ve yol izin belgesi sahiplerine sağlık hizmeti sunulmaktadır. Kimlik belgesi sahiplerinden provizyonu alınamayanlarla ön kaydı olanlar ve sınırdan yaralı olarak geçenlere yalnızca acil ve salgın hastalık durumlarında sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu açıdan kimlik belgesi sahiplerinden provizyonu alınabilenlerin sağlık hizmetlerine tam erişimi bulunmaktadır. Belirtilen bu durumların dışında kalan geçici korunanlar güncel SUT hükümleri çerçevesinde ücretli hasta olarak sağlık hizmetlerine erişebilmektedir. (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015).

Geçici korunanlar Bakanlıkca sunulan sağlık hizmetlerine doğrudan erişebilirken üniversite ve özel kuruluşlarca sunulan hizmete acil ve yoğun bakım durumları haricinde doğrudan erişememektedir. Bu kuruluşlara, öncelik üniversite sağlık tesislerinde olarak sadece acil ve yoğun bakım hizmetleriyle aynı il içerisinde olmak üzere yanık tedavisi ve kanser tedavilerinde sevk yapılmaktadır. Ayrıca sınır bölgelerinden yoğun yaralı girişlerinde gereken durumlarda da sevk yapılabilmektedir (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015; Geçici Koruma Kapsamındaki, 2020).

GKY’nin 26. ve 31. maddeleriyle geçici korunanlara sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere tercümanlık hizmetleri bedelsiz sunulmaktadır. Bu doğrultuda, 2015’te GİGM bünyesinde “Yabancılar İletişim Merkezi (YİMER-157)” adıyla tercümanlık hizmeti sunacak çağrı merkezi oluşturulmuştur (Alp ve diğerleri, 2018, s. 119). Ayrıca MHRS sistemi de bu doğrultuda kullanıma açılarak geçici korunanların sağlık kuruluşlarından randevu alabilmeleri sağlanmıştır (Gültaç ve Balçık, 2018, ss. 196–197). Sağlık kuruluşlarının tercüman ihtiyacının karşılanmasına yönelik yapılan faaliyetlerde Avrupa Birliği (AB) ve BMMYK gibi uluslararası otoriteler ile iş birliği yapılmaktadır. Ayrıca, bazı kuruluşların tercüman ihtiyaçlarının karşılanması için hizmet alım yöntemini uyguladığı da belirtilmektedir (Alp ve diğerleri, 2018, s. 120). Bu açıdan tercüman konusunda eksikliklerin yaşandığı görülmektedir.

3.3. Geçici Barınma Merkezlerinde Sunulan Sağlık Hizmetleri

23796 sayılı AFAD-GİGM yönergesi hükümleri doğrultusunda barınma merkezlerindeki geçici korunanlara sunulan hizmetlerin etkinliğinin sağlanabilmesi için barınma merkezlerinde hizmet büroları oluşturulmaktadır. Bu doğrultuda, barınma merkezlerindeki geçici sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliğinin sağlanmasında sağlık, tercümanlık ve temizlik ve çevre sağlığı hizmet büroları bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri bürosu geçici sağlık tesislerini işletmek veya işletilmesini sağlama sorumluluğu doğrultusunda ilaç temini, sağlık taraması, acil sağlık ve sevk hizmetlerini organize etmek ve hizmet kaydı tutmak gibi görevleri icra etmektedir. Temizlik ve çevre sağlığı hizmetleri bürosu ise barınma merkezlerindeki çevre şartlarına yönelik sağlık hizmeti faaliyetlerini yürütmektedir. Tercüman ihtiyacı tercümanlık hizmetleri bürosunca karşılanmaktadır (Geçici Barınma Merkezlerinin, 2015).

Barınma merkezlerindeki geçici korunanlara sunulan sağlık hizmetleri merkezin nüfusu ve bulunduğu konum gibi faktörler açısından toplum sağlığı merkezleri (TSM) veya hem hastane hem de TSM'lere entegre şekilde koruyucu, tanı ve tedavi edici sağlık hizmetleri noktasında bir bütün olarak sunulmaktadır. Gerektiği durumlarda geçici sağlık tesislerinde pediatri ve dahiliye gibi uzmanlık dallarında sağlık hizmeti sunulabilmesi için düzenlemeler yapılabilmektedir (Nacar, 2015, s. 79). 2017 verilerine göre geçici barınma merkezlerinde uzman doktor, pratisyen hekim, diş hekimi ve diğer sağlık personeli olmak üzere toplam 498 personel görev yapmaktadır (Alp ve diğerleri, 2018, s. 152).

3.4. Acil Sağlık Hizmetleri

Barınma merkezleri dışındaki geçici korunanlara sunulacak acil sağlık hizmetleri “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği” doğrultusunda sunulmaktadır (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015). Ayrıca, geçici korunanlara sınırdan yaralı geçişlerinde de acil sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu doğrultuda, ilk olarak sınırdan yaralı gelen hastanın ambulans ekibince ön değerlendirilmesi yapılarak vakanın acil olup olmadığı değerlendirilmektedir. Acil durum var ise hastaneye sevk gerçekleştirilmektedir. Hastanın, tedavisi ile eş zamanlı olarak ön kaydı yapılarak tedavi sonrasında geçici koruma kimlik kaydı yapılması amacıyla GİGM'e yönlendirilmektedir. Buna göre 2016 Kasım itibariyle Hatay'a 15.695, Kilis'e 6.525, Şanlıurfa'ya 3.606, Gaziantep'e 1.725 ve Osmaniye'ye 79 olmak üzere toplam 27.631 yaralının sınırdan getirilerek Türkiye'de tedavi edildiği belirtilmektedir (“Sağlık Bakanlığı”, 2016).

3.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Bu hizmetler geçici korunanlara Müdürlük ve gönüllü sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında geçici korunanlara bulaşıcı hastalıklara karşı önlem, tarama, aşı ve bağışıklama hizmetleri; çocuklara sunulan sağlık hizmetleri; kadın ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetler; çevre sağlığı hizmetleri ve son olarak bağımlılık ve psikolojik sorunu olanlara yönelik sağlık hizmetleri sunulmaktadır (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015).

906 sayılı yönerge doğrultusunda geçici korunanların yoğun yaşadıkları yerlerde birinci basamak hizmetler hizmet alım yöntemi veya TSM ek birimi olarak kurulan “Göçmen Sağlığı Merkezleri” (GSM) tarafından sunulmaktadır. Aile hekimliği standartlarını taşıyan GSM'lerde her 4.000-7.000 geçici korunan için bir hekim ve en az bir hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni ve sağlık memuru gibi unvanlara sahip sağlık personelinden oluşan “Göçmen Sağlığı Birimleri” bulunmaktadır.

Seyrek nüfuslu yerlerdeyse birinci basamak sağlık hizmetleri geçici korunanların başvurusu sonucunda TSM'ler ve aile sağlığı merkezi tarafından sunulmaktadır (Göçmen Sağlığı Merkezleri/Birimleri, 2015).

Suriyeli nüfusun 20 binin üzerinde olduğu ve tam teşekküllü kamu hastanelerine uzak barınma merkezlerinin bulunduğu bölgelerde Güçlendirilmiş GSM'ler kurulmaktadır. Bu GSM'lerde birinci basamak sağlık hizmetleriyle dahiliye, pediatri, kadın doğum ve ağız diş sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. Bu hizmetlere yönelik görüntüleme ve laboratuvar faaliyetleri de yürütülmektedir ve Güçlendirilmiş GSM'lerde Suriyeli sağlık personelleri istihdam edilmektedir (Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı", t.y.-a).

2875 sayılı Esaslar'da birinci basamak sağlık hizmetleri sadece Müdürlük tarafından sunulabilir denilerek STK ve vakıf gibi gönüllü kuruluşlar birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı dışında tutulmaktadır. Gönüllü kuruluşlar, Bakanlıkça geçici korunanlara sunulan sağlık hizmetlerine destek sağlayacak şekilde konumlandırılarak yalnızca ayaktan tanı ve tedavi, basit tetkikler ve Müdürlüğün planlaması ile koruyucu sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Sundukları hizmetin kaydını il sağlık müdürlüğüne onaylanmış kayıt defterinde tutmaktadırlar. Gönüllü kuruluşun hizmet sunduğu saatlerde tam zamanlı çalışan hekim bulundurması zorunludur ve hemşire veya acil tıp teknisyeni unvanlarından yeterli düzeyde sağlık personelinin de bulundurulması gerekmektedir. Gönüllü sağlık kuruluşu sevk gereken durumlarda hastayı birinci basamak sağlık kuruluşuna yönlendirmektedir (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar, 2015).

Ancak, 9648 sayılı güncel Esaslar ile gönüllü sağlık kuruluşlarının statülerinde gelişme yaşanarak destek sağlayan konumdan çıkarılarak birinci basamak sağlık hizmetlerini Bakanlık ile beraber sunacak bir konuma getirilmiştir. Mevcut durum itibarıyla geçici korunanlara tetkik, tanı, tedavi, cerrahi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunabilmektedirler. Gönüllü sağlık kuruluşu sorumlu bir hekim ile hemşire, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni unvanlarından yeterli düzeyde sağlık personelinin bulundurmaları durumundadır. Sevk gereken durumlarda hastayı birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevk edebilmektedirler. Bağışıklama hizmetlerini Müdürlüğün aşı temini doğrultusunda yine Müdürlüğün koordinasyonu ve denetiminde sunmaktadırlar. Gönüllü kuruluşlar aşı teminin yanı sıra sağlık taraması ve anket gibi yöntemler ile bilgi toplamaya yönelik faaliyetlerde bulunamamaktadır (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015).

Alp ve diğerleri (2018, s. 153)'nin belirttiğine göre Kilis'te 1, Hatay'da 6, Gaziantep'te 2, Mersin'de 3, İstanbul'da 1 adet olmak üzere toplam 13 adet gönüllü sağlık tesisi bulunmaktadır. Sağlık hizmeti sunan ulusal ve uluslararası gönüllü kuruluşlar arasında MSF İspanya Sınır Tanımayan Doktorlar, IMC International Medical Corps, AID Uluslararası Doktorlar Derneği, Yeryüzü Doktorları, DSÖ ve Kızılay'ın ön planda geldiği ifade edilmektedir (Mazman ve İzci, 2018, ss. 287-290). Son olarak, gönüllü kuruluşların sunduğu sağlık hizmetleri giderlerin kendilerince karşılanmasıyla İçişleri Bakanlığı'nın gözetiminde ve Bakanlığın denetiminde altı aylık sürelerle bedelsiz olarak yürütülmektedir. Sunulan hizmetleri kayıtları il sağlık müdürlüğüne onaylanmış kayıt defteri ile beraber Muayene Bilgi Yönetim Sistemi'nde tutulmaktadır (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015).

3.6. Sağlık Hizmetlerinin Geri Ödemesi ve Finansmanı

GKY 27. maddesi “temel ve acil sağlık hizmetleri ile bu kapsamdaki tedavi ve ilaçlardan Bakanlıkça belirlenen tutar veya oran üzerinden katılım payı alınabilir” ifadesine yer vermektedir (GKY, 2014). Bu doğrultuda geçici korunanlardan katılım payı alınmaktadır. 2015/8 AFAD Genelgesine göre çalışma izni olarak sosyal güvenlik kapsamına alınan geçici korunanlar haricindekilerin karşılanan reçetelerine ilişkin katılım payı alınmamaktadır (Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin, 2015).

Türkiye’de geçici korunanlara sunulan sağlık hizmetleri güncel SUT’a göre fiyatlandırılarak geri ödemesi 2018’ten itibaren GİGM tarafından (2018 dahil olmak üzere, 2015-2018 dönem aralığında geçici korunanların geri ödemesi AFAD tarafından gerçekleştirilmiştir.) götürü bedel protokolleri doğrultusunda global bütçe yöntemiyle gerçekleştirilmektedir. Ayrıca, yukarıda ifade edildiği üzere 2014’ten itibaren ülkemize gelen Iraklılara GKY hükümlerince sağlanan sağlık hizmetlerinde üniversite hastaneleri geri ödeme kapsamı haricinde tutulmaktadır (Yabancı Hastaların Tedavi Giderleri, 2020).

Götürü bedel protokolüne göre geçici korunanlara yönelik hükümler şu şekildedir (GİGM, 2020):

- a) Protokolün yürürlüğe girdiği tarihten itibaren oluşabilecek %10’u geçen artış ve azalışlarda ilgili taraflar bütçe konusunda yeniden hesaplama yapabilmektedir.
- b) Üniversite ve özel sağlık kuruluşlarına sevkler ve doğrudan başvurularla birlikte acil sağlık hizmetleri Bakanlığın belirlediği esaslar çerçevesinde kapsam dahilindedir.
- c) Ayaktan tedavilerde gerekli olan ilaçlar protokol kapsamı dahilindedir. Yatarak tedavi gören hastaların tedavilerinde kullanılacak tıbbi malzeme ve ilaçlar, yurtdışından temin edilenler hariç sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilir ve kapsam dahilindedir.
- d) Ayakta ve yatarak verilen tedavilerde yapılan tetkik-tahlillerin, hizmet alım yöntemi ile yaptırılanlarda dahil olmak üzere tümü protokol kapsamı dahilindedir.
- e) Yardımcı üreme yöntemi tedavileri, tüp bebek tedavisi, kaplıca tedavisi, yurtdışı tetkik ve tedaviler protokol kapsamı dahilinde değildir.
- f) Yurt dışına hasta veya tetkik gönderilmemektedir.
- g) Organ nakillerinden, Bakanlıkça onaylanan kornea nakli bedelleri; hasta tarafından bulunmuş donör olması ve uygun bulunması durumunda canlı vericiden karaciğer, böbrek nakli bedelleri ile donöre uygulanan işlemler; kemik iliği nakli tedavilerinde, ailesinden verici bulunması veya kemik iliği doku bankalarından yurt içinden verici bulmak kaydıyla SUT hükümlerince nakil bedelleri kapsam dahilindedir.
- h) Türkiye’ye girişten önce oluşan organ ve uzuv kayıplarına ilişkin tedavi giderleri kapsam dahilinde değildir. Organ ve uzuv kayıplarının Türkiye içerisinde gerçekleşme durumunda ise basit mekanik ortez ve protezlere ilişkin asgari düzeydeki cihazlar kapsam dahilinde olmaktadır. Maliyeti yüksek elektronik yazılımlı cihazlar kapsam dışıdır.
- i) Geçici korunanlara sunulacak sağlık hizmetlerinin kapsamı, SUT çerçevesinde ilgili tarafların görüşü alınarak daraltılabilmektedir.

Götürü bedel protokolünde geçici korunanlara sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamında daraltma yapılabileceğine ilişkin hüküm bulunmasına rağmen bu daraltmanın nasıl ve ne şekilde yapılacağı gibi konulara dair açıklayıcı bir hüküm bulunmamaktadır. Bu açıdan bu hükmün uygulanması durumunda bir belirsizlik ortaya çıkmaktadır.

Tablo 2: Götürü Bedel Protokollerine Göre Geçici Korunanlara (Suriye ve Irak Uyruklular) Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Maliyetleri (TL)

Yıllar	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Toplam
Geçici Korunanlar	375.000.000	550.000.000	695.000.000	800.000.000	900.000.000	900.000.000	4.220.000.000

Kaynak: (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı, 2015,2016,2017; Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2018; GİGM, 2020; İçişleri Bakanlığı, 2019)

Bu verilere rağmen geçici korunanlara sağlanan sağlık hizmetlerinin toplam tutarı konusunda net bir bilgi bulunmamaktadır. Götürü bedel protokolleri 2015'ten itibaren yürürlüğe girmiştir. Bu uygulamadan önce geçici korunanlara sunulan sağlık hizmetleri AFAD genelgeleri doğrultusunda sunulan hizmet başına il valiliklerine fatura edilerek karşılanmıştır. Bu duruma ek olarak sunulan hizmetlere dair sistemli bir kayıt politikası uygulanmamıştır (TBMM, 2018, ss. 89-134). Sunulan hizmet başına fatura uygulamasının gerçekleştirilmesi ve sistemli bir şekilde kayıt tutulmasında geç kalınması geçici korunanlara sunulan sağlık hizmetlerinin toplam maliyetinde belirsizliğe yol açmıştır. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (2013, s. 55)'a göre 1 Kasım 2013'e kadar Suriyelilere sunulan sağlık hizmetlerinin toplam tutarı 191 milyon liradır. Buna karşılık, 2016 Kasım-2018 itibarıyla ise yaklaşık olarak 600 milyon lira harcama gerçekleştirildiği ifade edilmektedir (TBMM, 2018, s. 134). Bir başka kaynakta 2011-2015 dönemlerinde Bakanlığın yaptığı toplam harcama 3.706.000 lira olarak ifade edilmektedir (Erdoğan ve Ünver, 2015, s. 39).

3.7. Sağlık Hizmetlerinin Denetimi ve Değerlendirilmesi

Geçici korunanlara sunulan sağlık hizmetlerinin denetim ve değerlendirilmesinde üniversite ve özel sağlık tesisleri, acil sağlık hizmetleri ve gönüllü sağlık hizmetleri sunumundan il sağlık müdürlükleri; birinci basamak sağlık hizmetleri sunumundan Müdürlük ve son olarak kamu hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastanelerince sunulan sağlık hizmetlerinden Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü sorumludur (Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması, 2015).

3.8. Yabancı Uyruklular Polikliniği

Bu yapılanma özellikle Suriyeli olmayan uluslararası göçmenleri hedeflemektedir. Bu grup göçmenlere koruyucu sağlık hizmetleri ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele öncelikli olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması için TSM bünyesinde “Yabancı Uyruklular Polikliniği (YUP)” hayata geçirilmektedir (“Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı”, t.y.-b). Projenin finansmanı “Türkiye'deki Uluslararası Koruma Başvurusu Sahipleri İçin Koruma Mekanizmalarının Geliştirilmesi Projesi” çerçevesinde AB tarafından karşılanırken Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği uygulayıcı ortak olarak faaliyet göstermektedir. Bu doğrultuda 2018'te Samsun'da YUP açılmıştır (“Samsun İl Sağlık Müdürlüğü”, 2018).

3.9. Uluslararası İş Birliği

Günümüzde, küreselleşmenin de etkisiyle göç ve göçmenlere yönelik politika ve hizmetlerde yalnızca göç alan ülkelerin yalnız kalması yerine göç veren ülkelerde dahil olmak üzere uluslararası nitelikte küresel bir iş birliğini gerekli olmaktadır (Teyyare ve Sayaner, 2017, s. 430–431; Vearey ve diğerleri, 2019, s. 222). Bu açıdan Türkiye, başta Suriye krizi olmak üzere maruz kaldığı bu olağanüstü uluslararası göçlere karşılık BM, BMMYK, DSÖ ve AB gibi uluslararası

nitelikte kuruluş ve birlikler ile uluslararası iş birliği geliştirmeye yönelik faaliyetlerde bulunmaktadır (Dinçer ve diğerleri, 2013, s. 42).

Bu bağlamda Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası iş birlikleri arasında BM tarafından Suriye krizine yönelik bölge ülkelerin desteklenmesi amacıyla yürütülen "The Regional Refugee and Resilience Plan (Bölgesel Mülteci ve Dayanıklılık Planı – 3RP)" iş birliği planı ile birlikte Türkiye-AB arasında doğrudan Türkiye'nin mali açıdan desteklenmesi amacıyla Kasım 2015'ten bu yana yürütülen "Türkiye'deki Mülteciler İçin Mali Yardım Programı" ön plana çıkmaktadır (Avrupa Birliği [AB], 2019, s. 3–4; Erdoğan ve Ünver, 2015, s. 33).

3RP planı, BM önderliğinde Suriye krizinden etkilenen ve göçe maruz kalan Mısır, Irak, Ürdün, Lübnan ve Türkiye'den oluşan bölge ülkeleri göçmenlerin sağlık, eğitim ve barınma gibi temel insani ihtiyaçları ile bu ülkelerin karşı karşıya kaldığı uzun vadeli sosyo-ekonomik etkilerin karşılanabilmesi konusunda desteklenmesini amaçlayan uluslararası bir iş birliği çağrısı olarak ifade edilmektedir (Regional Refugee and Resilience Plan, 2015).

3RP planının uygulanmasındaki aktörler arasında lider kuruluş DSÖ olarak ifade edilirken ortak kuruluşlar IOM, UNICEF, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı olarak belirtilmektedir. Ulusal düzeydeki ortak kuruluşlar ise Sağlık Bakanlığı, Kızılay ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı olarak ifade edilmektedir. Planın hem mültecilerin ihtiyacına yönelik hem de bölge ülkeler için dayanıklılık üzerine kurulu olması dolayısıyla hedeflerin uygulanabilmesi noktasında gerekli olan finansal kaynaklar da bu duruma dayalı olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu doğrultuda Türkiye için sağlık hizmetleri hedeflerinde mülteciler için finansal kaynak ihtiyacı 2019 ve 2020 yıllarında 16.579.000 ve 26.179.000 dolar; dayanıklılık konusundaki finansal kaynak ihtiyacı 2019 ve 2020 yıllarında 15.878.000 ve 15.078.000 dolar olarak ifade edilmektedir. Bu açıdan 2019 için toplam finansal kaynak ihtiyacı 32.457.000 dolar olurken 2020 için bu ihtiyaç 41.257.000 dolar olarak ifade edilmektedir (Regional Refugee and Resilience Plan, 2019, s. 59–96).

AB ile yürütülen Türkiye'deki Mülteciler İçin Mali Yardım Programı kapsamındaki sağlık iş birliklerinin en önemli ayağını 300 milyon avro bütçesiyle "Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi (SIHHAT Projesi)" oluşturmaktadır (AB, 2019, s. 12).

Projenin temel amacı Türkiye'de geçici korunan Suriyeli nüfusun sağlık statülerinin geliştirilmesi olarak belirtilmektedir. Özel amaçları ise, Suriyelilerin yoğunlukta olduğu bölgeler öncelikli olarak sağlık hizmetlerine erişimin geliştirilmesi ve sağlık hizmeti talebinin artırılması olarak belirtilmektedir ("AB Türkiye", t.y.-a). Proje, Türkiye'de geçici korunanlara özellikle GSM'lerce sunulmakta olan birinci basamak sağlık hizmetleri ve diğer ikinci basamak sağlık hizmetlerinin fiziki ve teknik altyapısının geliştirilmesi, yeni tesisler açılması ve bu merkezlerde hizmet verecek geçici korunan sağlık çalışanlarının istihdam edilmesine yönelik faaliyetlerin yürütülmesini finanse etme yoluyla iş birliğine yönelik çalışmaktadır (Önder, 2019, s. 148). Bununla birlikte 26 mobil sağlık aracı ve 5 kanser tarama aracı hizmet vermektedir. Proje kapsamında 10 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hayata geçirilmiştir. ("SIHHAT Project", t.y.). İkinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında 20 ikinci basamak sağlık tesisi içinde 154 yeni doğan, 54 pediatri ve 150 yetişkin yoğun bakım birimi sağlanması planlanmaktadır ("AB Türkiye" t.y.-a).

Güçlendirilmiş GSM'lerin "Göçmen Sağlığı Eğitim Merkezi" olarak da faaliyet göstermesi ile geçici korunan sağlık çalışanlarının sağlık hizmetine istihdam edilmesi sağlanmaktadır

(Keleşmehmet, 2018, s. 122). Bu doğrultuda 45'i Güçlendirilmiş GSM olmak üzere toplam 178 GSM hizmet vermektedir (AB, 2019, s. 12). 31.3.2020 itibariyle geçici korunan Suriyelilerle birlikte toplam 708 doktor, 966 hemşire/ebe, 11 psikolog, 11 sosyal çalışmacı, 13 teknisyen, Türkçe ve Arapça bilen 1.144 hasta yönlendirme rehberi ve 407 destek personelinin istihdam edildiği ve sağlık okuryazarlığına yönelik broşür ve poster basımı yapıldığı ifade edilmektedir ("SIHHAT Project", t.y.).

GSM'lerde çalışan Suriyeli sağlık çalışanlarına denklik geçerliliği olmayan "Mesleki Yeterlilik Belgesi" verilmektedir (Alp ve diğerleri, 2018, s. 155; TBMM, 2018, s. 135). AB mali yardımı kapsamında Hatay'da 250 ve Kilis'te 327 yataklı olmak üzere toplam 90 milyon avro bütçe ile ikinci basamak devlet hastanesi inşa edilmesi projesi yürütülmektedir. Bu proje, hastanelerin anahtar teslim şeklinde Bakanlığa devredilmek esasında yürütülmekle birlikte hastanelerin yapım faaliyetleri devam etmektedir ("AB Türkiye", t.y.-b, t.y.-c).

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye son dönemlerde giderek artan bir şekilde, başta Suriye'den olmak üzere çok büyük bir göç dalgası ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu göç dalgasının Türkiye'nin uluslararası koruma bağlamında, göç politikalarında gerçekleştirdiği reform sürecine denk gelmesi kapsamlı ve sistematik bir politika uygulanmasında gecikmeye yol açmıştır. Bu göç dalgası politik ve sahada meydana gelen değişimlere dayalı olarak (2013/1 ve 2013/8 genelgeleri gibi) AFAD genelgeleri ile yürütülmeye çalışılmıştır. Ancak bu durum ve sistematik bir politikanın olmayışı kapsayıcılık ve eşitlik gibi konular açısından sağlık hizmetleri sunumunda olduğu kadar göçmen sağlık personellerinin istihdamına kadar her alanda çeşitli sorunlara yol açmıştır. Nitekim Kınık (2016, s. 11)'in de ifade ettiği üzere Suriye'den göç eden doktor ve sağlık personellerinin çoğunluğu ilk olarak Türkiye'ye gelmiş ancak 2016'da "Geçici Koruma Sağlanan Yabancıların Çalışma İzinlerine Dair Yönetmelik" çıkarılana kadar bu nitelikli göçmenler üçüncü ülkeleri tercih etmiştir.

Ancak, bu yönetmeliğe rağmen sağlık çalışanlarının istihdamında sorunların devam ettiği ifade edilmektedir. GSM'lerde istihdam edilen sağlık çalışanlarının denklik belgesinin bulunmaması çalışma imkanlarını kısıtlamaktadır. Suriyeliler haricinde, Irak uyruklu Türkmen 40 civarında uzman doktor ve 200 civarında sağlık teknisyeni de denklik sorunu yaşamaktadır (TBMM, 2018, s. 152). Bu doğrultuda denklik sorunun çözülmesine yönelik politikaların geliştirilmesi sağlık sektöründe nitelikli eleman ihtiyacının karşılanması açısından önem arz etmektedir.

Geçici koruma yönetmeliği ve götürü bedel protokolleri ile uluslararası göçmenlerin hem hukuki statüsü hem de uygulanacak sağlık politikaları açık bir şekilde ifade edilmektedir. Bu kapsamda geçici korunanlara sunulan hizmetlerin oldukça kapsayıcı olduğu ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarına sunulan sağlık hizmetleri ile eşit düzeyde olduğu görülmektedir. Bu açıdan, geçici korunanların sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaları, geniş erişim hakları, mobil sağlık hizmetleri ve ayrıca SIHHAT Projesi ile dillerine ve kültürlerine duyarlı bir şekilde birinci basamak sağlık hizmetini ücretsiz alabilmeleri ve istihdamları, uygulanan politikaların uluslararası standartları karşıladığını göstermektedir. Geçici korunanlara yönelik yapılan bir araştırma sonucuna göre sağlık hizmetlerine erişim ve memnuniyet oranı %86 olarak belirlenirken ilaca erişim oranı %85 olarak belirlenmiştir (UN Women, 2018, s. 30-32).

Ancak bu politikaya rağmen, Türkiye'deki uluslararası göçmenleri kapsayıcılık açısından olumsuzluklar bulunmaktadır. Bu durum Irak ve Afganistan uyruklu yabancılarda ön plana

çıkılmaktadır. Irak uyruklu yabancılara sağlık hizmeti sunulmasına rağmen hukuki statülerinin belirsizliği denklik problemini ortaya çıkarmaktadır. Bunun dışında Afganistan ve diğer yabancı uyruklu göçmen grupların hukuki statüsü ile beraber YUP dışında sağlık hizmetine erişimleri de belirsizliğini korumaktadır. Bu doğrultuda bu göçmen gruplara yönelik GKY gibi yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Geçici korunanların sağlık hizmetlerine erişebilmesi için kayıtlı olması ve provizyonunun alınması gerekmektedir. Ancak kayıt sorunu, geçici korunanlara sunulan sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar arasında en başta gelmektedir. Geçici korunanlara yönelik kayıt işlemlerinde aksaklıklar olması, nüfusun dinamik bir yapıya sahip olması (Suriye'ye giriş ve çıkışlar) ve sabit adreslerinin olmayışı özellikle halk sağlığı hizmetleri olmak üzere sağlık hizmeti sunumunu zorlaştırmaktadır (Mardin, 2019, s. 102–104). Bu doğrultuda Suriyelilerin kayıt taleplerini beklemeden mobil kayıt ekipleri oluşturularak gereken kayıt işlemlerin yapılması önerilmektedir.

Bir diğer sorun dil, randevu ve evrak eksikliği olarak belirtilmektedir. Dil engelinden dolayı iletişim güçlüğü, MHRS sistemini kullanamadıkları ve gereken evrakları yanlarında taşımadıkları belirtilmektedir. Ayrıca, gereken önerilere uymadıkları ve geleneksel davranışlara yöneldikleri de ifade edilmektedir (Mardin, 2019, s. 102–104; Soysal ve Erkek, 2019, s. 21). Bu açıdan GSM'lerde yürütülen sağlık okuryazarlığı çalışmalarının etkinliğinin artırılması gerekmektedir. GKY kapsamındaki Suriyelilerin %61'nin 25 yaş altında olması ile beraber Erdoğan ve Çorabatır (2019, s. 11)'in belirttiği üzere 2025'te 1.6-1.8. milyon Suriye uyruklu bebek doğumu tahmininin yapılması doğrultusunda Suriyeli nüfus gittikçe gençleşmektedir. Sağlık politikalarında bu faktöre önem verilerek üreme sağlığı ve aile planlaması gibi politikalara ağırlık verilmesi gerekmektedir. Nitekim, Suriyelilerin %29,9'unun aile planlaması hizmetine erişimi varken %50'sinin haberdar dahi olmadığı ve hizmete karşı kültürel ön yargıların bulunduğu belirtilmektedir (UN Women, 2018, ss. 33–34).

Bu durum aynı zamanda genç ve aktif bir iş gücünü ortaya çıkarmaktadır. Yapılan bir araştırmada Suriyeli iş gücünün %96 gibi büyük oranda kayıt dışı çalıştığı belirtilmektedir (Turkish Red Crescent and World Food Programme, 2019, s. 21). Erdoğan (2019, s. 12) 1-1.2 milyon civarında Suriyelinin kayıt dışı çalıştığını belirtmektedir. Bu doğrultuda bu iş gücünün kayıt altına alınarak SGK kapsamına alınmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir. Bu durumun gerçekleşmesi dolaylı olarak da olumlu etkilerde bulunacaktır. Suriyelilerin aylık ortalama gelirlerinin 1058 TL olduğu belirtilmektedir (Turkish Red Crescent and World Food Programme, 2019, s. 33). Bu açıdan Suriyelilerin %23,8'i aşırı yoksulluk sınırının altında ve %48,7'si de kalabalık ortamlarda yaşamaktadır (UN Women, 2018, ss. 12-26). Çalışan Suriyelilerin kayıt altına alınması ile asgari ücret düzeyinde düzenli bir gelire kavuşmalarıyla hayat standartlarında iyileşmelere yol açarak sağlık düzeylerinin geliştirilmesine katkıda bulunma ve prim ödemeleriyle sağlık sisteminde mali rahatlatma sonucu ortaya çıkacaktır.

3RP programı doğrultusunda BM'nin 2013'ten 2019'a kadar yapmış olduğu bütün destek çağrılarına yetersiz karşılık geldiği görülmektedir. Buna göre 2013'te bütün program için yapılan toplam 2.98 milyar dolarlık çağrı %71 oranında karşılık bulurken 2019'da yapılan 5.4 milyar dolarlık çağrı ancak %57 oranında karşılık bulabilmiştir. Bu noktada 2019 için Türkiye'ye verilmesi planlanan toplam 1.651 milyar dolarlık çağrı %62 oranında karşılık bulmuştur. Bu doğrultuda sağlık hizmetleri için gerekli olan 32 milyon dolarlık ihtiyacın 23 milyon doları karşılanabilmiştir (Regional Refugee and Resilience Plan, 2019, s. 96, 2020, s. 4–9). AB yardımı ise proje bazlı ödeme esas olmak üzere 2016-2017 dönemi (birinci dönem) 3 milyar ve 2018-

2019 dönemi (ikinci dönem) 3 milyar olmak üzere toplam 6 milyar avroluk bir yardım paketidir. Buna göre birinci dönem için verilmesi gereken maddi desteğin 72 proje ile tamamen sözleşmelere bağlanması sağlanmış ancak 2018 sonuna kadar 2.072 milyar avro aktarılırken kalan meblağın 2021 ortasına kadar ödenmesi planlanmaktadır. İkinci dönemde verilecek destek içinde benzer şekilde toplam 3 milyar avroluk desteğin 1.2 milyar avrosu Şubat 2019'da aktarılmış ve aktarılan bu meblağın 550 milyon avrosu sözleşmeye bağlanarak 150 milyon avrosunun ödemesi gerçekleştirilmiştir. İkinci dönem fonuna AB üye ülkelerinin yapması gereken maddi ödemenin 2019-2023 dönemine yayılacağı belirtilmektedir (AB, 2019, s. 6-9).

AB mali katkısının uzun vadeli şekilde gerçekleşmesinde projelerin uzun vadeli olması büyük oranda etkili olmaktadır. Nitekim SIHHAT projesi 2016'da başlamasına rağmen 2020'de bitirilmesi planlanmaktadır. Ancak ikinci dönemde görüldüğü üzere sağlanması gereken 3 milyar avroluk desteğin 2023'e kadar esnemesinin öngörülmesi iş birliğinin işleyişi açısından belirsizliğe yol açmaktadır. Sonuç olarak uluslararası iş birliği konusunda sıkıntıların yaşandığı görülmektedir. Bu doğrultuda uluslararası kuruluşların daha kapsamlı ve düzenli bir şekilde destek sağlaması gerekmektedir. Bu kapsamda AB örneğinde olduğu gibi proje bazlı hizmetler gerçekleştirilmesinin sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli kullanılmasına yol açacağı varsayımında bulunmaktadır.

Sonuç olarak, Türkiye'nin uluslararası göçmenlere yönelik sağlık politikasının genel olarak kültüre-dile duyarlı ve göçmen odaklı bir şekilde katılımcı ve kapsayıcı bir yaklaşım ile yürütüldüğü sonucuna ulaşılmaktadır. Bununla beraber Suriyeliler dışındaki uluslararası göçmen grupların hukuki statüsünün belirsizliğini koruması ve kısıtlı erişimi bulunması bu imajı nispeten zedelemektedir. Türkiye'nin göçmen sağlığı politikalarının temel ve koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanarak kayıt ve provizyon şartını esas aldığı sonucuna ulaşılmaktadır. Bu bağlamda, Türkiye acil ve koruyucu sağlık hizmetleri asgari hak olarak kabul edilirse göçmenlere asgari haklardan fazlasını sunan sağlık politikalarını uygulayan bir ülke olduğu değerlendirilmesi yapılmaktadır.

5. KAYNAKÇA

- AB Türkiye. (t.y.-a). Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi (SIHHAT). Erişim Adresi: <https://www.avrupa.info.tr/tr/proje/gecici-koruma-altindaki-suriyelilerin-saglik-statusunun-ve-turkiye-cumhuriyeti-tarafindan> Erişim Tarihi: 12.3.2021
- AB Türkiye. (t.y.-b). Hatay Devlet Hastanesi İnşaatı. Erişim Adresi: <https://www.avrupa.info.tr/tr/proje/hatay-devlet-hastanesi-insaatı-7507> Erişim Tarihi: 12.3.2021
- AB Türkiye. (t.y.-c). Kilis 327 Yataklı Yeni Devlet Hastanesi Yatırımı. Erişim Adresi: <https://www.avrupa.info.tr/tr/proje/kilis-327-yataklı-yeni-devlet-hastanesi-yatırımı-7379> Erişim Tarihi: 12.3.2021
- Avrupa Birliği. (2019). Avrupa Komisyonu'nun Avrupa Parlamentosu'na ve AB Konseyi'ne Tebliği: Türkiye'deki Mülteciler için Mali Yardım Programının Üçüncü Yıllık Raporu. Brüksel. Erişim Adresi: <https://www.avrupa.info.tr/tr/turkiyedeki-multeci-krizine-avrupa-birliginin-mudahalesi-710>

- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. (2013). Suriyelilerin Konakladığı Geçici Barınma Merkezlerindeki Harcama ve Maliyet Analizi. Ankara: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Erişim Adresi: <https://www.afad.gov.tr/suriye-raporlari>
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü (2015, 1 Temmuz). Erişim Adresi: <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/TR-42612/gecici-koruma-altina-alinan-suriyeliler.html>
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü (2016, 1 Ocak). Erişim Adresi: <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/TR-42612/gecici-koruma-altina-alinan-suriyeliler.html>
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü (2017, 1 Ocak). Erişim Adresi: <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/TR-42612/gecici-koruma-altina-alinan-suriyeliler.html>
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Göç İdaresi Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü (2018, 4 Temmuz). Erişim Adresi: <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/TR-40443/yururlukte-olan-hizmet-protokolleri.html>
- Alp, Ç., Apış, İ. Y., Hazneci, H., Küçükçavuş, M. A. ve Ertunç, M. A. (Yay. haz.). (2018). Türkiye'deki Suriyeliler - Özel Rapor. Ankara: T.C. Kamu Denetçiliği Kurumu (Ombudsmanlık). Erişim Adresi: https://www.ombudsman.gov.tr/document/raporlar/ozel_raporlar/suriye_rapor/index.html
- Atak, M. (2016). Göçmen Gruplarında Halk Sağlığı Sorunları ve Yönetimi. SD Platform, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, (40), 24-25. Erişim Adresi: <https://www.medipol.edu.tr/medium/magazine-file-695.vsf>
- Balkan, İ. İ. (2016). Mülteci Sağlığına Bütüncül Yaklaşım. SD Platform, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, (40), ss. 6-9. Erişim Adresi: <https://www.medipol.edu.tr/medium/magazine-file-695.vsf>
- Beşer, A. ve Kerman, K. T. (2017). Göç Eden Bireylerin Öncelikli Sağlık Sorunları ve Sağlık Hizmetine Ulaşımındaki Engeller. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics, 3(3), 143-148. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/321269097_Goc_Eden_Bireylerin_Oncelikli_Saglik_Sorunlari_ve_Saglik_Hizmetine_Ulasimdaki_Engeller
- Bostan, H. (2018). Geçici Koruma Statüsündeki Suriyelilerin Uyum, Vatandaşlık ve İskân Sorunu. Göç Araştırmaları Dergisi, 4(2), 38-88. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/736433>
- Çallı, M. (2016). Türkiye'de Mültecilerin Ve Sığınmacıların Sağlık Hakkı. İş ve Hayat, 2(3), 131-154. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/391545>
- Çaman, Ö. K. ve Özvarış, Ş. B. (2010). Uluslararası Göç ve Kadın Sağlığı. Sağlık ve Toplum, 20(4), 3-14. Erişim Tarihi: <https://ssyv.org.tr/wp>

content/uploads/2019/08/Uluslararası% C4% B1- Goc-ve- Kad% C4% B1n-
Sag1% C4% B1g% C4% B1.pdf

- Dinçer, O. B., Federici, V., Ferris, E., Karaca, S., Kirişçi, K. ve Çarmıklı, E. Ö. (2013, Kasım). Suriyeli Mülteciler Krizi ve Türkiye Sonu Gelmeyen Misafirlik. Ankara: Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu (USAK) ve Brooking Enstitüsü Erişim Adresi: <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/USAKBrookings-report-final-version14November13.pdf>
- Erdoğan, M. M. ve Ünver, C. (2015). Türk İş Dünyasının Türkiye'deki Suriyeliler Konusundaki Görüş, Beklenti ve Önerileri. Ankara: Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu (Yayın No: 353).
- Erdoğan, M. M. ve Çorabatır, M. (2019). Suriyeli Mülteci Nüfusunun Demografik Gelişimi, Türkiye'deki Eğitim, İstihdam ve Belediye Hizmetlerine Yakın Gelecekte Olası Etkileri. GIZ Quadra Programme Research Panel. Erişim Adresi: https://igamder.org/uploads/belgeler/QUDRA_TURKEY%20RESEARCHREPORT_TR.pdf
- Erdoğan, M. M. (2019). Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler. Konrad Adenauer Stiftung. Erişim Adresi: <https://www.kas.de/documents/283907/7339115/T%C3%BCrkiye%27deki+Suriyeliler.pdf/afaf9d37-7035-f37c-4982-c4b18f9b9c8e?version=1.0&t=1571303334464>
- Filiz, M. ve Yıldırım, T. (2019). Evaluation of Health Policies for Migrants in Turkey and The European Union Countries. Turkish Research Journal of Academic Social Science, 2(1), 24–30. Erişim Adresi: <http://www.turkishsocialscience.com/tr/download/article-file/1331553>
- Geçici Barınma Merkezlerinin Kurulması, Yönetimi ve İşletilmesi Hakkında Yönerge (2015, 4 Kasım). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ve Göç İdaresi Genel Müdürlüğü 23796 Sayılı Yönergesi. Erişim Adresi: <https://www.antalyasm.gov.tr/duyuru/gecici-barinmamerkezlerinin-kurulmasi-yonetimi-ve-isletilmesi-hakkinda-yonerge/353>
- Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar (2015, 25 Mart). Sağlık Bakanlığı 2875 Sayılı Yönergesi. Erişim Adresi: <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/TR-40556/gecici-koruma-altina-alinan-suriye-uyruklu-yabancilar.html>
- Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılması (2015, 4 Aralık). Sağlık Bakanlığı 9648 Sayılı Yönergesi. Erişim Adresi: <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/TR-40556/gecici-koruma-altina-alinan-suriye-uyruklu-yabancilar.html>
- Geçici Koruma Altındaki Yabancılara İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi (2015, 12 Kasım). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı 2015/8 Sayılı Genelgesi Erişim Adresi: https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/2311/files/2015_8_Gecici_Koruma_altinda_ki_Yabancılara_Iliskin_Saglik_Hizmetlerinin_Yurutulmesi.pdf
- Geçici Koruma Kapsamındaki Yabancılara Sağlık Hizmeti Sunumu (2020, 21 Ocak). Sağlık Bakanlığı'nın 21.1.2020 Tarihli ve 96773357-045.99 Sayılı Yazısı. Erişim Adresi:

<https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/Eklenti/36140/0/gecici-koruma-kapsamindaki-yabancilara-saglik-hizmeti-sunumu-duyuru-yazisipdf.pdf>

Geçici Koruma Yönetmeliği (2014, 22 Ekim). Resmî Gazete (Sayı: 29153). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/21.5.20146883.pdf>

Genç, D. H. (2016). Göçmenlik, Dil Engeli ve Sağlık Hizmetleri. SD Platform, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, (40), ss. 44-47. Erişim Adresi: <https://www.medipol.edu.tr/medium/magazine-file-695.vsf>

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü. (2020, 1 Ocak). Erişim Adresi: <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/Eklenti/39002/0/goc-idaresi-genel-mudurlugu-ve-saglik-bakanligi-arasinda-goturu-bedel-uzerinden-saglik-hizmet-alim-protokolupdf.pdf>

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. (2021, 24 Şubat). İstatistikler - Geçici Koruma. Erişim Adresi: <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638> Erişim Adresi: 1.3.2021

Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (t.y.-b). Göçmen Sağlığı Merkezi. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/gocmen-sagligi-merkezleri.html> Erişim Tarihi: 10.3.2021

Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (t.y.-c). Yabancı Uyruklar Polikliniği. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yabanc%C4%B1-uyruklar-poliklini%C4%9Fi.html>

Göçmen Sağlığı Merkezleri/Birimleri (2015, 3 Eylül). Sağlık Bakanlığı 906 Sayılı Yönergesi. Erişim Adresi: <https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/131281>

Gültaç, A. S. ve Balçık, P. Y. (2018). Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Sağlık Politikaları. Sakarya Tıp Dergisi, 8(2), 193–204. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/497567>

Günay, E., Atılgan, D. ve Serin, E. (2017). Dünya'da ve Türkiye'de Göç Yönetimi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7(2), 37-60. Erişim Adresi: <http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/tr/issue/33603/372918>

İçişleri Bakanlığı (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü) ve Sağlık Bakanlığı Arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Protokolü (2019, 6 Eylül). Erişim Adresi: <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/TR-40443/yururlukte-olan-hizmet-protokolleri.html>

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. (2019, Şubat 12). Göç Sağlığı. Erişim Adresi: <https://istanbulism.saglik.gov.tr/TR,101828/goc-sagligi.html> Erişim Tarihi: 22.3.2021

Jan, C., Zhou, X. ve Stafford, R. S. (2017). Improving The Health and Well-being of Children of Migrant Workers. Bulletin of the World Health Organization, 95(12), 850–852. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.2471/BLT.17.196329>

Keleşmehmet, H. (2018). Dünyada ve Türkiye’de Göçmen Sağlığı. The Journal of Turkish Family Physician, 9(4), 119–126. Erişim Adresi: <http://turkishfamilyphysician.com/wp-content/uploads/2019/05/JTFP-2018-4-mektup-turkiye-ve-dunyada-multeci-sagligi.pdf>

- Kınık, K. (2016). Güvenlik ve İnsancılık Yelpazesinde Göç Politikaları. SD Platform, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, (40), 10-11. Erişim Adresi: <https://www.medipol.edu.tr/medium/magazine-file-695.vsf>
- Lordoglu, K. (2015). Türkiye'ye Yönelen Düzensiz Göç ve İşgücü Piyasalarına Bazı Yansımalar. Çalışma ve Toplum, 44(1), 29-44. Erişim Adresi: <https://www.calismatoplum.org/makale/turkiyeye-yonelen-duzensiz-goc-ve-isgucu-piyasalarina-bazi-yansimalar>
- Mardin, F. D. (2019). Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Metropol-Uydu Şehir Karşılaştırması (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Mazman, İ. ve İzci, L. (2018). Ulusal ve Uluslararası Örgütler Tarafından Desteklenen Suriyeli Göçmenler. Journal of Institute of Economic Development and Social Researches, 4(9), 277-293. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/920883>
- McAuliffe, M., Bauloz, C., Nguyen, M. ve Qu, S. (2019). Migration and Migrants: A Global Overview. McAuliffe, M., & Khadria, B. (Ed.), World Migration Report 2020 (ss. 19-53) içinde. Geneva: International Organization for Migration. Erişim Adresi: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf
- Nacar, O. A. (2015). Suriyeli Sığınmacılara Sunulan Sağlık Hizmetleri. SD Platform, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, (34), 78-81. Erişim Adresi: <https://www.medipol.edu.tr/medium/magazine-file-886.vsf>
- Önder, N. (2019). Türkiye'de Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere Yönelik Sağlık Politikalarının Analizi. Göç Araştırmaları Dergisi, 5(1), 110-165. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/814744>
- Örselli, E. ve Babahanoğlu, E. (2016). Türkiye'nin Göç Yönetimi ve Göç Politikalarının Gelişimi: Bir Kamu Politikası Analizi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 9(43), 2063-2072. Erişim Adresi: https://www.sosyalarastirmalar.com/cilt9/sayii43_pdf/6iksisat_kamu_isletme/orselli_erhan.pdf
- Özcan, N. A. (2016). Sığınmacıların Ruh Hali. SD Platform, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, (40), 32-33, Erişim Adresi: <https://www.medipol.edu.tr/medium/magazine-file-695.vsf>
- Perruchoud, R. ve Cross-Redpath, J. (Ed.) (2013). Göç Terimleri Sözlüğü. Uluslararası Göç Örgütü (Türkçe 2. Baskı), No:31. Erişim Adresi: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml31_turkish_2ndedition.pdf
- Regional Refugee and Resilience Plan. (2015). 3RP Regional Progress Report (Issue June). Erişim Adresi: <https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/poverty/3rp-regional-progress-report.html>
- Regional Refugee and Resilience Plan. (2019). 3RP Country Chapter 2019-2020 Turkey. Erişim Adresi: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/68618.pdf>

- Regional Refugee and Resilience Plan. (2020). Regional Refugee & Resilience Plan (3RP) 2019 Annual Report. Erişim Adresi: http://www.3rpsyriacrisis.org/wp-content/uploads/2020/05/annual_report.pdf
- Sağlık Bakanlığı. (2016, 14 Kasım). Suriye Sınırından Yaralı Nakli Sağlayan Ambulanslara İlişkin Basın Açıklaması (10.08.2015). Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,3448/suriye-sinirindan-yarali-nakli-saglayan-ambulanslara-iliskin-basin-aciklamasi-10082015.html> Erişim Tarihi: 11.3.2021
- Samsun İl Sağlık Müdürlüğü. (2018, Mart 19). Yabancı Uyruklular Polikliniği Açılışımız. Erişim Adresi: <https://samsunism.saglik.gov.tr/TR,61359/yabanci-uyruklular-poliklinigi-acilisimiz.html>
- Sayın, Y., Usanmaz, A. ve Aslangiri, F. (2016). Uluslararası Göç Olgusu ve Yol Açtığı Etkiler: Suriye Göçü Örneği. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 18(31), 1–13. Erişim Adresi: http://dergi.kmu.edu.tr/userfiles/files/2016Aral%C4%B1k/1-%20Y_%20Say%C4%B1n%20CA_%20Usanmaz%20C%20F_%20Aslangiri%20_%20Uluslararası%C4%B1%20G%C3%B6%C3%A7%20Olgusu-d%C3%BCzeltildi.pdf
- Sezen, İ., Turan, M. ve Kaya, A. A. (2018). Türkiye’deki Suriyeli Misafirler ve İlişkilendirilen Bulaşıcı Hastalıklar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(4), 119–127. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/41325/461323>
- SIHHAT Project. (t.y.). Proje Faaliyetleri. Erişim Adresi: <http://www.sihhatproject.org/faaliyetler.html> Erişim Tarihi: 12.3.2021
- Sironi, A., Bauloz, C. ve Emmanuel, M. (Ed.). (2019). Glossary on Migration (İnternational Migration Law N° 34). Geneva: International Organization for Migration. Erişim Adresi: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006, 16 Haziran). Resmî Gazete: (Sayı: 26200). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5510&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- Soysal, A., Erkek, S. (2019). Sağlık Hizmetleri Sunumunda Suriyeli Hastalarla Karşılaşılan Sorunlar: Gaziantep İlinde Bir Araştırma. II. Uluslararası Kahramanmaraş Yönetim, Ekonomi ve Siyaset Kongresi Bildiri Kitabı (ss. 13-25) içinde. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş. Erişim Adresi: http://kayes.ksu.edu.tr/depo/belgeler/KAYES%20II%20B%C4%B0LD%C4%B0R%C4%B0%20K%C4%B0TABI_1911202214313343.pdf
- Suriyeli Misafirlerin Sağlık Hizmetleri Hk. (2013, 18 Ocak). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı 2013/1 Sayılı Genelgesi Erişim Adresi: <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/TR,40127/genelge.html>
- Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hk. (2013, 8 Ekim). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı 2013/8 Sayılı Genelgesi. Erişim Adresi: https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/2311/files/Suriyeli_Misafirlerin_Saglik_ve_Diger_Hizmetleri_Hakkinda_Genelge_20138.pdf

- Süt, H. K. (2017). Suriye'den Göç Eden Kadınlar ve Üreme Sağlığı Sorunları. Sağlık ve Toplum, 27(1), 3-7. Erişim Adresi: http://ssyv.org.tr/wp-admin/uploader/std2017/suriyeden_Goc.pdf
- Teyyare, E. ve Sayaner, K. (2017). Suriye İç Savaşı Sonrası Ortaya Çıkan Göç Hareketinin Kamusal Mallar Teorisi Çerçevesinde Değerlendirilmesi. Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 8(15), 429-454. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/326791>
- Topçu, S. ve Beşer, A. (2006). Göç ve Sağlık. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(3), 37-42. Erişim Adresi: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1479.pdf>
- Turkish Red Crescent and World Food Programme. (2019). Refugees In Turkey: Livelihoods Survey Findings. Ankara, Turkey. Erişim Adresi: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Refugees_in_Turkey_Livelihoods_Survey_Findings_TRC_WFP_2019.pdf
- Tuzcu, A. ve Bademli, K. (2014). Göçün Psikososyal Boyutu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(1), 56-66. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/115028>
- Tuzcu, A. ve Ilgaz, A. (2015). Göçün Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(1), 56-67. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/pgy/issue/11143/133479>
- Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu Mülteci Hakları Alt Komisyonu. (2018). Göç ve Uyum Raporu. 26. Dönem 3. Yasama Yılı Mart 2018, Ankara. Erişim Adresi: https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2018/goc_ve_uyum_raporu.pdf
- UN DESA. (2019). International Migrant Stock 2019: Graphs - Twenty Countries or Areas Hosting The Largest Numbers of International Migrants (Millions). Erişim Adresi: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates_graphs.asp?2g2 Erişim Tarihi: 8.3.2021
- UN Women. (2018). Türkiye'de Geçici Koruma Altındaki Suriyeli Kadın ve Kız Çocukların İhtiyaç Analizi. Yücel, A., Utas, C., Luchsinger, G., Kavlak, İ. V., Kristjansdottir, I. B. ve Freizer, S. (Ed.). Alioğlu, A. S. (Çev.). Ankara. Erişim Adresi: http://sgdd.org.tr/wp-content/uploads/2018/08/The_Needs_Assessment_TR_WEB.pdf
- UNHCR Turkey. (2019). Turkey: Key Facts and Figures (Issue: November). UNHCR. Erişim Adresi: <https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2020/01/73154.pdf>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2021). Operational Update January 2021: Turkey. UNHCR. Erişim Adresi: <https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2021/02/UNHCR-Turkey-Operational-Update-January-2021.pdf> Erişim Tarihi: 7.3.2021
- United Nations. (t. y.). Principles and Guidelines, Supported by Practical Guidance, on The Human Rights Protection of Migrants in Vulnerable Situations. Geneva: Office of The United Nations High Commissioner for Human Rights. Erişim Adresi: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/PrinciplesAndGuidelines.pdf>

- Vatansever, K. (2016). Sığınmacıların Kamplardaki Sorunları. Ergin, I. (Yay. haz.), Savaş, Göç ve Sağlık (ss. 20-31) içinde. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr.pdf
- Vearey, J., Hui, C., & Wickramage, K. (2019). Migration and Health: Current Issues, Governance and Knowledge Gaps. McAuliffe, M., & Khadria, B. (Ed.), World Migration Report 2020 (ss. 209-228) içinde. Geneva: International Organization for Migration. Erişim Adresi: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf
- Yabancı Hastaların Tedavi Giderleri. (2020, 1 Nisan). Sağlık Bakanlığı'nın 1.4.2020 tarihli ve 23642684-010.99 Sayılı Yazısı. Erişim Adresi: <https://khgmfinansalanalizdb.saglik.gov.tr/Eklenti/37019/0/yabanci-hastalarin-tedavi-giderleripdf.pdf>
- Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (2013, 11 Nisan). Resmî Gazete (Sayı: 28615). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6458.pdf>
- Yardan, E. D. (2018). Sağlık Politikaları ve Göçmen Sağlığı. Tengilimoğlu D. (Ed.), Sağlık Politikası (ss. 341-356) içinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- Yasin, Y. (2016). Sağlık Hizmeti Veren Sivil Toplum Kuruluşları ve Sığınmacılar. Ergin, I. (Yay. haz.), Savaş, Göç ve Sağlık (ss. 95-102) içinde. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr.pdf
- WHO. (2019). Promoting The Health of Refugees and Migrants: Draft Global Action Plan, 2019-2023. [A72/25 Rev.1 (23.5.2019)]. World Health Organization 72nd World Health Assembly, 2019. Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-the-health-of-refugees-and-migrants-draft-global-action-plan-2019-2023>
- 8/1/2002 Tarihli ve 4736 Sayılı Kanunun 1 inci Maddesinin Birinci Fıkrası Hükmünden Muaf Tutulacakların Tespitine Dair 28/1/2002 Tarihli ve 2002/3654 Sayılı Kararnamenin Eki Kararda Değişiklik Yapılmasına İlişkin 2015/7274 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı (2015, 20 Şubat). Resmî Gazete (Sayı: 29273). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150220-13.htm>



E-ISSN: 2667-5838	https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal	Paper Type: Review Paper, Makale Türü: Derleme
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 24/03/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi: 26/03/2021

TÜRKİYE'DE SAĞLIK İŞGÜCÜ KAMU İSTİHDAMI



PUBLIC HEALTH WORKFORCE EMPLOYMENT IN TURKEY

Atıf/ to Cite (APA): Özdemir, A. (2021). Türkiye’de Sağlık İşgücü Kamu İstihdamı, Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, (1), 59-69.

Ayşegül ÖZDEMİR¹

DOI: <https://doi.org/10.35345/johmal.902400>

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, sağlık alanında ortaya çıkan yeni meslekleri ve bunların kamuda istihdam edilmelerinin incelenmesidir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinde yönlendirici ve denetleyici rol üstlendiği kadar sağlık hizmeti sunumunda da önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmada sağlık alanında iş gücü planlaması, sağlık mesleği mezunlarının hangi oranda kamuda istihdam edildiklerini göstermek ve sağlık iş gücü planlayıcılarının karar almasına destek sağlaması noktasında önem arz etmektedir. Araştırma verilerine Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) ve Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) resmi internet sitelerinden elde edilip mezun olan öğrencilerin atanma oranları ile betimleyici bir çalışma yürütülmüştür. Çalışma bulgularına göre, lisans mezunu olarak atanma ihtimali ön lisans olarak atanma ihtimalinden yaklaşık 5 kat daha fazladır. 2018 yılında Perfüzyon bölümünden mezun olanların neredeyse tamamı, 2019 yılında ise mezunların yarıdan fazlası kamuda istihdam edilmektedir. Sosyal Çalışma ve Çocuk Gelişimi mezunlarının istihdam oranı %2’nin altındadır. Sağlık iş gücünün kamuda istihdamına yönelik yapılacak araştırmalarda, teknolojik ve sağlık alanındaki gelişmeler göz önünde bulundurularak gelecekte en çok ihtiyaç duyulacak veya yok olma sürecine girebilecek çalışma alanlarının istihdam durumu, dönemsel olarak belirlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kamuda İstihdam, Sağlık İş Gücü, Sağlıkta Yeni Meslekler.

ABSTRACT

The aim of this study is to examine new professions emerging in the field of health and their employment in the public sector. In Turkey, the Ministry of Health plays a guiding and supervisory role in health services, as well as also plays an important role in healthcare delivery. In this study, workforce planning in the field of health is important in showing the extent to which health profession graduates are employed in the public sector and in providing support to health workforce planners in decision-making. A descriptive study was conducted with the research data obtained from the official websites of the Council of Higher Education (YÖK) and the Student Selection and Placement Center (ÖSYM) and the rate of appointment of graduates. According to the study findings, the probability of being appointed as a bachelor's degree is approximately 5 times more than the probability of being appointed as an associate degree. Almost all of the graduates of the Perfusion department in 2018 and more than half of the graduates in 2019 are employed in the public sector. The employment rate of Social Work and Child Development graduates is below 2%. In studies to be conducted on the employment of the health workforce in the public sector, it is

¹ Doktora öğrencisi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gulaysegul.ozdemir@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7136-5064>

recommended to determine the employment status of the work areas that will be most needed in the future or that may enter the process of extinction, taking into account the developments in technology and health.

Keywords: Public Employment, Health Workforce, New Professions in Health.

1. GİRİŞ

Bir topluma ait sağlık sektörünü karar verilen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak sağlık politikasıdır. Sağlık sektörü finansman, insan gücü ve organizasyon ile yapılandırılmaktadır (Akdur, 1998: 21). Sağlık politikası, sağlık sistemi içinde çeşitli kuruluşlar tarafından sunulan hizmetler ve mali işlemlerini etkileyen faaliyetlerin yanında hükümetlerin ve toplumdaki diğer unsurların ortak amacının toplumun sağlık düzeyini iyileştirmeye yönelik uygulamalarını da kapsamaktadır (Niessen vd., 2000: 860). Sağlık sisteminin zayıflıklarını dikkate alarak toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak politikaları hem teoride hem de uygulamada başlatmalıdır (Ertaş ve Kıraç 2017: 32). Her sağlık sistemi insan kaynaklarına bağlıdır (Bloor ve Maynard, 2003). İnsan kaynaklarını planlamak, gereken sayıda, doğru yerde, uygun zamanda, yeterli yetenekte iş gücü sağlanmasıdır (Barber ve López-Valcárcel 2010: 1). İnsan kaynaklarının maliyeti, sosyo-politik değişim, tıpta teknolojik ilerlemeler, sağlık iş gücünün bilgi ve beceri yönünden yetersizliği ve bilgi üretimi artışı İnsan gücü planlamasını zorunlu kılmaktadır (Dikmetaş ve İnan, 2000; Şantaş, Özer ve Çıraklı, 2012: 47). Sağlık hizmetlerinde başarının öncüllerinden biri sürekli gelişen sağlık sisteminin kurulması ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına uygun nitelikte ve nicelikte işgücü yetiştirilmesidir. Bunun yanında sağlık iş gücünün çalışma ortamının düzenlenmemesi ve özlük haklarının kısıtlanması sağlık hizmetleri verimliliğini düşüren etmenlerin başındadır (Akdur, 1998: 21). Dünya çapında en büyük işverenlerden olan sağlık sektörünün sağlık iş gücü en büyük girdisini oluşturmaktadır (Narine, 2000: 303). Sağlık hizmetlerinde en önemli girdiyi oluşturan sağlık iş gücünün eğitimi, planlanması, düzenlenmesi sağlık maliyetleri üzerine etkisinin göz ardı edilemeyecek ölçüde olması maksimum fayda elde edilmesini sağlamaktadır (Lavieri ve Puterman 2009: 119). Çok sayıda araştırma bulgularına göre, sağlık iş gücü kaynakları yüksek düzeyde olan ülkelerin daha sağlıklı nüfus verilerine sahip olduğu görülmektedir (Anand ve Baernighausen, 2004; Flegg, 1982; Speybroeck vd., 2006). Kaynak dağılımının özellikle sağlık iş gücünün 1 yaş altı çocukların ölüm oranı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Farahani vd., 2009: 1918).

DSÖ (1993) Sağlık insan gücü planlamasını “Sağlık için insan gücü geliştirme, insan gücü planlanması, üretimi ve yönetimi” olarak ifade ederken, Yılğör (2006):

“(…) kısa, orta ve uzun dönemde karşılaşılabilecek diğer ihtiyaçları öngören, toplumun sağlık düzeyini geliştiren düşük maliyette etkili sağlık hizmetlerini sunabilen sağlık insan gücünün üretimi, kullanılması ve yönetimi ile ilgili tüm faaliyetlerin düzenli olarak organizasyonunun sağlanması için yapılan plan” olarak tanımlamaktadır.

Makro ve mikro düzeyde, insan kaynakları arz ve talep dengesini, insan kaynaklarının görev tanımlarını, bilgi ve becerilerini ve yeterliliklerinin denetlenmesini kapsayan süreç sağlık insan gücü planlamasıdır (Şantaş, Özer ve Çıraklı, 2012: 46).

Sağlık iş gücü planlaması çok faktörlü özelliğinden dolayı geliştirilmeye açıktır. Sağlık bakım ihtiyacı ile ekonomik faktörler birleştirilerek “sağlık talebi yöntemi” oluşturulmaktadır. Yöntem işgücüne yapılan yatırımlardan başlanarak sağlık hizmetlerinin ekonomide yer aldığı büyüklüğünün tahmin edilmesini içerir (O’Brien-Pallas vd., 2001: 9-10). Sağlık hizmetleri

üretimi ve dağıtılması için oluşturulan hedeflerden yola çıkılarak “hizmet hedefleri yöntemi” oluşturulmuştur. Standart konular dışında teknolojik gelişmeler gibi sağlığın sektörel gelişimiyle ilgili konular da dâhildir (Hall ve Mejia, 1978, Akt., Özer ve Çıraklı, 2012: 48).

Sağlık Bakanlığı yenilenmiş teşkilat yapısıyla iş gücü politikasının yürütülmesinde gelişim ve dönüşüm anlayışını benimsemektedir (Ak, 2018: 72). Sağlık insan gücü planlaması Sağlık Bakanlığı önderliğinde Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), (YÖK), Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), İçişleri Bakanlığı gibi birçok kamu kuruluşunu yakından ilgilendirmektedir (Çapar, 2019: 809). İnsan kaynaklarını planlamak akademisyenler, mesleki kuruluşlar, YÖK, MEB, Maliye Bakanlığı ve diğer aktörlerle çalışma yapılmasını gerektirmektedir (Avcı ve Ağaoğlu, 2014: 88).

Sağlık iş gücü politikaları yakından takip edilmeli ve sonrasında yoksun kalınmaması için gerekenler öngörülebildiği ölçüde yapılmalıdır (Brunner 2010: 3). Sağlık çalışanı kıtlığı çoğunluk Afrika ülkeleri olmak üzere 57 ülkede kritik seviyededir (WHO, 2003). Yavuz ve Kocaman (2017) çalışmasında uluslararası çapta olduğu gibi Türkiye’de de “Global Hemşire Krizi” yaşanacağını sinyallerini vermiştir (s.22). Dünya Sağlık Örgütü (2013)’nün hükümetlere önerisi, öngörülen sağlık göstergeleri ışığında sağlık iş gücünün bilgi ve beceri düzeyinde gereksiniminin belirlenmesidir. Türkiye sağlık insan gücü çok yönlü talepleri karşılayabilecek niteliktedir. Sağlık iş gücü bünyesinde hekim ve hemşire meslekleri yanında yeni uzmanlık alanlarıyla mesleklerin gelişmesi toplumun sağlık hizmetinden beklenti çeşitliliği ile şekillendiği varsayılmaktadır (Çapar, 2019: 807).

Gelişmekte olan ülkelerde, bilginin yönetilememesi ve yanlış sağlık planlaması nedeniyle kaynaklar dengesiz dağılmaktadır (Tandi vd., 2015). Gelişmişlik göstergeleri içerisinde eğitilmiş kişi sayısına önem verilirken, istihdam edilmelerine de önem verilmelidir (Dereli ve Kabataş, 2009: 36). Hemşire istihdamında özel sektör de katkı sağlamaktadır (Etiler, 2015: 4). Bu durumda aynı sağlık kurumunda aynı işi yapan sağlık çalışanı için farklı özlük hakları ve ücretlendirmenin sağlık çalışanı üzerinde motivasyon kaybı, personel devir hızı artışı ve örgütsel çatışma oluşturması muhtemeldir.

Sağlık okuryazarlığı oranının artışı, sosyo-ekonomik durumların iyileşmesi, talep ve isteklerin çeşitlenmesi, sağlık hizmetlerine, hastalık ve sağlık kavramlarına olan bakış açısının değişmesi gibi faktörler, sağlık alanında yeni otonom mesleklerin ortaya çıkışını hızlandırmıştır (Çapar, 2019: 808). Sağlık iş gücünün 2023 yılı planlama hedefleri 2007 yılı itibari ile Sağlık Bakanlığı’nın önderliğinde yürütülmektedir. Uzman görüşüne dayanan yöntemlerle arz ve ihtiyaç kestirimleri oluşturulmasını içeren bir çalışmadır (Avcı ve Ağaoğlu, 2014: 88-89). Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında “2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi” raporu yayınlanmıştır (Akdağ ve Erkoç, 2011). Bu raporda 17 farklı sağlık mesleğinin eğitim süreçleri ve kontenjanları devam ettiği 2023 yılında oluşacak iş gücü arzı ile değerlendirilmiştir (Altındağ ve Yıldız, 2020: 175). Bazı mesleklerde arzın ihtiyacı aşacağı ve bazı mesleklerde talebin karşılanamayacağı ancak bazı mesleklerde de dengenin sağlanacağı belirlenmiştir. (Ünal ve Taşiyev, 2016: 495). Bu durumda birkaç mesleğin de meslek olmaktan çıkması söz konusu olabilir (Çapar, 2019: 809).

Günümüzde “sağlık insan gücü geliştirme” yöntemi popülerdir. DSÖ tanımıyla sağlık insan gücü ihtiyacı, insan gücünün planlanması, eğitimi, yönetimi, istihdam edilmesi, ücretlendirilmelerinin adaletli olması ve iş gücü güçlendirme ve geliştirme olanaklarının sağlanmasıdır (Özer ve Çıraklı, 2012: 49). Sağlık iş gücü talep ve arzındaki dengesizlik sağlık hizmeti maliyetlerini artırmaktadır

(Leonard, Stordeur ve Roberfroid, 2009; Roberfroid vd., 2008). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde işsizlik temel sorunlardan biridir (Dereli ve Kabataş, 2009: 31). Günümüzde sağlık harcamalarının artışı sağlık işgücü maliyetine bağlanarak ekonomik kısıtlılığa gidilmekte ve sağlık iş gücü sınırlandırılmaya çalışılmaktadır (Türkmen, 2015: 76). Hâlbuki sağlık işgücü başına hasta sayısının düşük olması, profesyonel hemşire sayısının yüksekliğinin, taburculuk sonrası hastaneye tekrar yatışı azalttığı ve hastane de yatış süresini düşürmesi nedeniyle aslında tıbbi bakım giderlerini önemli ölçüde azalttığını göstermektedir (Lucero, Lake, Aiken, 2009: 2308). Sağlık kuruluşlarının varlığını devam ettirebilmesi kamu ve özel sektör fark etmez, kaynaklarını uygun ölçüde kullanabilmesini gerektirir (Sünter, 2019: 145). Sağlık iş gücünün tıbbi bakım ve tedavi üzerinde etkileri bağlamında çok sayıda çalışma bulunurken, sağlık iş gücü istihdamı konusundaki çalışmalara oldukça az yer verilmektedir (Türkmen, 2015: 75). Nüfus artış hızı, eksik ve yanlış yatırım planlaması, eğitimdeki sorunlar, siyasi ve ekonomik dengesizlik işsizliği beslenmektedir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık alanında ortaya çıkan yeni meslekleri ve bunların kamuda istihdam edilmesinin incelenmesidir.

2. YÖNTEM

Bu çalışma, Türkiye’de sağlık İş gücü yetiştirme sistemi ve sağlık iş gücünün kamuda istihdam edilmesi kapsamında nicel olarak değerlendirme yapılmasını amaçlayan betimsel nitelik taşımaktadır. Betimleyici araştırmalarda, üzerinde durulan konu ya da grup, araştırmacının kendisinden katkı yapmadığı, doğal olarak gözlemlenmekte ve tanımlanmaktadır (Lin, 1976, Akt., Aslan, 2018: 67). Bu araştırmada sağlık personelinin istihdam durumlarının ilgili veriler ışığında incelenmesi temel oluşturmaktadır. Araştırma verileri Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) ve Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) resmi internet sitelerinden elde edilmiştir. Torba yasayla, sağlıkla ilgili meslek unvanlarının sayıldığı 1219 sayılı Kanunun ek 13. Maddesine göre 18 Ocak 2014 itibariyle sağlık meslek liselerinden sağlık bakım teknisyeni, ebe yardımcısı, hemşire yardımcısı unvanıyla öğrenci yerleştirme işlemi yapılmıştır ve ilk mezunlar 2018 yılında verilmiştir (memurlar.net). Ebe yardımcısı, hemşire yardımcısı ve sağlık bakım teknisyeni olarak sağlık bakanlığı ataması yapılmamaktadır. Bu nedenle çalışmaya ortaöğretim mezunları ve ortaöğretim mezunlarının kamuda istihdam sayıları dâhil edilmemektedir.

Kamuda sağlık iş gücü istihdamı “657 Sayılı Yasa’nın 4/A Maddesine Göre Memur”, 657 Sayılı Yasa’nın 4/B Maddesine Göre Sözleşmeli”, “4924 Sayılı Yasa’ya Göre Sözleşmeli” olarak yapılmaktadır. Çalışmaya bu kapsamda “Hizmet Satın Alma Yoluyla Gerçekleştirilen İşlerde Sözleşmeli” ve “Vekil Ebe ve Hemşire” dâhil edilmemektedir. Çalışmada Sağlık Bakanlığı tarafından ataması yapılan ve atama yapılması için çeşitli sağlık bölümlerinden mezun olan sağlık personeli ön lisans ve lisans olarak ayrı ayrı ele alınmaktadır. Sağlık meslekleri KPSS aracılığı ile atanma durumlarına göre sınıflandırılmaktadır. Ön lisans düzeyinde (ağız ve diş sağlığı, ameliyat teknikeri, anestezi teknikeri, çevre sağlığı, çocuk gelişimi, diş protez, diyaliz, ebelik, aczane, elektro-nörofizyoloji, fizyoterapi, hemşire, ilk ve acil yardım, iş ve uğraş terapisti, laboratuvar ve veteriner sağlık, laboratuvar teknolojisi, odyometri, patoloji laboratuvarı teknikeri, ortopedik protez ve ortez, perfüzyonist, radyoterapist, sağlık kurumları işletmeciliği, sosyal hizmet, tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik, tıbbi görüntüleme teknikeri, tıbbi laboratuvar teknikeri, yaşlı ve engelli bakım teknikeri) olarak 27 kategori oluşturulmaktadır. Lisans düzeyinde (beslenme ve diyetetik uzmanı, biyolog, çocuk gelişimi uzmanı, dil ve konuşma terapisti, ebe, ergoterapi uzmanı, fizyoterapist, hemşire, odyolog, perfüzyonist, psikolog, sosyal

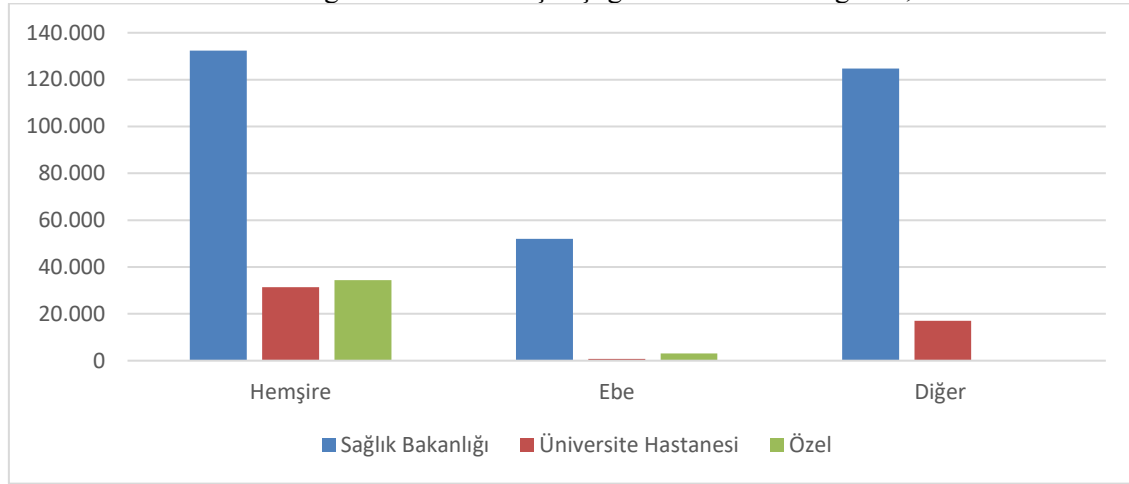
hizmet uzmanı) toplam 12 bölümden oluşturulmaktadır. Bölümlere ilişkin veriler YÖK ve ÖSYM internet sitelerinden elde edilerek frekans tabloları bulunmaktadır.

2.1. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmaya 2020 yılı mezun verileri 2021 Mayıs Ayı itibariyle YÖK internet sitesinde yer alacağından çalışmaya dâhil edilememiştir. Bu durum çalışmanın tek sınırlılığdır.

3. BULGULAR

Grafik 1. Sağlık Personelinin Çalıştığı Sektöre Göre Dağılımı, 2019



Kaynak: SHGM, 2020.

Hekim dışı sağlık mensupları sağlık hizmetleri genel müdürlüğü tarafından hemşire, ebe ve diğer olarak sınıflandırılmaktadır. Hemşire ve ebe dışında kalan sağlık meslekleri örneğin, eczane hizmetleri, ilk ve acil yardım, beslenme diyetetik uzmanları, fizyoterapist gibi bölümler “diğer” olarak sınıflandırılmaktadır. Hemşire, ebe ve diğer sağlık mensuplarının üniversite hastanesi veya özel sektöre göre çoğunlukla kamuda istihdam edildikleri görülmektedir (Garfik.1.).

Sağlık mensuplarının kamu istihdamı oranlarına bakıldığında ön lisans olarak mezun olanların 2018 yılında %3,34 ve 2019 yılında %2,96’dır. Lisans mezunu olanların 2018 yılında %16,90’ı ve 2019 yılında %10,43’ü kamu tarafından istihdam edilmiştir. Son iki yılda mezun sayısı artarken atanma düzeyi hem ön lisans hem de lisans mezunları arasında azalmaktadır (Tablo. 1.). Lisans mezunu olarak atanma ihtimali ön lisans olarak atanma ihtimalinden yaklaşık 5 kat daha fazladır.

Tablo 1. Sağlık Meslekleri 2018-2019 Yılları Mezun ve Kamu İstihdam Oranları

Eğitim Durumu	2018			2019		
	Mezun	Atanan	%	Mezun	Atanan	%
Ön Lisans	191004	6396	3,34	194922	5764	2,96
Lisans	101072	17078	16,90	109906	11468	10,43

Lisans düzeyinde sağlık mensuplarının 2018-2019 yıllarında bölümlerine göre kamu istihdam oranları incelendiğinde, 2018 yılında perfüzyon mezunlarının %97,62’si ve 2019 yılında %69,77’si kamuda istihdam edilmektedir. Ebe ve hemşirelerin kamuda istihdam durumları diğer

sağlık mensuplarına göre yüksek olarak görülmektedir. 2018 yılında sosyal çalışmacıların sadece %1,58'i kamuda iş olanağı bulurken, 2019 yılında pedogog (çocuk gelişimi uzmanı) %1,24 oranında istihdam edilmektedir (Tablo 2.).

Tablo 2. Sağlık Mesleği Lisans Mezunları 2018-2019 Yılları Kamu İstihdam Oranları

BÖLÜMLER	2018			2019		
	Mezun	Atanan	%	Mezun	Atanan	%
BESLENME VE DİYETETİK	5100	263	5,16	6436	226	3,51
BİYOLOJİ	2950	119	4,03	2762	38	1,38
ÇOCUK GELİŞİMİ	2852	80	2,81	3802	47	1,24
DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ	290	22	7,59	380	28	7,37
EBELİK	5384	2897	53,81	5596	1551	27,72
ERGOTERAPİ	252	25	9,92	440	31	7,05
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON	6786	251	3,70	7874	500	6,35
HEMŞİRELİK	31508	12816	40,68	30886	8236	26,67
ODYOLOJİ	1078	51	4,73	1516	93	6,13
PERFÜZYON	42	41	97,62	86	60	69,77
PSİKOLOJİ	8866	265	2,99	11494	320	2,78
SOSYAL HİZMET	13678	216	1,58	11890	313	2,63
TOPLAM	78786	17046	19,55	83162	11443	13,55

Ön lisans düzeyinde sağlık mensuplarının 2018-2019 yıllarında bölümlerine göre kamu istihdam oranları incelendiğinde, 2018 yılında %102,22, 2019 yılında %113,46 ile önceki yıllarda mezun olanlar da dâhil edilerek en yüksek atanma oranına sahip bölüm olmaktadır. Ortopedik protez ve ortez % 22,27, iş ve uğraşı Terapisti %22,22, anestezi teknikeri %19,05 olarak en yüksek atanma oranlarına sahiptir. Ön lisans mezunu çocuk gelişimci, ebe, perfüzyon teknikeri ve hemşirelik mezunlarının kamu istihdamı yapılmamıştır (Tablo 3.). Laboratuvar teknolojisi, sağlık kurumları işletmeciliği ve sosyal hizmet bölümleri lise mezunu olarak kamuda istihdam edilen sağlık çalışanlarına özlük haklarının genişlemesi için mezun olunacak bölümler olarak görülebilir. Bu bağlamda sağlık kurumları işletmeciliği ve sosyal hizmet bölümlerinin çalışanı geliştirme ve güçlendirme niyetiyle öğrenci aldığı da söylenebilmektedir.

Tablo 3. Sağlık Mesleği Ön Lisans Mezunu 2018-2019 Yılları Kamu İstihdam Oranları

BÖLÜMLER	2018			2019		
	Mezun	Atanan	%	Mezun	Atanan	%
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI	4126	189	4,58	4538	200	4,41
AMELİYATHANE HİZMETLERİ	4158	115	2,77	4114	142	3,45
ANESTEZİ	8158	1554	19,05	9200	600	6,52
ÇEVRE SAĞLIĞI	180	184	102,22	156	177	113,46
ÇOCUK GELİŞİMİ	40386		-	47574		-
DİŞ PROTEZ TEKNOLOJİSİ	2126	102	4,80	1806	151	8,36
DİYALİZ	4204	195	4,64	3788	174	4,59
EBELİK	20		-	18		-
ECZANE HİZMETLERİ	1060	161	15,19	1482	173	11,67
ELEKTRO NÖROFİZYOLOJİ	2228	47	2,11	1570	39	2,48

Tablo 3.1. Sağlık Mesleği Ön lisans Mezunu 2018-2019 Yılları Kamu İstihdam Oranları Devamı

FİZYOTERAPİ	6358	189	2,97	6772	102	1,51
HEMŞİRELİK	22		-	50		-
İLK VE ACIL YARDIM	17598	1867	10,61	20604	1424	6,91
İŞ VE UĞRAŞI TERAPİSİ	180	40	22,22	248	18	7,26
LABORANT VE VETERİNER SAĞLIK	9398	1037	11,03	7926	641	8,09
LABORATUVAR TEKNOLOJİSİ	1216		-	1068		-
ODYOMETRİ	3568	116	3,25	2928	119	4,06
PATOLOJİ LAB. TEKNİKLERİ	2134	66	3,09	1936	71	3,67
ORTOPEDİK PROTEZ VE ORTEZ	916	204	22,27	838	121	14,44
PERFÜZYON TEKNİKLERİ	596		-	464		-
RADYOTERAPİ	1880	51	2,71	1356	41	3,02
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ	13106		-			-
SOSYAL HİZMET	22852		-	26366		-
TIBBİ DOK. VE SEKRETERLİK	17690	1797	10,16	21684	733	3,38
TIBBİ GÖRÜNTÜLEME TEKNİKLERİ	8780	1307	14,89	8480	646	7,62
TIBBİ LAB. TEKNİKLERİ	9302	1037	11,15	10876	641	5,89
YAŞLI VE ENGELLİ BAKIMI	8740	117	1,34	904	162	17,92
TOPLAM	190982	10375	10,04	186746	6375	8,84

4. TARTIŞMA

Atunes ve Moreira (2013) sağlık iş gücü planlamasının gereğini her durumda sağlık giderlerini azaltmaya ve sağlık hizmetlerinin etkinlik ve verimliliğini artırmaya çaba gösteren çalışmalarla nitelikli iş gücünde yaşanan zorluklara ve bu konudaki planlamaların önemine vurgu yapıldığını belirtmektedir. Türkiye’de ön lisans ve üzerinde sağlık meslekleri ve bu mesleklerin sayısal olarak planlanması DPT ve YÖK aracılığı ile yapılırken, eğitim müfredatı YÖK tarafından düzenlenmektedir. Sağlık iş gücü ve iş gücünün eğitim esaslarını planlama görevi DPT ve Sağlık Bakanlığındadır (Yılgör, 2006: 27). Türkiye’de sağlık hizmetleri çoğunlukla kamu çalışanlarıca sunulmaktadır. Sağlık bölümlerinden yeni mezun olanlar kamuda istihdam edilmeyi istemekte ve KPSS sınavından yeterli puan alabilmeye uğraş vermektedir (Köse, 2020: 301). Dengeli bir biçimde uzmanlaşma, sağlık alanlarına dağılımın orantılı yapılması, uluslararası sağlık insan gücü hareketliliğinin kontrolünün sağlanması, yeni mesleklerin tanımlanması ile çözülmesi gereken sorunlar haline gelmektedir (Sur, 2017, Akt., Çapar, 2019: 811).

2018 yılı istatistik verilerine göre Türkiye’de özel hastanelerin sayısı 577’dir. Özel sağlık sektöründe hastaneler yeni mezun hemşireler tarafından tercih edilmektedir. Hemşirelerin genellikle sınava hazırlık dönemlerinde maaş ve iş tecrübesi elde etmek için geçici olarak özel sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri bildirilmiştir (Köse, 2020: 303). Mesleklerinin ilk yıllarında işten ayrılan yeni mezun hemşire oranı %35-60 arasındadır (Halfer ve Graf, 2006). Piyasa unsurlarıyla şekillenen özel sektörün kurumsallaşma katsayısındaki yükselişle ilgili olduğu düşünülerek hekim dışı sağlık iş gücündeki artış da incelenmeye değer bulunmaktadır (Etiler, 2015: 7). Haydari vd., (2016), çalışmasında hemşirelerin %57,6’sının işten ayrılma niyeti taşıdığı görülmektedir. Ön lisans öğrencilerinin %52’si iş bulma kaygısındadır. Buna rağmen %46,1’i altı aydan kısa sürede iş bulabileceği düşüncesindedir. Ayrıca %95,1’i KPSS ile iş bulmayı ummaktadır (Dereli ve Kabataş, 2009: 33).

Çalışmada 2018 yılında ilk ve acil yardım teknikerliği ön lisans programından mezun olan 17598, 2019 yılında mezun olan 20604 öğrenci bulunmakta ve bunların %10,61’i 2018 yılında 6,97’si 2019 yılında atanmaktadır. Tekbalkan ve Sevim (2016) çalışmasında ön lisans programlarının 2015 yılı kontenjanları incelendiğinde en çok kontenjanın (1479) ilk ve acil yardım programında olduğu ve toplam ön lisans kontenjanlarının %23’ünü oluşturduğu ve perfüzyon teknikerliği tüm kontenjanlar içinde %1 olduğuna vurgu yapılmaktadır (536). Çalışmamızda 2018 ve 2019 yılı en fazla atanma oranına sahip bölüm Perfüzyon teknikeri olmuştur. Amaç (2020: 37) Türkiye’de perfüzyon teknikerliğine ihtiyacının her yıl katlanacağına ve değerlendirilmesi gereken bir iş alanı oluşturduğuna vurgu yapmaktadır. Çalışmada fizyoterapi, ağız ve diş sağlığı, ameliyathane hizmetleri ve mezunlarının ataması %5’in altındadır. Özgül (2018: 139) çalışmasında ağız ve diş sağlığı, ilk ve acil yardım, ameliyathane hizmetleri, ve fizyoterapi bölümlerinin kontenjanlarının artırılmaması gerektiğini önermektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİ

Sağlık mesleklerinin lisans mezunu olarak atanma oranı ön lisans mezunu olarak atanma oranından fazladır. Bu durumda ilk ve acil yardım, çocuk gelişimi ve fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi ön lisans ataması oldukça düşük olan mesleklere yönelik kontenjanların azaltılması önerilmektedir. Ayrıca tüm sağlık mesleklerine akademik açıdan gelişme ve mesleği geliştirme imkânı verilmelidir. Sağlık iş gücü planlaması yapılırken sağlık mesleği topluluklarının sosyal medyada aracılığı ile yaptıkları istek ve öneriler dikkate alınmalıdır. Sağlık insan gücü planlaması sadece nüfusa dayandırılmamalı ve ihtiyaçlar öngörülerek sağlık insan gücü yetiştiren eğitim kurumlarının kontenjanları belirlenmelidir. Sağlık iş gücü planlaması kamu kurumları, sigorta şirketleri, özel sektör duayenleri ve uzmanlaşmış akademisyenler ile yapılmalıdır. Ayrıca çeşitli sağlık göstergeleri (anne bebek ölümleri, kaba ölüm hızı, hastalık yükleri) dikkate alınarak hedefler belirlenmelidir. Ülkemizde sağlık iş gücü planı oluştururken bütün unsurların ele

alınmasında yetersiz kalınmaktadır. Sadece doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru, diş hekimi ve eczacı meslekleri dikkate alınarak planlama yapılmaktadır. Sağlık mesleklerinin tümünün planlamaya dâhil edilmemesi sağlık iş gücü planlamasında açık oluşturabilmektedir. Sağlık iş gücü planlaması yapılırken Sağlık Bakanlığı, DPT, YÖK, TTB, TÜİK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Kurumu, İçişleri Bakanlığı ile eşgüdüm sağlanmalıdır. Türkiye çeşitli sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak nitelikte iş gücü kapasitesi olan bir ülkedir. Sağlık alanında iş gücü kaynakları üretimi ile ülkeye sağlayacağı katma değeri yüksek olan medikal turizm alanında dünya insanı tarafından tercih edilebilir destinasyon arasına girebilir. Ayrıca nüfusunun genç olması avantajını yaşlı nüfusa sahip gelişmiş ülkelerde sağlık çalışanı istihdamını oluşturarak kullanabilir.

KAYNAKÇA

- Ak, M. (2018). Yeniden Yapılandırılan Sağlık Bakanlığı'nda Değişen İnsan Kaynakları Uygulamaları. *Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 2(1), 62-78.
- Akdağ, R. Erkoç, Y. (2011). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010). TC Sağlık Bakanlığı Yayın, (839).
- Akdur, R. (1998). Türkiye'de sağlık politika ve hizmetleri. *Yeni Türkiye*, 4(23-24), 1984-95.
- Altındağ, Ö. Yıldız, A. (2020). Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 157-84.
- Amaç, B. (2020). Perfüzyonist: Geleceğin Mesleği Olabilir. *Medical Records*, 2(2), 34-8.
- Anand, S., & Bärnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *The Lancet*, 364(9445), 1603-9.
- Atunes, V. Moreira, J.P. (2013). Skill mix in healthcare: An international update for the management debate. *International Journal of Healthcare Management*, 6(1), 12-7.
- Avcı, K. Ağaoğlu, S. (2014). Türkiye'de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 7(1), 83-94.
- Barber, P. López-Valcárcel, B.G. (2010). Forecasting the need for medical specialists in Spain: application of a system dynamics model. *Human resources for health*, 8(1), 1-9.
- Bloor, K. Maynard, A. Hall, J. Ulmann, P. Farhauer, O. Lindgren, B. (2003). Planning human resources in health care: towards an economic approach: an international comparative review. *Canadian Health Services Research Foundation Fondation canadienne de la recherche sur les Services de santé*.
- Brunner, J.O. (2010). *Flexible Shift Planning in the Service Industry: The Case of Physicians in Hospitals* (Vol. 640). Springer Science & Business Media.
- Çapar, H. (2019). Sağlık Alanında Meslekleşme ve Türkiye'nin Yaşadığı Sorunlar: Yeni Mesleklere Doğru. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3), 803-16.
- Dereli, F. Kabataş, S. (2009). Sağlık yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin iş bulma endişeleri ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26(1), 31-6.
- Ertaş, H. Kırac, F.Ç. (2017). Küreselleşmenin ülkelerin sağlık sistemleri ve politikaları üzerine etkileri. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 28-34.
- Etiler, N. (2015). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG)*, 11(42), 2-11.
- Farahani M, Subramanian S.V, Canning D. (2009). The effect of changes in health sector resources on infant mortality in the short-run and the long-run: a longitudinal econometric

- analysis. Soc Sci Med. 68(11), 1918–25. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.03.023. [PubMed: 19362762].
- Flegg, A.T. (1982). Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in underdeveloped countries. *Population studies*, 36(3), 441-58.
- Halfer, D. Graf, E. (2006). Graduate Nurse Perceptions of The Work Experience. *Nursing Economics*, 24 (3), 150-5.
- <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf>, Erişim Tarihi: 23.03.2021.
- <https://www.memurlar.net/haber/450957/lise-mezunu-hemsire-artik-olmayacak.html>, Erişim Tarihi: 23.03.2021.
- Haydari, S. M., Kocaman, G., & Tokat, M. A. (2016). Farklı kuşaklardaki hemşirelerin işten ve meslekten ayrılma niyetleri ile örgütsel ve mesleki bağlılıklarının incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3), 119-31.
- Köse, A. (2020). Sağlık Dönüşümünde Hemşire İnsan Gücü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 300-6.
- Lavieri, M.S. and Puterman, M.L. (2009). Optimizing nursing human resource planning in British Columbia. *Health care management science*, 12(2), 119-28.
- Léonard, C. Stordeur, S. Roberfroid, D. (2009). Association between physician density and health care consumption: A systematic review of the evidence. *Health Policy*, 91(2), 121-34.
- Lucero, R.J. Lake, E.T. & Aiken, L.H. (2009). Hastaneler Arasında Hemşirelik Bakımı Kalitesindeki Farklılıklar. *İleri Hemşirelik Dergisi*, 65(11), 2299-310.
- Narine, L. (2000). Impact of health system factors on changes in human resource and expenditures levels in OECD Countries. *Journal of Health and Human Services Administration*, 22(3),292-307.
- Niessen, L.W., Grijseels, E. W., & Rutten, F.F. (2000). The evidence-based approach in health policy and health care delivery. *Social science & medicine*, 51(6), 859-69.
- O'Brien-Pallas, L., Birch, S., Baumann, A., Murphy, G., Tomblin (2001), Integrating Workforce Planning, Human Resources and Service Planning. *Human Resources for Health Development Journal (HRDJ) Vol. 5 No. (1–3), 35-58.* http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_5_02.pdf, Erişim Tarihi: 27.02.2021.
- Özgül, B. (2018). Türkiye'de Önlisans Düzeyinde Sağlık Eğitimi ve Geleceği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 9(21), 129-44.
- Roberfroid, D., Stordeur, S., Camberlin, C., Van de Voorde, C., Vrijens, F., & Leonard, C. (2008). Physician Workforce Supply in Belgium: Current Situation and Challenges. *Health Care Knowledge Center: Brussels, Belgium. KCE Reports 72C.*
- Speybroeck, N., Kinfu, Y., Dal Poz, M.R., & Evans, D. B. (2006). Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes. Geneva: World Health Organization.
- Sünter, M. (2019). Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetiminin Önemi. *Verimlilik Dergisi*, (3), 143-60.
- Şantaş, F., Özer, Çıraklı, Ü. (2012). Türk kalkınma planlarında sağlık insan gücü planlaması. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2), 45-59.
- Tandi T.E. Cho, Y. Akam, A.J. Afoh, C.O. Ryu, S.H. Choi, M.S. et al. (2015). Cameroon Public Health Sector: Shortage and Inequalities in Geographic Distribution of Health Personnel.

- Int J Equity Health, 14(1), 1-12. doi: 10.1186/s12939-015-0172-0. [PubMed: 25962781]. [PubMed Central: PMC4440287].
- Tekbalkan, M., Sevim, B. (2016). Meslek Yüksekokulu Mezunlarının Program Bazında Kamuda İstihdamı: 2015 Yılı Örneği. *Organizing Committee Members*, 739, 523-37.
- Türkmen, E. (2015). Hemşire İstihdamının Hasta ve Hemşire Sonuçları ile Organizasyonel Çıktılara Etkisi: Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan Gücünü Planlama. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(3), 69-80.
- Ünal, A. Tagiyev, R. (2016). Sağlık Sisteminde Desantralizasyon: Türkiye ve Azerbaycan Sağlık Sistemleri Üzerine Bir İnceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, CİEP Özel Sayısı*.
- WHO, 1993. https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/gdwq2v1/en/
- WHO, (2003). The world health report 2003: shaping the future. World Health Organization. <https://books.google.com.tr/>, Erişim Tarihi: 03.03.2021.
- WHO, (2013). The World health report 2013: Research for universal health coverage. Geneva, World Health Organization. 2013. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf, Erişim Tarihi: 03.03.2021.
- Yavuz, Ö.S. Kocaman, E. (2017). Hemşirelik Piyasaları ve Analizi. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 1(2), 10-23.
- Yılgör, E. (2006). Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması Nasıl Yapılmalı?. XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı, 24.



E-ISSN: 2667-5838	https://dergipark.org.tr/pub/johmal	Paper Type: Research Paper, Makale Türü: Araştırma
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 26/03/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi: 29/03/2021

**DİŞ HEKİMİ VE AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI MERKEZLERİ TERCİHİNDE
AĞIZDAN AĞIZA PAZARLAMANNIN İNCELENMESİ¹**



**EXAMINATION OF WORD OF MOUTH MARKETING IN THE PREFERENCE OF
DENTIST AND ORAL DENTAL HEALTH SERVICES**

Atıf/ to Cite (APA): Derse, B. ve Yarar, Onur (2021). Diş Hekimi ve Ağız Diş Sağlığı Merkezleri Tercihinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın İncelenmesi, Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, (1), 70-83.

**Bülent DERSE²
Onur YARAR³**

DOI: <https://doi.org/10.35345/johmal.903673>

ÖZ

Sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahip olan ağız ve diş sağlığı hizmeti satın alma kararlarında ağızdan ağıza pazarlamanın etkisinin araştırıldığı bu çalışmada, sağlık hizmetleri ve ağızdan ağıza pazarlama kavramları açıklanmıştır. Ağızdan ağıza pazarlamanın Ağız ve Diş Sağlığı hizmeti seçimindeki etkisine ilişkin faktörleri belirlemek amacıyla hizmet alan kişiler üzerinde araştırma yapılmıştır. Çalışmada sağlık hizmeti alan kişilerin tavsiye alma ve tavsiye verme alışkanlıkları incelenmiştir. Tavsiyesine güvenilen kişilerin hangi özelliklere sahip olduğu tespit edilmiş, hizmetten memnun kalma veya kalmama durumunda kişilerin davranışları incelenmiş ve tüm bu incelemelerin sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkiler test edilmiştir. Çalışmada araştırma modeli olarak tanımlayıcı araştırma modeli kullanılmıştır. İstanbul'da bulunan İstanbul Okan Üniversitesi Diş Hastanesinde ağız ve diş sağlığı hizmeti almış kişilere, tesadüfi yöntemle ulaşılması sağlanmıştır. Toplam 334 değerlendirilebilir anket formu ile çalışma yapılmıştır. Araştırmanın sonuçları değerlendirildiğinde, ağızdan ağıza pazarlamanın sağlık kurumları için önemli bir yöntem olduğu görülmüştür. Çalışmada da görüldüğü gibi tüketiciler aldıkları hizmet sonrasında sessiz kalmamış, hizmet aldıkları kuruma veya çevresine düşüncelerini bildirmişlerdir. Ağızdan ağıza pazarlama yönteminin, tüketicilerin hizmeti tercih etme sürecinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda pazarlama faaliyetleri arasında yer alan ağızdan ağıza pazarlamanın oldukça etkili olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında sağlıkta pazarlama yöntemlerinden biri olan ağızdan ağıza pazarlama yönteminin sağlık sektöründe ön plana çıktığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağızdan Ağıza Pazarlama, Sağlıkta Ağızdan Ağıza Pazarlama, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Sağlık Hizmeti Tercihi, Sağlık Yönetimi

ABSTRACT

The effect of word of mouth marketing (WOMM) in oral and dental health purchasing decisions which have an important position in health services was investigated and the concepts of marketing, health services and word of mouth marketing were explained. In order to determine the factors related to the effect of WOMM in the choice of Oral and Dental Health service, research was conducted on the people who got the health care service. In this research, the habits of receiving and giving advice who got health care services were examined. The characteristics of the people who rely on their recommendations were determined, their behaviors in case of satisfaction or dissatisfaction were examined and the relationships between socio-demographic characteristics of these examinations were tested. Descriptive research model was used as a research model in the study. People who received oral and dental health services at the Istanbul Okan University Dental Hospital in Istanbul were provided with a random method. The study

¹ Bu çalışma İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında "Diş Hekimi ve Ağız Diş Sağlığı Merkezleri Tercihinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın İncelenmesi" isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir. 13.02.2019 Sayı:103 Okan Üniversitesi Etik Kurulu

² Öğr. Gör., İstanbul Okan Üniversitesi, bulent.derse@okan.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-9633-5344

³ Dr. Öğr. Üyesi., İstanbul Okan Üniversitesi, onur.yarar@okan.edu.tr, ORCID ID: 0000-0001-9543-6891

was carried out with a total of 334 evaluable questionnaire forms. When the results of study were evaluated, it was seen that WOMM was an important method for health institutions. As it is seen in our study, consumers did not remain silent after the service they received, they reported their thoughts to the institution or their surroundings. It has been determined that WOMM method is effective in the process of choosing service of consumers. As a result, it was concluded that word of mouth marketing, which is one of the marketing activities, is very effective in this study. When it comes to health, the criterion of trust becomes even more important. When the literature is examined, it is seen that the word of mouth marketing method, which is one of the health marketing methods, has come to the fore in the health sector.

Keywords: Word of Mouth Marketing, Word of Mouth Marketing in Health, Health Service Marketing, Health Service Preferences, Health Management

1. GİRİŞ

Çalışmanın amacı, diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezi tercihinde ağızdan ağıza pazarlamanın etkisini belirlemektir. Araştırmanın konusu, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde ağızdan ağıza pazarlamanın tüketicilerin satın alma tercihini nasıl etkilediğini belirlemektir. Tüketicilerin çevresinden aldığı bilgiler, satın alma tercihini olumlu veya olumsuz etkilemektedir. Sağlık hizmetleri sınıflamasında özellikle acil hizmetlerin dışında kalan hizmetlerde çevrenin tavsiyeleri oldukça önemlidir.

Sağlık hizmeti ihtiyacı olan tüketiciler, bir hizmeti satın almadan önce birçok bilgi kaynağından yararlanmaktadır. Sağlık hizmeti, tüketiciler için oldukça hassas bir konu olduğundan alınan hizmette güven kavramına dikkat edilmektedir. Yasal boyutu kısıtlı olan sağlık hizmetlerinde reklam veya tanıtım faaliyetlerinin az olması ve sağlıkta pazarlamanın etik olmamasından dolayı, tüketiciler ağızdan ağıza pazarlamayı tercih etmektedir. Ağızdan ağıza pazarlamada ticari bir kazanç olmaması, tüketicilerin satın alma davranışlarında olumlu veya olumsuz tavsiyede güven olgusunun artmasını sağlamaktadır. Ağızdan ağıza pazarlama (AAP) faaliyetleri her zaman olumlu olmamaktadır. Aldığı hizmetten memnun kalan tüketicinin çevresindeki kişilere hizmet hakkında olumlu ağızdan ağıza yayılmayı sağlaması gibi aynı zamanda kötü bir hizmetin alınması sonucunda olumsuz yayılmada oldukça etkili olmaktadır.

Tüketici söz konusu olan sağlık hizmetini almadan önce gerekli bilgileri çeşitli kanallar aracılığı ile sağlamaktadır. Bunların içinde AAP oldukça etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Çalışmada satın alma davranışlarındaki etkinin belirlenmesi için bir ankette yararlanılmıştır. Ankette edinilen bulgulara göre demografik değişkenlerle (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durum, iş durumu), tüketicilerin hizmet almadan önce tavsiye alma durumu, hizmet aldıktan sonra tavsiye verme durumu, çevreden etkilenme durumu arasında gruplar bazında farklılık olup olmadığı araştırılmıştır.

Araştırmanın birinci kısmının ilk 6 sorusunda kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi gibi sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Anket sorularında demografik özelliklerinden sonra, Tavsiye alma ve tavsiye verme ile ilgili özellikleri belirlemek için 6 soru vardır. Anket formunun ikinci kısmı ağızdan ağıza pazarlamada, yakın çevre görüşlerini belirlemek amaçlı 7 sorudan oluşmaktadır.

Ülkemizde sağlıkta AAP çalışmaları sınırlıdır. Sağlıkta reklamın etik kabul edilmemesi, maliyetinin düşük olması göz önünde bulundurulursa AAP' nin iyi bir tercih olacağı kaçınılmaz

olacaktır. Çalışmamızın hem literatüre hem de sahadaki yöneticilere ışık tutacağı düşünülmektedir.

1. KAVRAMLAR

1.1 Sağlık Hizmetlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlama

Sağlık hizmeti, toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre değişen hedefleri gerçekleştirmek ve belirli sağlık kuruluşlarında çeşitli sağlık personelinin katılımıyla hem bireylerin hem de toplumun sağlığını korumak için ülke genelinde organize edilen kalıcı sistem olarak tanımlanabilir (Öztürk, 2005: 5).

Pazarlamanın çeşitli görüşleri ve tanımları vardır. En yaygın olarak kabul edilen tanım pazarlama eğitimcileri için profesyonel bir organizasyon olan Amerikan Pazarlama Derneğine göre pazarlamanın tanımı şöyledir; fikirlerin, ürünlerin, hizmetlerin tasarımı, fiyatlandırılması, tanıtımı, dağıtımı, planlaması ve yürütme süreci olarak tanımlamaktadır. Pazarlama bireyi ve organizasyonları tatmin eden değişimler oluşturmaktır (Bulunmaz, 2016:353); (<https://www.ama.org/AboutAMA/Pages/Definition-of-Marketing.aspx>, Erişim: 02 Mart 2016).

Ağızdan ağıza pazarlama; insanları, mal veya hizmetler hakkında birbirleriyle iletişim kurmaya teşvik eden, destekleyen ve onlara duygu ve düşüncelerini paylaşmaları için bir neden yaratıp iletişime geçmelerini kolaylaştıran, farklı bir pazarlama yöntemlerini kapsayan bir kavramdır (Carl, 2006: 601-634).

Tüketiciler, var olan geleneksel pazarlama yöntemlerini ve bu yöntemlere ulaşacakları yolları bilmektedir. Aynı zamanda bu ulaştıkları yolları nasıl reddetmeleri gerektiğini de biliyorlar. Kurumlar yaygın olan pazarlama yöntemleri aracılığıyla hedeflediği kitlelere nasıl ulaşacaklarını ve tüketicilerin dikkatlerini istedikleri yöne doğru çekmekte zorlanmaktadır. Bu durum karşısında kurumlar, alternatif pazarlama yöntemlerini kullanma ihtiyacı duymaktadır.

Ağızdan ağıza pazarlama yöntemlerinin hepsinde tüketicilerin memnuniyeti iki yönlü iletişim ve şeffaf iletişim şeklinde yapılmaktadır. Ağızdan ağıza pazarlama yöntemlerinde tüketicilerin mal veya hizmetlerle ilgili bilgilendirilmesi, düşüncelerini paylaşabilecek beceriye sahip kitlenin belirlenmesi, düşüncelerinin paylaşımı için gerekli olan araçların belirlenmesi, tüketicilerin fikirlerini hangi yolla, nerede paylaştığı ve ne zamanda paylaşıldığının öğrenilmesi, mal veya hizmeti destekleyenlerin ve karşı olanların veya hiçbir fikri olmayanların dinlenmesi ve sorularına cevap verilmesi olarak ifade edilebilir (Word-of-mouth Marketing Association, 2005:2).

Ağızdan ağıza iletişimin temel unsurları aşağıda gösterilmiştir (Kotler vd.,2008: 433).

- Tüketicilere ürün ve hizmet hakkında eğitim vermek,
- Hizmeti aldıktan sonra, ürün veya hizmet hakkında görüşlerini paylaşması en muhtemel kişileri belirlemek,
- Hizmet veya ürün hakkında fikirlerin paylaşılabilmesini kolaylaştıran iletişim araçları bulmak,
- Fikirlerin nasıl, nerede ve ne zaman paylaşılacağını incelemek,
- Tüketicileri dinlemek ve bunlara geri dönüşler yapmak.

1.2 Ağızdan Ağıza Pazarlama Çeşitleri

Tüketici satın almış olduğu ürün ve hizmet hakkında memnuniyet veya memnuniyetsizlik düzeyine göre çevresindekilerle fikirlerini paylaşarak tüketici adaylarını etkilemektedir. Ağızdan ağıza yapılan pazarlama, olumlu veya olumsuz yönde yapılabilmektedir.

Olumlu Ağızdan Ağıza Pazarlama

Önemli bir bilgi kaynağı olan ağızdan ağıza pazarlama, tüketicilerin satın alma kararlarını ve ürün veya hizmet satışlarının tekrarlanmasını etkiler. Olumlu ağızdan ağıza pazarlama, müşterilerin satın alma işlemi sonunda satın aldıkları ürün, hizmet veya işle ilgili olarak yaptıkları olumlu yorumlardır. Ancak olumlu AAP' yı yalnızca alışveriş sonucundaki düşünce ve duyguların aktarılması sonucunda sınırlamak doğru ve yeterli değildir. Ayrıca satın alma sürecindeki herhangi bir olay veya durumla ilgili de olabilir. Dolayısıyla çıktı kaynağı her zaman satış sonucuna odaklanmayabilir. Bu nedenle günümüzde işletmeler, her süreçte baştan sona müşteri memnuniyetini sağlamak için çalışmalı ve satış öncesi ve sonrası her faaliyetin satışı kadar etkili olduğunu bilerek hareket etmelidir (Grewal vd., 2003: 193).

Olumsuz Ağızdan Ağıza Pazarlama

Tüketiciler aldıkları bir ürünün arıza vermesi veya hizmet deneyiminden tatmin olmadıklarında çevrelerindeki diğer tüketici adaylarına, aldıkları ürün veya hizmet hakkında kötü yorumlar yapmaktadır. Tatminsizlikten doğan olumsuz yorumlar tüketici adaylarının ürün veya hizmet tercihinde çok etkili olmaktadır. Deneyim gerçekleştiren tüketicilerin yapmış olduğu bu olumsuz yorumlar, olumsuz ağızdan ağıza pazarlamayı oluşturmaktadır (Verhagen vd.,2013:1431).

Ağızdan ağıza iletişimde bir film değerlendirmesiyle ilgili yapılan bir araştırmada, tüketicilerin ağızdan ağıza olan iletişimden ziyade olumsuz ağızdan ağıza olan iletişimden etkilenme ihtimalinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Chakravarty vd., 2010:185-197). Ağızdan ağıza pazarlamada olumsuz pazarlamanın, olumlu ağızdan ağıza pazarlamaya göre daha hızlı yayıldığı düşünülmektedir. Olumsuz ağızdan ağıza pazarlama, tüketicilerin memnuniyetini gerçekleştiremeyen işletmelerden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bu ağızdan ağıza pazarlamanın gücünü göstermektedir (Helm, 2000: 159). Ağızdan ağıza pazarlama ile aktarılan olumsuz yorumlar bazen gerçek olmayan bilgilerle diğer tarafa iletilir. Ağızdan ağıza iletişim ile işletmeler için çok tehlikeli sonuçlarla karşı karşıya kalabilir. Çünkü bilgiler insanlar arasında iletildiğinde değişme durumunda kalabilir ve ortaya çıkan mesaj genellikle gerçek mesaja benzemez (Solomon, 2002: 371).Memnun olmayan müşteri, öfkesini paylaşırken aslında olumsuz deneyimini paylaşmış olmaktadır. Aynı zamanda diğer tüketicileri de aynı durumu yaşamamaları konusunda uyarmak istemektedir (Kalpaklıoğlu, 2015: 72).

1.3 Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Önemi ve Etkisi

Kişilerarası iletişim konusundaki çalışmalar çok eskilere dayanmakta, pazarlama literatüründe ağızdan ağıza pazarlama toplumunun başlangıcından bu yana en etkili bilgi aktarım kaynağı olduğu görülmüştür. Hiçbir pazarlama iletişimi faaliyeti tüketiciyi, çevresindeki arkadaşlara göre deneyimli bir insan kadar etkileyemez. Bu güç nedeniyle, işletmeler artık ağızdan ağıza pazarlama faaliyetlerine öncekinden daha fazla önem veriyor (Yozgat, Deniz, 2011:46-47). AAP iki yönlü bir iletişim elemanıdır. Bu nedenle tüketicinin satın alma faaliyetleri için hem bir sebep hem de sonuç olan özel bir pazarlama iletişimi faaliyeti olarak hareket eder. Bu bağlamda 16. yüzyılın başından bu yana yapılan araştırmalar, kişisel iletişim ile insanlar arasındaki bilgi

alışverişinin yalnızca tüketici tercihlerini değil aynı zamanda beklentileri ve satın alma kararlarını da etkilediğini ortaya koymaktadır (De Bruyn ve Lilien, 2008:152). Ağızdan ağıza pazarlamanın ön planda olmasının sebeplerinden biri, dijital çağın beraberinde getirdiği teknolojik altyapıdır. İnternet üzerinden iletişim kanallarının çevrimiçi pazarlama için kullanılması, bu pazarlama aracının yaygın şekilde kullanılmasına yol açmıştır.

Ağızdan ağıza iletişimin tüketici davranışlarına rehberlik etmesi ve tüketici davranışlarının satın alma davranışlarına etkisi, sözlü iletişimi anlama zorunluluğunu daha da önemli hale getirmiştir. Tüketiciler, ürün veya hizmeti satın almadan önce alternatifleri değerlendirmesi zor olduğunda daha fazla bilgi toplamak için ağızdan ağıza iletişimi kullanır (East vd.,2007:177).

Ağızdan ağıza pazarlama en karlı pazarlama olarak tanımlanmaktadır. Mümkün olan en düşük maliyetle, başka hiçbir şeye ihtiyaç duymadan daha fazla para kazanma potansiyeli vardır. Ağızdan ağıza pazarlamanın yararlarından bazıları aşağıda listelenmiştir (Sernovitz 2012: 89-90).

- Ağızdan ağıza pazarlama ile gelen tüketiciler ücretsizdir.
- Her yeni tüketici, yeni satışlar için ortalama maliyeti düşürür.
- Geleneksel reklamlardan daha iyi sonuçlar verir.
- Ağızdan ağıza olumlu pazarlama, daha fazla iş ile satış görevlilerine daha fazla yardımcı olarak daha iyi performans sağlamaktadır.
- İnsanların referansı ile potansiyel tüketiciler ücretsiz olarak işletmeye gelir.
- Müşteri hizmetleri yönüyle maliyetleri düşürür, kamusal bir sohbetin başlamasını sağlayarak iletişim araçlarına ihtiyaç duymadan bilgi aktarımını sağlar.
- Tüketicilerin referansları işletmenin itibarını artırır.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumunda sağlık ihtiyacı olan bireylerin istediği kalitede, ihtiyaç duyduğu zamanda ve mümkün olan en az maliyetle tüketicilere hizmeti sunmaktır. Pazarlama anlayışı hizmet sektöründe yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki kullanımına baktığımızda yeni anlayış olarak kabullenmek doğru olacaktır. Bu durum sağlık hizmetlerinde, pazarlama konularına dikkati yoğunlaştırmakta ve pazarlama konusunda özgün çalışmaların gittikçe artmasını sağlamaktadır (Ceyhan vd.,2018: 2471).

Tüketiciler sık sık arkadaşlarından, aile üyelerinden, arkadaşlarından vb. çevrelerinden hekim, hastane, sağlık sigortası acentesi gibi sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumlar için kişisel tavsiye talebinde bulunurlar.

İnsanların bir sağlık kurumu veya doktor hakkında tavsiyesi, alıcıların tercihleri üzerinde etkilidir ve onlara hizmet hakkında bir fikir verir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, hizmetlerinden olumlu bir imaj çıkarması ve özellikle hizmetlerini almayan potansiyel müşteriler için hizmetlerini alan kişiler tarafından olumlu tavsiyeler vermesi çok önemlidir (Yılmaz, 2011:5). Güvenilirlik sözlü pazarlamayı güçlü kılan en önemli özelliktir. Hastalar sağlık hizmeti almadan önce hizmeti deneyimlemiş kişilerin tavsiyelerine uyuyorlar. Özellikle sağlık gibi hassas bir konuda insanlar yakın çevrelerinin tavsiyelerine daha fazla güveniyorlar. Bu açıdan bakıldığında ağızdan ağıza pazarlamanın, sağlık sektöründe hizmet tercihinde ne kadar önemli olduğu fark edilmektedir.

2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Diş ve ağız sağlığı hizmeti alan tüketicilerinin hizmeti almaya karar vermeden önce kimlerden ve nerelerden tavsiye aldığını, bu tavsiyelerin satın alma yönelimini ne ölçüde etkilediğini

belirlemek ve güvenilir bir pazarlama yöntemi olan ağızdan ağıza pazarlamanın diş ve ağız sağlığı hizmetindeki yerini sorgulamak araştırmanın konusunu oluşturmaktadır. Diş ve ağız sağlığı hizmeti alan tüketicilerin hizmeti almadan önce kararını etkileyen en önemli unsurlardan biri güvendir. Sağlık hizmeti alanında yapılan tanıtımlar genellikle kar amacı gütmektedir. Buna karşılık kar beklentisi olmayan kişilerden elde edilen bilgiler sağlık hizmeti tüketicileri tarafından daha güvenilir bulunmaktadır. Ağızdan ağıza pazarlamadaki bilgi akışı iki ve ikiden fazla kişi arasında yapılan ve kar amacı olmayan pazarlama yöntemidir. Ağız ve diş sağlığı hizmeti alan tüketicilerin ağızdan ağıza pazarlama ile tüketiciyle ilgili özelliklerin tespit edilmesini sağlayacak ve sağlık hizmetini sunanlar faaliyetlerini bu yönde organize edeceklerdir. Araştırmanın sonuçları araştırmacılara literatür kaynağı oluşturacak ve sağlık hizmeti sunucuların pazarlamada yeni bir stratejinin uygulanmasında yol gösterici olacaktır.

2.1 Araştırmanın Modeli ve Hipotezler

Çalışmada araştırma modeli olarak tanımlayıcı (betimsel) araştırma modeli kullanılmıştır. Tanımlayıcı araştırmalarda genellikle kullanılan anket tekniği ile verilerin toplanması sağlanmıştır. Araştırmanın amacına ulaşmak için hipotezler aşağıda listelenmiştir;

Hipotez 1: Tüketicilerin ağızdan ağıza pazarlamayı sağlık tercihlerinde kullanmaları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 2: Tüketicilerin ağızdan ağıza pazarlamayı sağlık tercihlerinde kullanmaları ile gelir durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 3: Tüketicilerin ağızdan ağıza pazarlamayı sağlık tercihlerinde kullanmaları ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 4: Tüketicilerin ağızdan ağıza pazarlamayı sağlık tercihlerinde kullanmaları ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotez 5: Diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezlerinin seçiminde ağızdan ağıza pazarlama ile son altı ay içinde tavsiye alıp almama konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Hipotez 6: Diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezlerinin seçiminde ağızdan ağıza pazarlama ile son altı ay içinde kendi isteğiyle tavsiye alıp almama konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Hipotez 7: Diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezlerinin seçiminde ağızdan ağıza pazarlama ile son altı ay içinde kendi isteğinin dışında tavsiye alıp almama konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Hipotez 8: Diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezlerinin seçiminde ağızdan ağıza pazarlama ile son altı ay içinde tavsiye verme konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Hipotez 9: Diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezlerinin seçiminde ağızdan ağıza pazarlama ile son altı ay içinde tavsiye isteme konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

2.2 Evren ve Örneklem

Çalışma İstanbul'da bulunan İstanbul Okan Üniversitesi Diş Hastanesinde ağız ve diş sağlığı hizmeti almış kişilere, tesadüfi yöntemle ulaşılması sağlanmıştır. Ağız diş sağlığı merkezine gelen katılımcılarla yüz yüze görüşülerek anket formu doldurulmuştur. Araştırmamız 20.02.2019- 30.03.2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

İstanbul Okan Üniversitesi Diş Hastanesinden edinilen bilgilere göre bir yıllık hizmet alan kişilerin sayıları gözden geçirilmiştir. Diş Hastanesine aylık ortalama 2540 kişi gelmektedir.

Mevcut verilere dayanılarak 2540 kişi olan evren baz alınıp örneklem sayısı hesaplanmıştır. Toplam 334 değerlendirilebilir anket formu ile çalışma yapılmıştır.

2.3 Verilerin Toplanması ve Veri Analizi

İstanbul Okan Üniversitesi Diş Hastanesinde ağız ve diş sağlığı hizmeti almaya gelmiş kişilere, çalışmanın amacı hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılmaya gönüllü kişiler çalışma kapsamına alınmış ve hastalardan sözlü onam alınmıştır. Araştırmanın verilerinin elde edilmesinde anket kullanılmıştır. Çalışmada "İşletme Araştırmaları Dergisi" nde yayınlanan "Word of Mouth Marketing in Mouth and Dental Health Centers towards Consumers" adlı makalesinde kullanılan anketten yararlanılmıştır (Ekiyor ve Atilla, 2014:6-15). Anketin kullanımı için izin alınmıştır. Doç. Dr. Aykut EKİYOR ve Doç. Dr. E. Asuman ATİLLA tarafından güvenilirliği test edilmiş ve Cronbach'ın Alfa değeri 0.932 bulunmuştur.

İstatiksel çalışmalarda birden fazla testin uygulanabilmesi için değişkenlerdeki dağılım normal ya da normale yakın bir durumda olmalıdır. Normal dağılıma yakın olmaması, analiz sonuçlarının yanlış elde edilmesine ve buna bağlı olarak verilerin yanlış yorumlanmasına sebep olmaktadır. Dağılımın normal olarak kabul edilebilmesi için çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1,500 ve -1,500 değerleri arasında olduğunu Tabachnick ve Fidell, kabul etmektedirler (Tabachnick vd.,2007). Çalışmada kullanılan ölçek ifadelerinin çarpıklık ve basıklık değerleri +1,500 ve -1,500 arasında olduğu için dağılımın normal dağılım olduğu kabul edilebilir. Bu yüzden çalışmamızda normal dağılımla yapılabilecek analizler yapılmıştır.

Anket formunun birinci kısmının ilk 6 sorusunda kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi gibi sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Anket sorularında demografik özelliklerinden sonra, Tavsiye alma ve tavsiye verme ile ilgili özellikleri belirlemek için 6 soru vardır. Anket formunun ikinci kısmı ağızdan ağıza pazarlamada, yakın çevre görüşlerini belirlemek amaçlı 7 sorudan oluşmaktadır. Anket formu 5 puan likert tipi sorulara göre; 5: "Kesinlikle katılıyorum", 4: "Katılıyorum", 3: "Kararsızım", 2: "Katılmıyorum" ve 1: "Kesinlikle katılmıyorum" şeklinde hazırlanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Science (SPSS 23.00) paket programı kullanılarak % 95 güven düzeyi ve % 5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi P <0,05 olarak değerlendirildi. Araştırma sonuçlarının istatistiksel analiz yöntemlerinde sosyo-demografik özellikleri için sayı, yüzde ve ortalama değer kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken Bağımsız gruplar t testi ve ANOVA testi yapılmıştır.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılanların demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde katılımcıların 176'si (%53) kadın, 158'i (%47) erkek olduğu ortaya çıkmıştır. Kadın ve erkek katılımcı sayısı bir birine yakın olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşı bakımından incelendiğinde 12 kişinin (%3,7) 18 ve altı yaş aralığında, 109 kişinin (%33,6) 19-29 aralığında, 84 kişinin (%25,8) 30-40 yaş aralığında, 70 kişinin (%21,7) 40-49 yaş aralığında, 35 kişinin (%10,9) 50-60 yaş aralığında, 14 kişinin (%4,3) ise 60 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Yaşları bakımından incelendiğinde 19-29 yaş arasındaki katılımcılar diğer yaş gruplarına nazaran daha fazladır. 60 yaş ve üstü katılımcı sayısı diğer yaş gruplarına nazaran daha az sayıda olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan 73 kişinin (%21,8) eline geçen aylık para 2000 TL ve altında olduğu, 74 kişinin (%22,1) 2001-2499 TL arasında, 53 kişinin (%15,8) 2500-2999 TL arasında, 36 kişinin (%10,8) 3000-3499 TL arasında, 14 kişinin (%4,2) 3500-3999 TL arasında, 51 kişinin (%15,3) 4000-4499 TL arasında, 33 kişinin (%10) 5500 TL ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Çalışmada

eğitim durumu sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde hizmet alanların 46'sının (%13,9) ilköğretim, 89'unun (%26,6) lise, 108'inin (%32,4) ön lisans, 68'inin (%20,2) lisans, 23'inin (%6,9) ise lisansüstü eğitim olarak cevaplandığı görülmektedir. Çalışmaya katılanların eğitim seviyelerinde en fazla ön lisans düzeyinde katılımcı olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılanlardan en azı ise 23 kişi olan lisansüstü düzeyindeki katılımcılar olduğu görülmektedir. Eğitim durumu açısından baktığımızda katılımcıların 108'inin (%32,4) ön lisans, 68'inin (%20,2) lisans, 23'inin (%6,9) lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılanların eğitim seviyesi yüksek olan bir örneklem söz konusu olduğu söylenebilir. Çalışmaya katılanların medeni durumu bakımından incelendiğinde, bekar olduğunu ifade eden katılımcı sayısı 149 kişi (%44,6), evli olduğunu ifade eden katılımcı sayısı 185 kişi (%55,4) olduğu görülmektedir. Çalışmada ağız ve diş sağlığı hizmeti alanların meslek değişkenine göre 70'i (%21) öğrenci, 15'i (%4,5) kamu personeli, 134'i (%40,2) özel sektör personeli, 35'i (%10,5) serbest meslek sahibi, 35'i (%10,5) emekli, 11'i (%3,3) çalışmayan, 33'ü (%9,9) ev hanımı olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Tavsiye Alma ve Tavsiye Verme Davranışları Dağılımı

Son 6 Ay İçerisinde Diş Hekimi ve Ağız Diş Sağlığı Merkezi Hakkında Kendi İsteğiniz Dışında Tavsiye Alma Durumu	Frekans (n)	Yüzde
Evet	105	31,3
Hayır	229	68,7
Son 6 Ay İçerisinde Diş Hekimi ve Ağız Diş Sağlığı Merkezi Hakkında Tavsiye Aldığınız Hizmetten Memnun Kalma Durumu	Frekans (n)	Yüzde
Evet	202	75
Hayır	18	6,7
Kısmen	48	18,3
Son 6 Ay İçerisinde Diş Hekimi ve Ağız Diş Sağlığı Merkezi Hakkında Kendi İsteğinizle Tavsiye Verme Durumu	Frekans (n)	Yüzde
Evet	208	63
Hayır	126	37
Son 6 Ay İçerisinde Diş Hekimi ve Ağız Diş Sağlığı Merkezi Hakkında Sizden Tavsiye İsteme Durumu	Frekans (n)	Yüzde
Tavsiye Alan	201	60
Tavsiye Almayan	133	40

Çalışmaya katılanlardan diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezine gitmeden önce %80,2 oranında kişi tavsiye almış, %19,8 oranında ise tavsiye almadığı görülmektedir. Son 6 ay içerisinde diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezi hakkında kendi isteğiyle tavsiye alan %60,8 oranında, %39,2 oranında ise kendi isteğiyle tavsiye almadığı görülmektedir. Katılımcılara son 6 ay içerisinde diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezi hakkında kendi isteğinin dışında tavsiye alan %31,3 oranında, %68,7 oranında son altı ay içerisinde kendi isteği dışında tavsiye almadığı görülmektedir. Son 6 ay içerisinde diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezi hakkında aldığı hizmetten memnun kalan %62,7 oranında, %15,5 oranında son altı ay içerisinde tavsiye ile hizmet aldığı diş hekimi ve ağız diş sağlığı hizmetinden memnun kalmadığı, %21,7 oranında ise kısmen memnun kaldığı görülmüştür. Katılımcılara son 6 ay içerisinde diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezi hakkında kendi isteğinizle tavsiye verme durumuna bakıldığında %63 oranında

katılımcı kendi isteğiyle tavsiye verdiği, %37 oranında kişi hayır cevabı verildiği görülmüştür. Katılımcılardan son 6 ay içerisinde diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezi hakkında tavsiye isteyen %60 oranı, %40 oranında kişiden tavsiye istemeyen olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Ağızdan Ağıza Pazarlamada Yakın Çevrenin görüşlerini Almaya İlişkin Dağılımlar

Diş Hekimi ve Ağız Diş Sağlığı Merkezi Tercihinde	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum		
	F	F	F	F	F	mode	S.s
Yakınlarım; Anne, baba, eş, arkadaş, akraba tavsiye ettiği için giderim	21	21	31	109	153	5	1,17
Eleştiriler ve görüşler karar vermemde bana yardımcı olur	10	12	29	105	175	5	0,98
Tavsiyeleri dikkate alırım	9	6	23	117	179	5	0,9
Aldığım kararda sosyal medya ve internetin etkisi vardır	40	44	63	86	101	5	0,9
Bilgi aldığım kişi seçim kararında etkili olur	12	13	43	122	144	5	1,02
Önceden insanlarla konuşurum.	11	22	35	118	148	5	1,05
Görüşünü aldığım kişi daha önce ilgili diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezine gitmiştir.	15	8	35	119	157	5	1,02

Çalışmanın alt boyutlarında; diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezi tercihinizde ağızdan ağıza pazarlama yöntemlerinde yakın çevrenin görüşlerini alma araştırıldığında, hizmet alan kişiler “Yakınlarım (anne, baba, eş, arkadaş, akraba) tavsiye ettiği için giderim” likert tipi sorusuna; kesinlikle katılıyorum diyen 153 (%45,9) kişi olduğu görülmektedir. “Eleştiriler ve görüşler karar vermemde bana yardımcı olur” likert tipi sorusuna; kesinlikle katılıyorum diyen 175 (%52,8) kişi olduğu görülmektedir. “Tavsiyeleri dikkate alırım” likert tipi sorusuna; kesinlikle katılıyorum diyen 179 (%53,6) kişi olduğu görülmektedir. “Aldığım kararda sosyal medya ve internetin etkisi vardır” likert tipi sorusuna; kesinlikle katılıyorum diyen 101 (%30,2) kişi olduğu görülmektedir. “Bilgi aldığım kişi seçim kararında etkili olur” likert tipi sorusuna; kesinlikle katılıyorum diyen 144 (%43,2) kişi olduğu görülmektedir. “Hizmet almadan önce insanlarla konuşurum” likert tipi sorusuna; kesinlikle katılıyorum diyen 148 (%44,1) kişi olduğu görülmektedir. “Görüşünü aldığım kişi daha önce ilgili diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezine gitmiştir” likert tipi sorusuna; kesinlikle katılıyorum diyen 157 (%47) kişi olduğu görülmektedir.

Tablo3.Hipotez Sonuçları

Cinsiyet ile Ağızdan Ağıza Pazarlama Arasındaki İlişki (Hipotez 1)	P Değeri	Durumu
Kadın ve erkek ortalamaları arasında yakın çevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı bir fark yoktur.	0,71	H1 Kabul
Gelir ile Ağızdan Ağıza Pazarlama Arasındaki İlişki (Hipotez 2)	P	Durumu
Gelir ortalamaları ile yakın çevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı bir fark vardır.	0,039	H0 Kabul
Eğitim Durumu ile Ağızdan Ağıza Pazarlama Alt Başlıkları Arasındaki İlişki (Hipotez3)	P	Durumu
Eğitim ortalamaları arasında yakın çevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı bir fark yoktur.	0,724	H1 Kabul
Yaş ile Ağızdan Ağıza Pazarlama Alt Başlıkları Arasındaki İlişki (Hipotez 4)	P	Durumu
Yaş ortalamaları ile yakın çevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı bir fark yoktur.	0,127	Kabul
Son 6 Ayda Tavsiye Almış Olma Durumu ile Ağızdan Ağıza Pazarlama Alt Başlıkları Arasındaki Ortalama İlişki (Hipotez 5)	P	Durumu
Tavsiye alan ile almayan ortalamaları arasında yakın çevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı bir fark vardır.	0,02	H0 Kabul
Son 6 Ayda Kendi İsteğiyle Tavsiye Alma ile Ağızdan Ağıza Pazarlama Alt Başlıkları Arasındaki İlişki (Hipotez 6)	P	Durumu
Tavsiye isteyen ile istemeyen ortalamaları arasında yakın çevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı bir fark vardır.	0	H0 Kabul
Son 6 Ayda Kendi İsteğinin Dışında Tavsiye Alma Durumu ile Ağızdan Ağıza Pazarlama Alt Başlıkları Arasındaki İlişki (Hipotez 7)	P	Durumu
İstemeden tavsiye alan ile almayan ortalamaları arasında yakın çevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı bir fark yoktur.	0,16	H1 Kabul
Son 6 Ayda Tavsiye Verme Durumu ile Ağızdan Ağıza Pazarlama Alt Başlıkları Arasındaki İlişki (Hipotez 8)	P	Durumu
Tavsiye veren ile vermeyen ortalamaları arasında yakın çevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı bir fark vardır.	0,01	H0 Kabul
Son 6 Ayda Tavsiye İsteme Durumu ile Ağızdan Ağıza Pazarlama Alt Başlıkları Arasındaki İlişki (Hipotez 9)	P	Durumu
Tavsiye istenen ile istenmeyen ortalamaları arasında yakın çevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı bir fark vardır.	0,01	H0 Kabul

SONUÇ VE TARTIŞMA

Çalışmada ağızdan ağıza pazarlama kavramları, diş ve ağız sağlığı merkezi tercihinde ağızdan ağıza pazarlamanın satın alma niyeti üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırmanın sonuçları değerlendirildiğinde, ağızdan ağıza pazarlamanın sağlık kurumları için önemli bir yöntem olduğu görülmüştür. Hastalar aldıkları hizmet sonrasında sessiz kalmamakta, hizmet aldıkları kuruma düşüncelerini bildirmektedir. Çalışmada sağlık hizmetinden memnun kalma ile çevrelerine tavsiye verme veya memnun kalmama durumunda çevrelerindeki kişilere bilgi verme arasında bir ilişki bulunmuştur. Eğer hizmeti alan kişi memnun kalmışsa, aldığı hizmet hakkında çevrelerine tavsiye vermektedir. Çalışmanın hipotezleri de aynı doğrultudadır;

Çalışmada hipotez 1 (H1) kabul edilmiştir. Araştırmaya katılanların cinsiyet, gelir, eğitim durumu, yaş demografik özellikleri ile ağızdan ağıza pazarlamadan etkilenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Hipotezler cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde; Kadın ve erkek ortalamaları arasında yakın çevrenin görüşleri, yakın çevreye güvenme, yakın çevrenin deneyiminden yararlanma, zaman ve para tasarrufu sağlama, tatmin olma durumu ve tatmin olmama bakımından anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Hipotezler 2 kısmen kabul edilmiştir, gelir değişkenine göre incelendiğinde; “Gelir ortalamaları ile yakın çevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı bir fark yoktur” hipotezi red edilmiştir. Gelir ortalamaları ile yakın çevreye güvenme, yakın çevrenin deneyiminden yararlanma, zaman ve para tasarrufu sağlama bakımından anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. “Gelir ortalamaları ile tatmin olma durumu bakımından anlamlı bir fark yoktur” hipotezi ise reddedilmiştir.

Hipotez 3 eğitim değişkenine göre incelendiğinde H1 kabul edilmiştir, eğitim ortalamaları arasında yakın çevrenin görüşleri, yakın çevreye güvenme, yakın çevrenin deneyiminden yararlanma, zaman ve para tasarrufu sağlama, tatmin olma durumu bakımından anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Hipotez 4 yaş değişkenine göre incelendiğinde H1 kabul edilmiştir; yaş ortalamaları arasında yakın çevrenin görüşleri, yakın çevreye güvenme, yakın çevrenin deneyiminden yararlanma, zaman ve para tasarrufu sağlama, tatmin olma durumu bakımından anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Hipotez 5’ de “Son altı ayda tavsiye almış olma durumu ile ölçek grupları arasındaki ilişki” hipotezleri incelendiğinde kısmen kabul edilmiş; “Yakın çevrenin görüşlerini alma, yakın çevreye güvenme, yakın çevrenin deneyiminden yararlanma, zaman ve para tasarrufu sağlama bakımından anlamlı bir fark yoktur” hipotezleri reddedilmiştir. Tatmin olma durumunu yayma ve tatmin olmama durumunu yayma bakımından anlamlı fark bulunmuştur.

Hipotez 6 kısmen kabul edilmiştir. Son altı ayda kendi isteğiyle tavsiye almış olma durumu ile ölçek grupları arasındaki ilişki hipotezleri incelendiğinde; “Yakınçevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı bir fark yoktur” ve ”Yakın çevreye güvenme bakımından anlamlı bir fark yoktur” hipotezleri reddedilmiştir. “Yakın çevrenin deneyiminden yararlanma bakımından anlamlı bir fark yoktur” hipotezi kabul edilmiştir. Zaman ve para tasarrufu sağlama, Tatmin olma durumunu yayma ve tatmin olmama durumunu yayma bakımından anlamlı fark yoktur” hipotezleri reddedilmiştir.

Hipotez 7 kısmen kabul edilmiştir. Son altı ayda kendi isteğinin dışında tavsiye almış olma durumu ile ölçek grupları arasındaki ilişki hipotezleri incelendiğinde; “Yakın çevrenin görüşlerini alma, yakın çevreye güvenme, yakın çevrenin deneyiminden yararlanma, zaman ve para tasarrufu sağlama bakımından anlamlı bir fark yoktur” hipotezleri kabul edilmiştir. Tatmin olma durumunu yayma ve tatmin olmama durumunu yayma bakımından anlamlı fark yoktur” hipotezleri reddedilmiştir.

Hipotez 8 kısmen kabul edilmiştir. Son altı ayda tavsiye verme durumu ile ölçek grupları arasındaki ilişki hipotezleri incelendiğinde; “Yakın çevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı fark yoktur” hipotezi reddedilmiştir. “Yakın çevreye güvenme, yakın çevrenin deneyiminden yararlanma, zaman ve para tasarrufu sağlama, tatmin olma durumunu yayma ve tatmin olmama durumunu yayma bakımından anlamlı fark yoktur” hipotezleri kabul edilmiştir.

Hipotez 9 kısmen kabul edilmiştir. Son altı ayda tavsiye isteme durumu ile ölçek grupları arasındaki ilişki hipotezleri incelendiğinde; “Yakın çevrenin görüşlerini alma bakımından anlamlı fark yoktur” hipotezi reddedilmiştir. “Yakın çevreye güvenme, yakın çevrenin deneyiminden yararlanma, zaman ve para tasarrufu sağlama, tatmin olma durumunu yayma ve tatmin olmama durumunu yayma bakımından anlamlı fark yoktur” hipotezleri kabul edilmiştir.

Araştırmada diş hekimi ve ağız diş sağlığı merkezi tercihinde, AAP yöntemlerinden tatmin olma açısı araştırıldığında hizmet alan kişiler “Tatmin olursam çevremdekilere tavsiye ederim” likert tipi sorusuna; kesinlikle katılıyorum diyen 215 (%65) kişi olduğu görülmektedir. “Tatmin olduğumda başkalarının hizmet alması için çabalarım” likert tipi sorusuna; kesinlikle katılıyorum diyen 144 (%43,1) kişi olduğu görülmektedir. “İhtiyaç duyduğumda yine aynı diş hekimine ve ağız diş sağlığı merkezine başvururum” likert tipi sorusuna; kesinlikle katılıyorum diyen 184 (%58) kişi olduğu görülmektedir.

Araştırılmış bir çalışmaya göre; katılımcıların %95,8’i almış olduğu sağlık hizmetinden eğer memnun kaldıysa bu memnuniyetini başkalarıyla paylaşacağını ifade etmiştir, katılımcılar tam tersi bir durumu yaşamışlarsa yani sağlık hizmetinden memnun kalmadıysa %94,7’si bunu başkalarıyla paylaşacağını söylemiştir (Gürcü, 2018:160). Öz ve Uyar’ ın yapmış olduğu çalışmaya göre, sağlık hizmetinden memnun olma durumunda en fazla katılım gösterdiği seçenek; “İhtiyaç durumunda yine aynı sağlık kuruluşuna başvururum” yargısı olmuştur. Onu sırasıyla; “Bşkalarının da bu hizmeti alması için çabalarım”, “Bunu hizmet sunana söylerim” ve “Bunu en az bir kişiye söylerim” yargıları izlemiştir (Öz ve Uyar, 2014: 127).

Literatür taraması sonucunda, tüketicinin memnuniyeti arttıkça hem çevresine olumlu mesajlar verdiği, hem de ihtiyaç halinde tekrar aynı kurumu tercih ettiği görülmektedir. Tüketiciler ürün veya hizmet almadan önce çevrelerinden bilgi toplamaktadır. Sağlık sektöründe de tüketici adayları sağlık hizmeti almadan önce çevrelerindeki kişilerden deneyimlerini paylaşılmasını ve güvendiği kişilerden tavsiye istemektedirler. Tüketicinin deneyimlemiş olduğu ürünü veya hizmeti AAP ile tüketici adayına ticari amaç gütmekten aktarmaktadır. Tüketici deneyimlediği hizmetin tanıtımını farkında olmadan etkili bir şekilde yaparak pazarlama faaliyetinin içinde olmaktadır.

AAP yöntemi ile sağlık kurumları pazarlama için gider ayırmadan maliyetsiz bir tanıtım yapmış olmaktadır. Pazarlama faaliyetine ayrılan ücret ile sağlık sunucularının gelişimi desteklendiğinde, tüketici memnuniyetinin daha çok artacağı düşünülmektedir. Ülkemizde AAP konusunda yapılan çalışmaların sayısı sınırlıdır. Çalışmamızın hem literatüre hem de sahadaki yöneticilere ışık tutacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Bulunmaz, B. (2016). Gelişen teknolojiyle birlikte değişen pazarlama yöntemleri ve dijital pazarlama. Trt Akademi, 1(2), 348-365.
- Carl, W. J. (2006). What's all the buzz about? Everyday communication and the relational basis of word-of-mouth and buzz marketing practices. Management Communication Quarterly, 19(4), 601-634.
- Ceyhan S, Uzuntarla Y, Fırat İ. (2018). Hekimlerin sağlık hizmeti tercihlerinde ağızdan ağıza pazarlamayı kullanım durumlarının incelenmesi, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11(3): 2467-2480.
- Chakravarty, A., Liu, Y., & Mazumdar, T. (2010). The differential effects of online word-of-mouth and critics' reviews on pre-release movie evaluation. Journal of Interactive Marketing, 24(3), 185-197.

- De Bruyn, A., & Lilien, G. L. (2008). A multi-stage model of word-of-mouth influence through viral marketing. *International journal of research in marketing*, 25(3), 151-163.
- East, R., Hammond, K., & Wright, M. (2007). The relative incidence of positive and negative word of mouth: A multi-category study. *International journal of research in marketing*, 24(2), 175-184.
- Ekiyor A, Atilla EA. (2003). Word of mouth marketing in mouth and dental health centers towards consumers, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 6(3): 6-15.
- Grewal, R., Cline, T. W., & Davies, A. (2003). Early-entrant advantage, word-of-mouth communication, brand similarity, and the consumer decision-making process. *Journal of Consumer Psychology*, 13(3), 187-197.
- Gürcü, M. (2018). Ağızdan ağıza iletişimin sağlık hizmetleri pazarlamasındaki önemi ve tüketicilerin sağlık hizmeti kullanım tercihi üzerindeki etkisi (Doctoral dissertation, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara). 160-161
- Helm, S. (2000). Viral marketing-establishing customer relationships by'word-of-mouse'. *Electronic markets*, 10(3), 158-161.
- Kalpaklıoğlu, N. Ü. (2015). Bir pazarlama iletişimi unsuru olarak e-wom'un turizm ürünleri tercihine etkisi. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 66-90.
- Kotler, P., Shalowitz, J. I., Stevens, R. J. (2008). *Strategic marketing for health care organizations: building a customer-driven health system*. John Wiley & Sons, 1-556 : 433.
- Öz, M. & Uyar, E. (2014). Sağlık hizmetleri pazarlamasında algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti üzerinde ağızdan ağıza pazarlamanın etkisini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 123-132.
- Öztürk, E. (2005). Sosyal Güvenlik Kurumlarında Tek Çatı Çalışmaları Üzerine. *Sayıştay Dergisi*, (56), 93.
- Sernovitz A. (2012). *Fısıltının Gücü*, (Çev. İ. Çetin). 1. Baskı. Optimist Yayınları, İstanbul.
- Solomon MR. (2002). *Consumer Behavior*, 5nd ed., Prentice-Hall International Inc., 371-372
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5). Boston, MA: Pearson.
- Verhagen, T., Nauta, A., Feldberg, F. (2013). Negative online word-of-mouth: Behavioral indicator or emotional release?. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1430-1440.
- Word-of-mouth Marketing Association. (2005). Word-of-mouth 101, an introduction to word-of mouth marketing. http://www.nickrice.com/docs/Word_of_Mouth_101_WOMMA.pdf. Erişim Tarihi: 5 Ocak 2020, 1-7.
- Yılmaz, E. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Ağızdan Ağıza Pazarlama. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(12), 1-19.
- Yozgat, U., Deniz, R. B. (2011). Ağızdan Ağıza Pazarlama (AAP) Olumlu ve Olumsuz Tavsiyelerin Tüketicilerin Ürün Satın Alma Kararları Üzerindeki Etkisini Ölçmeye Yönelik Üniversite Gençleri Üzerinde Bir Araştırma. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 43-63.

Ekler

Etik Kurul İzin Belgesi

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 13.02.2019

Toplantı Sayısı: 103

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdiñç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 13.02.2019 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

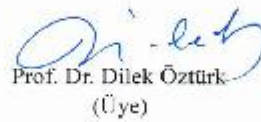
Karar 39. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Sağlık Yönetimi bölümünden **Bülent DERSE'nin "Diş Hekimi ve Ağız Diş Sağlığı Merkezi Tercihinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın İncelenmesi"** başlıklı çalışması için başvuruda talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)



Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)



Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)



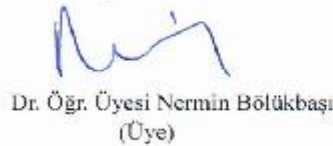
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Erdiñç Ünal
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye)



E-ISSN: 2667-5838	https://dergipark.org.tr/pub/johmal	Paper Type: Research Paper, Makale Türü: Araştırma
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 29/03/2021 Accepted Date / Kabul Tarihi: 31/03/2021

**TÜRKİYE’DE COVID-19 SALGINI SÜRECİNDE ÖZEL HASTANELERİN
FACEBOOK KULLANIMI ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA**



**A QUALITATIVE RESEARCH ON FACEBOOK USE OF PRIVATE HOSPITALS IN
THE COVID-19 EPIDEMIC PROCESS IN TURKEY**

Atf/ to Cite (APA): Gemlik, N., Çamoğlu, İ. ve Arslanoğlu, A. (2021). Türkiye’de COVID-19 Salgını Sürecinde Özel Hastanelerin Facebook Kullanımı Üzerine Nitel Bir Araştırma, Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, (1), 84-93.

**Nilay GEMLİK¹
İlknur ÇAMOĞLU²
Ali ARSLANOĞLU³**

DOI: <https://doi.org/10.35345/johmal.905555>

ÖZ

Tarih boyunca, insanların sağlığını tehdit eden ve çok sayıda kişinin ölümüne sebep olan birçok bulaşıcı hastalık ortaya çıkmıştır. Bunlardan birisi de 21. yüzyılda ortaya çıkan Covid-19 salgınıdır. Aralık ayında Çin’in Wuhan şehrinde ortaya çıkan koronavirüs tüm dünyayı etkisi altına almıştır. Salgın döneminde, Facebook uygulaması hem kurumlar hem de bireyler tarafından yaygın olarak kullanılan iletişim araçlarından biri haline gelmiştir. Bu çalışmada, İstanbul’da bulunan özel hastanelerin Facebook hesapları üzerinden yaptıkları koronavirüs paylaşımlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında Ocak 2020 ile Mayıs 2020 tarihleri arasında İstanbul’da bulunan özel hastanelerin Facebook üzerinden yaptıkları tüm paylaşımlar değerlendirmeye alınmıştır. Koronavirüs paylaşımlarının incelenmesinde içerik analizi tekniği kullanılmıştır. İlgili tarih aralığında toplam 9789 paylaşım yapılmıştır. Paylaşımların %71,67’si koronavirüs dışı paylaşımları oluştururken, %28,33’ü ise koronavirüs ile ilgili paylaşımları içermektedir. Yapılan içerik analizi sonucunda, özel hastanelerin Covid-19 salgını sürecinde en fazla sunmuş oldukları sağlık hizmetleri ile ilgili paylaşım yaptıkları tespit edilmiştir. Ancak kullanıcı bireyler tarafından en fazla etkileşim gören içerikler ise, Covid-19 virüsünün tanı ve korunma yolları hakkında yapılan bilgilendirme mesajları olmuştur.

Anahtar Sözcükler: Covid-19, Koronavirüs, Facebook.

ABSTRACT

Throughout history, many infectious diseases have emerged that threaten people's health and cause the deaths of many people. One of them is the Covid-19 outbreak, which occurred in the 21st century. The coronavirus, which appeared in Wuhan, China in December, has been affected all over the world. During the epidemic, the Facebook app became one of the most widely used communication tools by both institutions and individuals. In this study, it is aimed to examine the coronavirus shares made by private hospitals in Istanbul through their Facebook accounts. Within the scope of the research, all shares of private hospitals in Istanbul between January 2020 and May 2020 were evaluated through Facebook. Content analysis technique was used to examine coronavirus shares. A total of 9789 shares were made in the corresponding date range. 71.67% of shares include non-coronavirus shares, while 28.33% contain coronavirus-related shares. As a result of the content analysis, it was determined that private hospitals share the health services they have offered the most during the Covid-19 outbreak process. However, the

¹ Prof. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, ngemlik@gmail.com, ORCID 0000-0001-5319-4070

² Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, ilknur.camoglu1@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3719-4668

³ Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, aliarslanoglu18@gmail.com, ORCID: 0000-0002-4454-0397

content that interacted the most by the user individuals was informational messages about the diagnostic and prevention pathways of the Covid-19 virus.

Keywords: Covid-19, Coronavirus, Facebook.

1. GİRİŞ

Toplumda ve teknolojiye meydana gelen her çeşit değişiklikten etkilenip bu değişikliklere kendisini kısa sürede uydurabilen ve çeşitli imkanlar sunabilen internet, önemli bir iletişim sistemidir (Solmaz vd., 2013: 24). İnternet erişiminin kolaylaşması ve hızındaki yükselişle ortaya çıkan Web 2.0 teknolojileri; bireyler, gruplar ve kurumlar arası iletişime ve iş birliğine imkan veren bir sosyal ağ yapısı oluşturmuştur (Sarıtaş ve Barutçu, 2016: 4).

Sosyal medya, bireylerin yeni topluluklar oluşturmalarına veya mevcut olan topluluklar içerisine dahil olabilmelerine imkân sağlayan, bireylerin ortak kullanımına açık sosyal iletişim alanlarıdır (Dağıtmaç, 2018: 641). Sosyal medya, sürekli güncellenebilmesi, çoklu kullanıma açık ve sanal paylaşımlara olanak tanınması gibi özellikleri ile hem organizasyonlar hem de kişiler tarafından sık kullanılan iletişim araçlarından biri haline gelmiştir (Tufan Yeniçktı, 2016: 95). Sağlık hizmeti yöneticileri iletişim için yapılandırılmış araçların kullanımını savunabilir (Arslanoğlu, 2019). Ancak internet teknolojilerinin gelişmesi ile birlikte sosyal medya gücünü ve etkisini her alanda olduğu gibi sağlık iletişiminde de göstermiştir.

Sağlık ve hastalık durumunda iletişim; insan deneyimlerinin en hayati boyutunu ifade etmektedir. Bireyler için hiçbir insani olgu sağlık ve hastalık kadar temel nitelikte olmamakta ve hiçbir olgu bireylerin istek ve arzularını bu denli etkilememektedir (Öztürk ve Öymen, 2014: 113). Sağlık iletişimi, kişilerin hayat kalitelerinin artırılması, sağlıkla ilgili politikalarının oluşturularak sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunması fonksiyonlarını içermektedir (Bulduklı, 2010: 78-79). Günümüzde ise sağlık iletişimi, sağlık enformasyonu paylaşımı sağlamak, bireyleri ve toplumu bilgilendirmek, davranışlarını etkilemek ve hedef kitleyi harekete geçirmek şeklinde ifade edilmektedir (Uysal Şahin, 2017: 148).

Sağlık iletişimi, kimi zaman sağlık durumunu iyileştirmek, oluşabilecek risk ve krizlerin önüne geçmek ve hastalıklar ile ilgili önlemleri almak gibi bütünlük gerektiren mesajları oluşturursa da, kimi zaman da sağlık hizmetlerinin ilgili hedef kitleye pazarlanmasında bir iletişim köprüsü kurmaktadır (Kartal ve Erigüç, 2018: 571). Özellikle, internet teknolojileri, kullanılan diğer araçlarla kıyaslandığında daha etkili olmakta ve karşılıklı iletişime açık doğası ile sağlık iletişimi için önemli fırsatlar sunmaktadır (Hülür, 2016: 161).

Sağlık iletişiminde bilgi transferi, tek taraflı ve sadece ileti biçiminde gerçekleşmeyip, bilgilerin iletildiği hedef kitleninde geri bildirim yolu ile sürece dahil edildiği karşılıklı iletişim şekline dayanmaktadır. Bu bakımdan incelendiğinde sosyal medya sağlık alanında bilgiyi sağlayan ve bilgiyi arayan kesimi bir araya getiren önemli bir araç haline gelmiştir (Darı, 2017: 735).

İnternet ve sosyal medya araçlarının kullanılmasındaki artma, kişilerin sağlık ile ilgili bilgilerin erişimini kolaylaştırıp sağlığın geliştirilmesi, hastaların bilinçlendirilmesi ve güçlendirilmesinde önemli etkilere sahiptir (Fener ve Çimen, 2016: 838). Sosyal medya, hastaneler ve sağlık kuruluşları tarafından da sağlıkta iletişime katkıda bulunması amacıyla kullanılan önemli araçlardan biridir (Öztürk ve Öymen, 2014: 114). Hastaneler tarafından bilgi paylaşımı amacı ile kullanılan sosyal medya, sağlık alanında kalite gelişimine, iletişimin hızlanmasına ve hastaların

bilgilendirilmesine katkıda bulunarak, hasta odaklı sağlık bakımının gelişimini amaçlamıştır. Ayrıca hastaneler gerek kurumsal yapıları gerek ise hizmet verdikleri kitlelerin özellikleri nedeni ile diğer kurumlara göre daha hızlı, etkili, tarafsız, güvenli ve güncel bilgileri paylaşmaktadır (Lorcu ve Demir, 2017: 109-110).

İlk kez Çin'in Hubei eyaletinden olan Wuhan şehrinde görülen koronavirüs, virüs ile temas edenlerde, tedavisi bulunamayan zatürre benzeri belirtiler göstermiştir. Covid- 19 olarak adlandırılan bu virüs, Çin'den sonra, üç ay gibi kısa bir sürede dünyayı etklemiştir (Budak ve Korkmaz, 2020: 65-66). Türkiye'de ise; ilk koronavirüs vakasının belirlendiği 11 Mart 2020 tarihinden itibaren, hastalığın yayılmasını önlemek ve tedavi etmek için çeşitli eylemler gerçekleştirilmiştir. Salgın planına uygun olarak, tüm toplumu kapsayacak önleyici tedbirler alınmıştır (İşsever vd., 2020: 9). Küresel bir sağlık sorunu haline gelen Covid-19 tanısı için tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı tanı algoritması geliştirmiş ve olası vakaları tanımlamıştır (Akgül, 2020: 3).

Covid-19 salgının ortaya çıkması ile birlikte sağlıkla ilgili birçok mesajın paylaşımında Facebook, Twitter, Instagram ve Youtube gibi sosyal medya araçlarının kullanımının önemli derece arttığı görülmektedir. Sosyal medya bu dönemde hem hasta bireyler için hem de sağlık kurumları açısından zaman ve mekân bakımından birçok zorluğu ortadan kaldırmıştır. Hastaneler salgın sürecinde hem toplumu bilgilendirmek ve bilinçlendirmek adına hem de kurum olarak sunmuş oldukları sağlık hizmetleri hakkında sosyal medya araçları üzerinden birçok paylaşımında bulunmuştur.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, Ocak 2020 ila Mayıs 2020 tarihleri arasındaki 5 aylık dönemde İstanbul'da bulunan özel hastanelerin Facebook hesapları üzerinden yaptıkları koronavirüs paylaşımlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma kapsamındaki koronavirüs paylaşımlarının incelenmesinde, nitel araştırma yöntemlerinden doküman incelemesi yapılarak, içerik analizi tekniği kullanılmıştır. Bu analiz tekniği, kodlama yolu ile verilerin altında yatan kavramları ve kavramların aralarındaki ilişkileri açıklamayı sağlayan tümevarım bir yaklaşımdır (Sığı, 2018: 280). Çalışmada, İstanbul'daki özel hastanelerin Facebook hesapları üzerinden paylaştıkları iletiler Microsoft Excel Programına kopyalanarak çözümlenmiştir. Bu kapsamda koronavirüs paylaşımları; aylara göre dağılımına, paylaşım şekillerine ve içerdikleri mesajlara göre analiz edilmiştir.

Bu araştırma Facebook uygulaması üzerine sınırlandırılmıştır. Birden fazla şubesi bulunan özel hastanelerin tek resmi Facebook hesapları değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma Ocak 2020 ila Mayıs 2020 ayları arasında yapılan paylaşımlara dayanarak gerçekleştirilmiştir. Dolayısı ile farklı zamanlarda alınacak veriler ile analiz yapılması durumu sonuçların değişiklik gösterebilmesi açısından araştırmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır.

3. BULGULAR

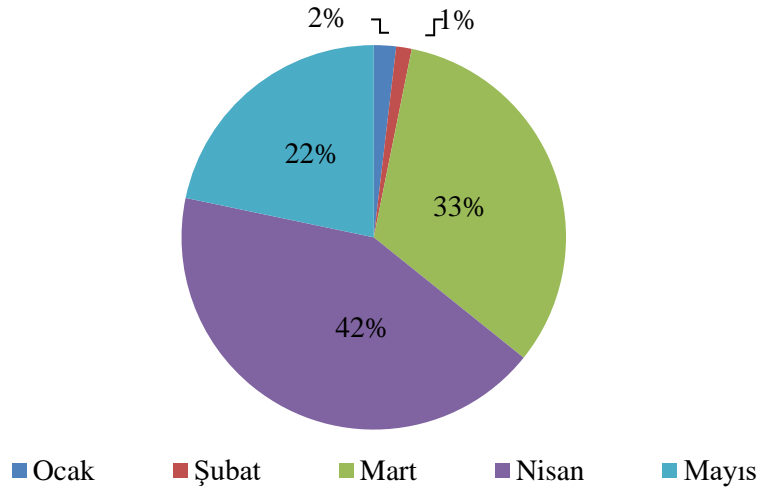
Araştırma kapsamında ilgili tarih aralığında 9789 paylaşım incelenmiştir. Paylaşımların %71,67'si koronavirüs dışı paylaşımları oluştururken, %28,33'ü ise koronavirüs ile ilgili paylaşımları içermektedir (Tablo 1). Toplam aylık paylaşım sayıları incelendiğinde, en fazla koronavirüs ile ilgili paylaşımların Nisan ayında yapıldığı göze çarpmaktadır.

Tablo 1. Facebook Paylaşım Sayılarının Aylara Göre Dağılımı

AYLAR	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	TOPLAM (YÜZDE)
Koronavirüs dışı paylaşım sayısı	1692	1704	1301	874	1445	n= 7016 (%71,67)
Koronavirüs paylaşım sayısı	52	36	904	1179	602	n= 2773 (%28,33)
Toplam paylaşım sayısı	1744	1740	2205	2053	2047	n= 9789 (%100)

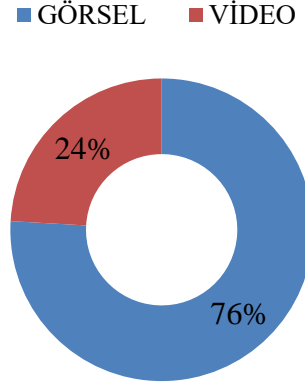
Yapılan filtrelemeler sonucunda, araştırma kapsamında koronavirüs ile ilgili toplamda 2773 paylaşım tespit edilmiştir. Paylaşımların %1,87'si (n=52) Ocak ayında, %1,30'u (n=36) Şubat ayında, %32,60'ı (n=904) Mart ayında, %42,52'si (n=1179) Nisan ayında ve %21,71'i (n=602) Mayıs ayında yapılmıştır (Şekil 1).

Şekil 1. Koronavirüs Paylaşım Sayılarının Aylara Göre Dağılımı



Araştırmada özel hastanelerin paylaşım şekillerine göre koronavirüs paylaşımları incelendiğinde, analiz edilen toplam 2773 gönderiden; %75,91'i (n=2105) görsel içerikli paylaşım, %24,09'u (n=668) video içerikli paylaşım şeklindedir (Şekil 2).

Şekil 2. Koronavirüs Paylaşımlarının Paylaşım Şekillerine Göre Dağılımı



Araştırma kapsamında incelenen koronavirüs paylaşımlarının içerdiği mesaja göre aylık dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir. Yapılan paylaşımların ilgili ay içerisindeki dağılımı incelendiğinde; Ocak ayında %71,15 (n=37), Şubat ayında %55,56 (n=20) ile en fazla paylaşım bilgilendirme ile ilgili yapılmıştır. Mart ayında yapılan paylaşımların %27,32'si (n=247) koronavirüsten korunma yolları ile ilgilidir. Nisan ayında %24,34 (n=287), Mayıs ayında %39,37 (n=237) ile en fazla paylaşım hastanelerin sunmuş oldukları sağlık hizmetleri ile ilgili yapılmıştır.

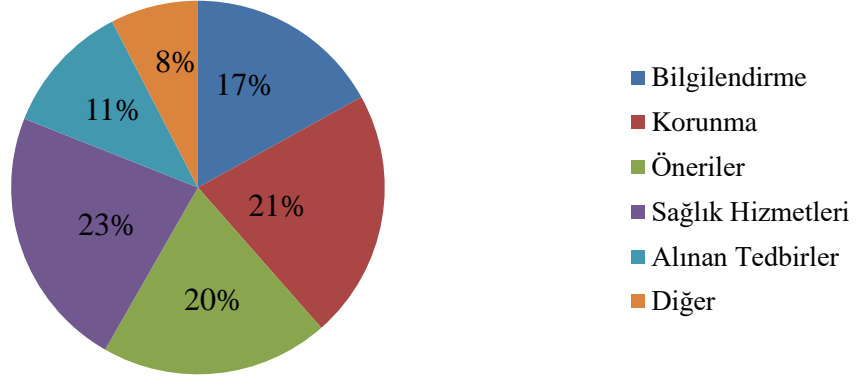
Tablo 2. Koronavirüs Paylaşımlarının İçerdiği Mesaja Göre Aylık Dağılımı

AYLAR	BİLGİLENDİRME	KORUNMA	ÖNERİLER	SAĞLIK HİZMETLERİ	ALINAN TEDBİRLER	DİĞER	TOPLAM
OCAK	37	12	3	0	0	0	52
ŞUBAT	20	14	2	0	0	0	36
MART	183	247	161	106	136	71	904
NİSAN	172	238	261	287	107	114	1179
MAYIS	58	87	121	237	73	26	602

Araştırmada ilgili tarih aralığında (Ocak 2020-Mayıs 2020) toplamda Covid-19 salgını ile ilgili 2773 adet paylaşım yapılmıştır. İncelenen koronavirüs paylaşımlarının içerdiği mesaja göre genel dağılımı Şekil 3'te gösterilmiştir. Bu dönemde Facebook hesabı bulunan özel hastanelerin %22,72 (n=630) ile en fazla sunmuş oldukları sağlık hizmetleri ile ilgili paylaşım yaptıkları tespit edilmiştir. Daha sonra sırasıyla paylaşılan gönderiler; koronavirüsten korunma yolları %21,56 (n=598), öneriler %19,76 (n=548), hastalık hakkında bilgilendirme %16,95 (n=470), hastanelerin

kurum içinde aldıkları tedbirler %11,40 (n=316) ve diğer paylaşımlar %7,61 (n=211) oranında dağılım göstermiştir (Şekil 3).

Şekil 3. Koronavirüs Paylaşımlarının İçerdiği Mesaja Göre Genel Dağılımı



Analiz edilen koronavirüs paylaşımlarının içerdikleri mesajlara ilişkin bazı örneklere aşağıda yer verilmiştir.

BİLGİLENDİRME

Corona virüs insandan insana damlacık yoluyla bulaşır. Yani solunum yolu, öksürük, hapşırık, dokunma, sarılma, ortak kullanılan havlu/mutfak gereçleri ile hastalık yayılır.

En çok karşılaşılan belirtiler ateş, öksürük ve solunum sıkıntısıdır. Şiddetli vakalarda zatürre, ağır solunum yetmezliği ve ölüm gelişebilir.

Elde edilen veriler doğrultusunda ileri yaş ve eşlik eden hastalığı (astım, diyabet, kalp hastalığı gibi) olanlarda virüsün ağır hastalık oluşturma riski daha yüksektir.

Çalışmalar, semptomları hafif olan veya hiç olmayan taşıyıcıların covid-19 yayılımının kilit parçası olduğunu göstermektedir.

KORUNMA

Koronavirüs'ten korunmak için ellerinizi en az 20 saniye bol sabunlu suyla yıkamayı ihmal etmeyin.

Havaya yayılan öksürük ve hapşırık damlacıkları ile yüzeylerden bulaşan koronavirüsten korunmak için insanlar ile sosyal mesafenizi koruyun.

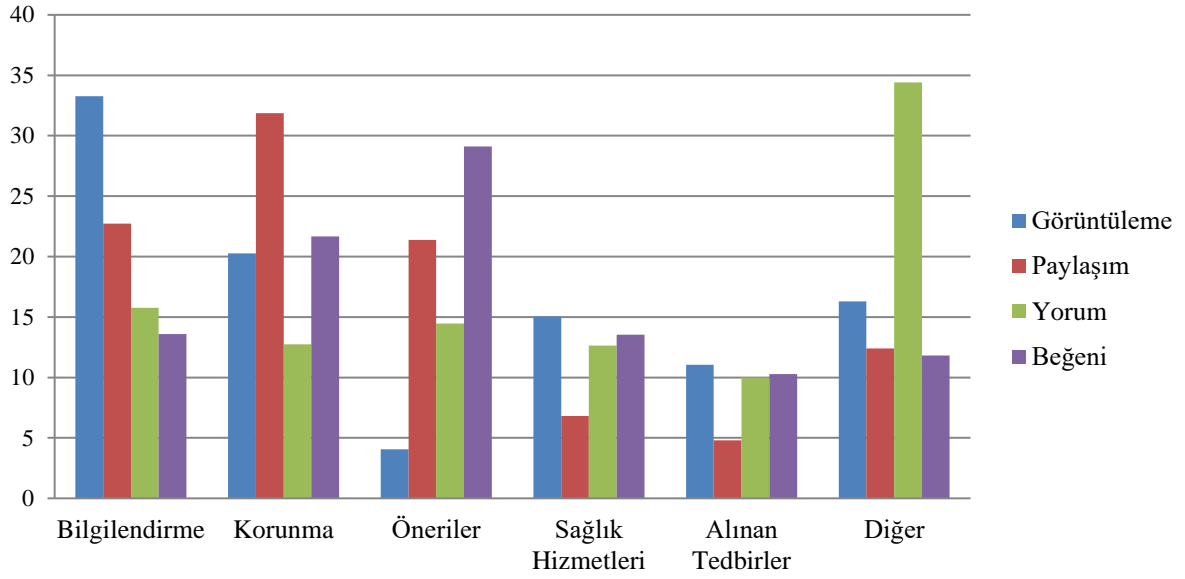
Soğuk algınlığı belirtileriniz varsa yaşlılara ve kronik hastalığı olanlarla temas etmeyin ve maske takmadan dışarı çıkmayın.

Temas ettiğiniz yüzeyleri mutlaka dezenfekte ediniz. Bulduğunuz ortamları sık sık havalandırın. Kişisel hijyeninize dikkat ediniz.

ÖNERİLER	<p>Evde kaldığımız bu günlerde bağışıklık sistemimizi güçlendirici besinler almayı unutmayalım.</p>
	<p>Koronavirüs pandemisi nedeniyle evde kaldığımız şu günlerde basit egzersizlerle zinde kalabilir, bağışıklık sistemimizi güçlendirebiliriz.</p>
	<p>Alışık olmadığımız bu zor zamanlarda, stresle başa çıkmayı öğrenmeli, aşırı kaygı ve üzüntünün bağışıklığımızı olumsuz etkilediğini unutmamalıyız.</p>
	<p>Evde geçirdiğiniz zamanı fırsat bulup okuyamadığınız kitapları okuyarak daha verimli bir şekilde değerlendirebilirsiniz.</p>
SAĞLIK HİZMETLERİ	<p>Hastanemize gelmeden uzman hekimlerimiz ile bilgisayar, tablet ya da akıllı telefonunuz üzerinden online görüşme sağlayabilirsiniz.</p>
	<p>COVID-19 Koronavirüsü hakkında merak ettikleriniz ve sorularınız için 7/24 hizmet veren danışma hattımızı arayarak bilgi alabilirsiniz.</p>
	<p>Ülkece içinde olduğumuz bu zorlu süreçlerde yaşadığımız sokağa çıkma yasaklarında da hastanemiz sizlere hizmet vermeye devam etmektedir.</p>
ALINAN TEDBİRLER	<p>Hastanemizde tüm hastalarımız ve çalışanlarımızın sağlığı için, hastane giriş esnasında ateş ölçerek tüm hastanenin güvenliğini sağlıyoruz.</p>
	<p>Sizlerin sağlığı için bu süreçte ekstra hijyene önem gösterip tedbirlerimizle hizmetimizi üst seviyeye çıkarıyoruz.</p>
	<p>T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu genelge kapsamında hastanemizin ziyaretçi saatleri yeniden düzenlenmiştir.</p>
DiĞER	<p>Bu zorlu süreçte gösterdikleri sabır, gayret ve özveriden ötürü, tüm sağlık personellerimize teşekkür ederiz.</p>
	<p>Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu ve Prof. Dr. Feriha Öz'ü kaybetmenin derin üzüntüsünü yaşıyoruz. Hocalarımıza Allah'tan rahmet, yakınlarına başsağlığı diliyoruz.</p>
	<p>Koronavirüs tedavilerimizle iyileşen hastalarımızı taburcu etmeye başladık.</p>

İncelenen koronavirüs paylaşımlarının beğeni/yorum/paylaşım/görüntüleme yüzdeleri Grafik 1'de verilmiştir. Yapılan paylaşımlardan %29,11 ile en fazla beğenilen içerik koronavirüs hakkında yapılan sağlıklı yaşam önerileri olmuştur. En fazla yorum yapılan içerik ise, %34,40 ile diğer kategoriler altında yer alan sağlık çalışanlarına teşekkür, taziye ve taburcu mesajları olmuştur. Özel hastaneler tarafından paylaşılan koronavirüsten korunma yolları ile ilgili gönderiler %31,86 ile en fazla paylaşılan içeriktir. Koronavirüs hastalığı hakkında yapılan bilgilendirme paylaşımları %33,28 ile en fazla görüntülemeyi almıştır (Grafik 1).

Grafik 1. Koronavirüs Paylaşımlarının Beğeni/Yorum/Paylaşım/Görüntüleme Yüzdeleri



4. TARTIŞMA

Türkiye’de Covid-19 virüsüne bağlı vakaların görülmesi ile birlikte bireyler ve sağlık kurumları bilgiye ulaşma noktasında sosyal medya araçlarına daha fazla yönelmiştir. Özel hastaneler salgın döneminde almış olduğu önlemler, online hasta-hekim görüşmeleri ve Covid-19 virüsü hakkında birçok mesajı sosyal medya kanalları ile iletmiştir. Bu çalışma, Covid-19 salgını sürecinde özel hastanelerin Facebook kullanımının ölçülmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda, Ocak 2020 ve Mayıs 2020 tarihleri arasında İstanbul’da bulunan ve resmi Facebook hesabı tespit edilen özel hastanelerin koronavirüs ile ilgili yapmış oldukları paylaşımlar nitel araştırma yöntemlerinden içerik analizi tekniğiyle incelenmiştir. Araştırma kapsamında yapılan içerik analizi sonucunda koronavirüs gönderileri; aylık paylaşım sayılarına, paylaşım şekillerine, içerdikleri mesajlara ve etkileşim düzeylerine göre (beğeni/yorum/paylaşım/görüntüleme) incelenmiştir.

Koronavirüs ile ilgili yapılan paylaşım sayılarının aylık dağılımı incelendiğinde, Ocak (%1,87) ve Şubat (%1,30) aylarında birbirine yakın oranda paylaşım yapıldığı, Mart ayında (%32,60) koronavirüsün Türkiye’de görülmesi ile birlikte yapılan paylaşımların arttığı göze çarpmaktadır. Nisan ayında (%42,52) ise, koronavirüs ile ilgili yapılan paylaşımların diğer aylara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Mayıs ayında (%21,71) normalleşme sürecinin de başlaması ile birlikte paylaşım sayılarında düşüş meydana gelmiştir. Koronavirüs gönderileri paylaşım şekillerine göre incelendiğinde, en fazla görsel içerikli paylaşımların (%75,91) yapıldığı gözlemlenmiştir.

Yapılan içerik analizi sonucunda koronavirüs paylaşımlarının içerdikleri mesaja göre altı farklı kategori oluşturulmuştur. Paylaşımların ilgili ay içerisindeki dağılımı incelendiğinde; Ocak ayında %71,15 ve Şubat ayında %55,56 ile en fazla paylaşım hastalık hakkında bilgilendirme amaçlı yapılmıştır. Mart ayında yapılan paylaşımların %27,32’si koronavirüsten korunma yolları ile ilgilidir. Nisan ayında %24,34 ve Mayıs ayında %39,37 ile en fazla paylaşım

hastanelerin sunmuş oldukları sağlık hizmetleri ile ilgili yapılmıştır. Koronavirüs paylaşımlarının oluşturulan kategorilere göre genel dağılımı incelendiğinde ise; özel hastanelerin en fazla sağlık hizmetleri ile ilgili paylaşım yaptıkları tespit edilmiştir.

Yapılan paylaşımlar etkileşim düzeylerine göre incelendiğinde; %29,11 ile en fazla beğenilen içerik koronavirüs hakkında yapılan sağlıklı yaşam önerileri olmuştur. En fazla yorum yapılan içerik ise, %34,40 ile diğer kategoriler altında yer alan sağlık çalışanlarına teşekkür, taziye ve taburcu mesajlarıdır. Özel hastaneler tarafından paylaşılan koronavirüsten korunma yolları ile ilgili gönderiler %31,86 ile en fazla paylaşılan içerik olmuştur. Koronavirüs hakkında yapılan bilgilendirme paylaşımları ise, %33,28 ile en fazla görüntülemeyi almıştır.

5. SONUÇ

Facebook bu dönemde özel hastanelerin yaygın kullandığı iletişim araçlarından biri haline gelmiştir. Hastaneler salgının önlenmesinde, hastalıkla ilgili bireylerin bilgilendirilmesinde ve bilinçlendirilmesinde yoğun olarak Facebook uygulamasından faydalanmıştır. Salgın süresince hastaneler; toplumun hastalığa ait risklerin farkına varmasını sağlayan ve toplum sağlığını tehdit eden birçok konuda bireyleri bilgilendirme amacıyla paylaşımlarda bulunmuşlardır. Bu dönemde sosyal medya araçlarından biri olan Facebook, hastanelerin hedef kitlelerine ulaşmasında önemli bir iletişim köprüsü kurmuştur. Hastaneler, gerek Covid-19 virüsünün tanı ve korunma yolları hakkında bilgilendirme mesajları paylaşırken, bir taraftan da tüketici kitlelerine bu süreçte evde yapabilecekleri aktiviteler, egzersizler ve sağlıklı beslenme yolları hakkında önerilerde bulunmuşlardır. Sosyal medya araçları, sağlık alanında oldukça bilinçli kullanılması gereken bir iletişim aracıdır. Doğru kullanılmadığı takdirde bilgi kirliliğine yol açabilmektedir. Aynı zamanda bu süreçte paylaşılan birçok olumsuz içerik bireylerde aşırı kaygı ve endişeye neden olabilmektedir. Bu nedenle hastaneler, salgın döneminde sağlıkla ilgili bilgi arayışında olan bireylerin yönlendirilmesinde gereken özeni göstermelidir. Doğru bilgi paylaşımı hastalıklarla mücadelede alınması gereken önlemlerin başında gelmektedir.

KAYNAKÇA

- Akgül, Ö. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19 Pandemisi. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 3(1): 1-4.
- Arslanoğlu, A. (2019). Etkili İletişimin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi ve İç Girişimciliğin Aracı Rolü: Bir Özel Hastane Uygulaması. *İnsan & İnsan*, 6(21): 431-451.
- Budak, F, ve Korkmaz, Ş. (2020). COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1): 62-79.
- Bulduklü, Y. (2010). Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (24): 75-85.
- Dağıtmaç, M. (2018). Sosyal Medya Bağımlılığı ve Kullanıcının Kendine Güven İlişkisi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(59): 640-646.
- Darı, AB. (2017). Sosyal Medya ve Sağlık. *21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum Dergisi*, 6(18):731-758.

- Fener, E, ve Çimen, M. (2016). Hastane ve Hekim Tercihinde Sosyal Medyanın Etkisine Yönelik Bir Araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(47): 836-846.
- Hülür, AB. (2016). Sağlık İletişimi Medya ve Etik: Bir Sağlık Haberinin Analizi. *CBÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1): 155-178.
- İşsever, H, İşsever, T, ve Öztan, G. (2020). COVID-19 Epidemiyolojisi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(1): 1-13.
- Kartal, N, ve Erigüç, G. (2018). Sağlık İletişiminde Bir Unsur Olarak Sosyal Medya: Bir Sosyal İçerik Platformundaki Sağlık Haberlerinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(1): 569-587.
- Lorcu, F, ve Demir, Ş. (2017). Webometriks Sıralamasındaki Hastanelerin Sosyal Medya Kullanımı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(2):106-118.
- Öztürk, G, ve Öymen, G. (2014). Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Stratejik Önemi: Türkiye’de Kalp Sağlığı ile ilgili Kar Amacı Gütmeyen Kuruluşlar Üzerine Bir Değerlendirme. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*: 109-132.
- Sarıtaş, E, ve Barutçu, S. (2016) Tüketici Davranışlarının Analizinde Kuşaklar: Sosyal Medya Kullanımı Üzerine Bir Araştırma. *Pamukkale Journal of Eurasian Socioeconomic Studies*, 3(2): 1-15.
- Sıgı, Ü. (2018). Nitel Araştırma Yöntemleri (1.Baskı). İstanbul: Beta Yayınevi.
- Solmaz, B, Tekin, G, Herzem, Z, ve Demir, M. (2013). İnternet ve Sosyal Medya Kullanımı Üzerine Bir Uygulama. *Selçuk İletişim*, 7(4): 23-32.
- Tufan Yeniçıkı, N. (2016). Halkla İlişkiler Aracı Olarak Instagram: Sosyal Medya Kullanan 50 Şirket Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk İletişim Dergisi*, 9(2): 92-115.
- Uysal Şahin, Ö. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Farkındalık Yaratmada Sosyal Medyanın Rolü. Uluslararası Farkındalık Konferansı: Eğitim, Bilim ve Sanatta Farkındalık, Krakow Polonya. s:147-154.