



Health Technology Assessment  
Department

e-ISSN: 2587-0122

Yıl: 2021, Cilt: 5, Sayı: 1

# EHTA

## EURASIAN JOURNAL OF HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT



1. “Akut İnmeli Hastalara Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge” Bağlamında Türkiye’de İnme Organizasyonu: Beklentiler, İhtiyaçlar ve Kısa Vadede Gelecek Projeksiyonu, 1-4.

*Mehmet Akif TOPÇUOĞLU*

2. COVID-19 Follow-Up Centers: An Intervention for Identifying and Managing the Long-Term Effects of COVID-19, 5-8.

*Gülcan TECİRLİ, Elife DİLMAÇ ARTUN*

3. Esnek Hastane Tasarımında Türkiye’deki Hastanelerin İstatistiksel Verilerinin Analizi, 9-26.

*Gamze KARAKAŞ, Abdullah SÖNMEZ*

4. COVID-19 Pandemisinin Türkiye’de Hanehalkı Yoksulluğu, Sağlık Harcamaları ve Sağlıkta Finansal Koruma Üzerindeki Olası Etkileri, 27-44.

*Gökçe MANAVGAT, İlker DAŞTAN, Asiyeh ABBASI*

5. Türkiye’de Kanıtı Dayalı Tıp Rehber ve Protokol Çalışmaları: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Örnekleri, 45-54.

*Elife DİLMAÇ ARTUN, Adile ACAR, İlker SABUNCUOĞLU, Gülcan TECİRLİ*

6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Avrupa Birliği’ne Uyum Çalışmaları: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, 55-78.

*Ali ENGİN, Gülcan TECİRLİ, Nejla CAN GÜLER*

## ***Etik İlkeler ve Yayın Politikası***

*Tüm çalışmalar, uluslararası etik kurallara uygun olmalıdır. Çalışmada, Araştırma ve Yayın Etiğine uyulduğuna dair ifadeye yer verilmelidir.*

*Etik kurul izni gerektiren çalışmalarda, izinle ilgili bilgiler (kurul adı, tarih ve sayı no) yöntem bölümünde ve/veya ilk ya da son sayfada yer verilmelidir. Gerekli durumlarda, bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formunun imzalandığına dair bilgiye makalede yer verilmesi gereklidir.*

*Yazar(lar), bilimsel etik sorunlarının başında gelen intihalden kesinlikle kaçınmalıdır. EHHA, yayınlanacak bir çalışma için, yazar(lar)dan kabul görmüş bir intihal yazılımını kullanarak intihal raporu göndermesini talep eder. Raporda %30'un üzerinde benzerlik bulunan çalışmalar, tüm aşamalardan geçmiş olsa dahi yayınlanmayacaktır.*

*EHHA'nın benimsediği Etik İlkeler ve Yayın Politikasına*

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/ehta/policy>

*adresinden erişim sağlanabilmektedir.*

**İmtiyaz Sahibi**

Prof. Dr. Ahmet TEKİN

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü**

Sultan OĞRAŞ

**Editörler**

Olgun ŞENER

Hakan TOZAN

**Türkçe Dil Editörü**

Hüseyin GÜÇ

**İngilizce Dil Editörü**

Banu AYAR

**İstatistik Editörü**

Esra ÇİFTÇİ

**Tasarım**

Selda CAN

**E-Posta/Web Site**

turkhta@saglik.gov.tr

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/ehta>

**e-ISSN**

2587-0122

**Telefon**

0090 312 471 7887

**Adres**

SHGM Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı

Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi, 8. Kat, Üniversiteler Mahallesi

Dumlupınar Bulvarı 6001. Cad.de, No:9, 06800 Çankaya/Ankara

Açık erişimli ve çift-kör hakemli bir dergidir.

Yılda iki kez yayınlanmakta ve içerik tüm kullanıcılara ücretsiz olarak sunulmaktadır.

Yazıların sorumluluğu yazarlarına ait olup kaynak gösterilmeden kullanılamaz.

Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı

Tüm Hakları Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne aittir.

## İÇİNDEKİLER

### Editöre Mektup

1. “Akut İnmeli Hastalara Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge” Bağlamında Türkiye’de İnme Organizasyonu: Beklentiler, İhtiyaçlar ve Kısa Vadede Gelecek Projeksiyonu ..... 1-4  
*Organization Of Stroke In Turkey In The Context Of "Directive On Health Services To Be Given To Patients With Acute Stroke": Expectations, Needs And Future Projection In Short Term*  
Mehmet Akif TOPÇUOĞLU

### Araştırma Makaleleri

1. COVID-19 Follow-Up Centers: An Intervention for Identifying and Managing the Long-Term Effects of COVID-19 ..... 5-8  
Gülcan TECİRLİ, Elife DİLMAÇ ARTUN
2. Esnek Hastane Tasarımında Türkiye’deki Hastanelerin İstatistiksel Verilerinin Analizi ..... 9-26  
*Development Of A Methodology In The Hospital Architecture To Meet The Flexibility Requirements Of The Users*  
Gamze KARAKAŞ, Abdullah SÖNMEZ
3. COVID-19 Pandemisinin Türkiye’de Hanehalkı Yoksulluğu, Sağlık Harcamaları ve Sağlıkta Finansal Koruma Üzerindeki Olası Etkileri ..... 27-44  
*Potential Impacts of COVID-19 Pandemic on Household Poverty, Health Expenditures and Financial Protection in Turkey*  
Gökçe MANAVGAT, İlker DAŞTAN, Asiyeh ABBASI

### Derleme Makaleler

1. Türkiye’de Kanıta Dayalı Tıp Rehber ve Protokol Çalışmaları: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Örnekleri ..... 45-54  
*Evidence-Based Medicine Guidelines and Protocol Studies in Turkey: Examples of the General Directorate of Health Research and the General Directorate of Health Services*  
Elife DİLMAÇ ARTUN, Adile ACAR, İlker SABUNCUOĞLU, Gülcan TECİRLİ
2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Avrupa Birliği’ne Uyum Çalışmaları: Sorunlar ve Çözüm Önerileri ..... 55-78  
*Harmonization With The European Union In Health Services In Turkey: Problems And Solutions*  
Ali ENGİN, Gülcan TECİRLİ, Nejla CAN GÜLER

Editöre Mektup

**“Akut İnmeli Hastalara Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge”  
Bağlamında Türkiye’de İnme Organizasyonu: Beklentiler, İhtiyaçlar Ve Kısa  
Vadede Gelecek Projeksiyonu**  
Mehmet Akif TOPÇUOĞLU<sup>1,2</sup>

Letter to The Editor

**Organization Of Stroke In Turkey In The Context Of "Directive On Health  
Services To Be Given To Patients With Acute Stroke": Expectations, Needs  
And Future Projection In Short Term**  
Mehmet Akif TOPÇUOĞLU<sup>1,2</sup>

1. Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, [matopcuoglu@yahoo.com](mailto:matopcuoglu@yahoo.com), <https://orcid.org/0000-0002-7267-1431>.
2. Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği Başkanı.

Gönderim tarihi (Received) : 27.12.2020  
Kabul tarihi (Accepted) : 05.03.2021

---

**Atıfta Bulunmak İçin (Cite This Paper):**

Topçuoğlu M.A (2021). “Akut İnmeli Hastalara Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge” Bağlamında Türkiye’de İnme Organizasyonu: Beklentiler, İhtiyaçlar Ve Kısa Vadede Gelecek Projeksiyonu, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 5(1):1-4

Sayın Editör,

Türkiye’de yaşam süresinin giderek uzaması ile inme sıklığında belirgin bir yükselme gözleniyor. İnme insidansının gelecek on yıllarda Türkiye’de yükselmeye devam edeceği, en azından düşüş göstermeyeceğini söylemek yanlış olmaz. İnmenin hiperakut dönem tedavileri olarak intravenöz doku plazminojen aktivatörü (IV tPA) uygulaması ve nörogirişimsel yöntemlerin özelleşmiş bir hasta tanı, sevk ve tedavi sistemi gerektirdiği biliniyor.

Bu realite temelinde Sağlık Bakanlığı (SB) ile Türkiye’de inme biliminin akademik otoriteleri olan Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği (TBDHD) ve Türk Nöroloji Derneği (TND)’nin yakın işbirliği ile önemli aşamalar geçildi ve Türkiye’de “Akut İnmeli Hastalara Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge” 18 Temmuz 2019’da yayımlandı (Sağlık Bakanlığı, 2019). Bir yıl sonra tümüyle yürürlüğe girmesi beklenirken şimdi pandemi nedeniyle zorunlu olan bir erteleme yaşanıyor. Bu dönemde inme sistemine dair hazırlıklarımız pandemi mücadelemiz ile eş zamanlı olarak devam etmektedir. Bu hazırlıklar kapsamında TBDHD olarak kısa vadede sonuç alınabilecek düzenlemelere dair açıklama ve hatırlatma amacıyla bu mektubu kaleme alma ihtiyacı doğmuştur.

Bilindiği üzere, inme, ülkemizde güncel “klinik protokolü” ve “tanı ve tedavi rehberi” yayınlanmış bir alandır (Sağlık Bakanlığı, 2017, 2020). TBHD ve TND, Yönergede sözü geçen süreçlere dair pratiğe dönük uygulama prensipleri ve rehberler yayınlanmaktadır (Acar vd, 2020; Topçuoğlu vd. 207, 2018, 2020). Diğer taraftan pandemi sürecinde akut inme hastası yönetimine dair rehberler de tamamlanmıştır (Topçuoğlu vd. 2020).

TBDHD, akut inme hastalarının tedaviye ulaşmasının önündeki engelleri aşabilmek için ülke genelinde kampanya yürütmekte ve toplumsal farkındalığın en üst düzeye çıkarılması için ara vermeden çalışmaktadır. Bu yıl faaliyetler Dünya İnme günü olan 29 Ekim’den başlayarak “www.inme.org.tr” sitesi merkezinde daha ileri bir boyuta taşınmıştır (Şekil 1).



Şekil 1: www.inme.org.tr kampanya mottosu

Sosyal medya ortamlarında ulaşılan kişi sayısı bir milyonu aşmış, İstanbul ve Ankara dahil olmak üzere pek çok şehirdeki reklam panoları/ekranları, gazeteler, TV ve radyo programları ile daha geniş bir halk kitlesine de ulaşılmıştır. Bu kampanyanın pandemide akut inme hastalarının evde kalmamasına ve tedavi olmak için 112’yi aramalarına katkı yaptığını düşünüyoruz. Çünkü akut inme tedavisi pandemide değişmediği gibi, “inmede çare erken müdahale” gerçeği de aynı önemde yerini korumaktadır.

“Akut İnmeli Hastalara Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge” ile ülkemizde akut inme tedavisinin yapılabileceği birimler “inme üniteleri” ve inme merkezleri” olarak iki kategori halinde düzenlenmiştir. İnme üniteleri bilinen şekli ile primer inme merkezinin bir uyarlaması olup IV tPA uygulayabilen, kritik ve ileri tedavi yöntemlerine ihtiyacı olmayan hastaların takip edilebildiği, genellikle küçük yerleşim birimlerinde bulunan veya bulunması planlanan merkezlerdir. İnme ünitelerinin bölgesel inme merkezi ile koordineli çalışması beklenir. İnme merkezleri nöroloji yoğun bakım, 7/24 olarak nörogirişimsel işlemlerin yapılabildiği anjiyografi birimleri yanı sıra ileri görüntüleme, operasyon, bakım ve monitörizasyon imkanları içerir. Major serebral damar tıkanması olan ve nörolojik yoğun bakım gerektiren akut iskemik inme olguları ile akut intraserebral ve subaraknoid kanamaların tama yakın kısmı inme merkezlerinde yönetilir.

Yönerge ile inme ünitesi ve inme merkezinde akut inme hastasının tıbbi süreçlerinin nöroloji uzman tabibi sorumluluğunda yürütüleceği kuralı konulmuştur. Nörogirişimsel işlemler tanımlanmış yetkinlik şartlarını sağlayan nöroloji, kardiyoloji, radyoloji ve nöroşirurji uzmanları tarafından kapasite ve teknik özellikleri yönergede belirlenmiş birimlerde gerçekleştirilir. Girişimsel işlemleri yapan uzmanlar ile inme merkez ve üniteleri lokal sertifikasyon ve ardından

akut inme bilim kurulu tarafından merkezi sertifikasyon ile tescillenir. Her bir birim ülke boyutunda çalışması planlanan bir sistem ve ağ içinde hareket etme üzerine kurgulanmıştır.

Şimdi inme ünite ve merkezlerinin bütüncül organizasyonu ile tüm ülkeyi kapsayacak seviyede sevk ve idare ağı oluşturulması ve kalite üzerine kurulu bir akut inme sisteminin geliştirilmesinin zamanı gelmiştir. Nöroloji yoğun bakım ve inme ünitelerinde hasta yönetiminden sorumlu nöroloji uzman hekimin başında olduğu takımda yer alacak olan inme hemşireleri, fizyoterapistler ve dil-konuşma terapistlerinin özlük haklarının tanımlanması zamanıdır. Nöroloji ve nörogirişimsel tedavileri uygulayabilen uzman sayısının artırılması kısa zamanda başarılmalıdır. Bu uzmanlar, Yönergede çizilmiş olan çağdaş inme sisteminin ülkemize adaptasyon ve uygulamasını gerçekleştirecek, bilimsel inme tedavisini hastaya sunacak ve bu hizmeti kesintisiz hale getirecektir. Tamamının yakın zaman içinde hayata geçmesi beklentimizdir. Bunu duyurmak ise bir bakıma taahhüt etmiş olmak demektir.

## Kaynakça

1. Acar BA, Akpınar ÇK, Alioğlu Z, Arlier Z, Arsava EM, Aytaç E, et al. İnme klinik pratiğinde NOAK kullanımı: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği Uzman Görüşü. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2020; 26
2. TC Sağlık Bakanlığı, Akut İnmeli Hastalara Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/31489,akut-inmeli-hastalara-verilecek-saglik-hizmetleri-hakkinda-yonergepdf.pdf?0> , 2019, Erişim Tarihi: 28.12.2020.
3. TC Sağlık Bakanlığı, Akut İskemik İnme Rehberi, <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/Eklenti/36615/0/akutiskemikinmetanitedavirehberi20200226pdf.pdf> , 2020, Erişim Tarihi: 28.12.2020.
4. TC Sağlık Bakanlığı, İnme Klinik Protokolü, <https://argestd.saglik.gov.tr/Eklenti/39428/0/inmepdf.pdf> , 2017, Erişim Tarihi: 28.12.2020.
5. Topcuoglu M, Arsava E, Ozdemir A. COVID-19 pandemisinde akut iskemik inme tedavisi: Uzman görüşü. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2020; 26(1): 91-94. doi: 10.5505/tbdhd.2020.62134.
6. Topcuoglu MA, Arsava EM, Ozdemir AO, Gurkas E, Necioglu-Orken D, Ozturk S. Akut İnme Tedavisinde İntravenöz Trombolitik Tedavi: Sorunlar ve Çözümler. Turk J Neurol 2017; 23(4): 162-75. doi: 10.4274/tnd.71084.
7. Topcuoglu MA, Arsava EM, Ozdemir AO, Gurkas E, Necioglu-Orken D, Ozturk S. Akut İnme Tedavisinde İntravenöz Trombolitik Tedavi: Sık Görülen Sistemik Sorunlar ve Çözümleri. Turk J Neurol 2018; 24(1): 13-25. doi: 10.4274/tnd.01212.
8. Topcuoglu MA, Tulek Z, Boyraz S, Ozdemir AO, Ozakgul A, Guler A, et al. İnme Hemşireliği: Standartlar ve pratik uygulamalar kılavuzu Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği ve Nöroloji Hemşireliği Derneği Ortak Strateji Projesi. Türk Beyin Damar Hast Derg 2020; 26(1): 1-90 2020; 26(1): 1-90. doi: 10.5505/tbdhd.2020.41713.



**COVID-19 Follow-Up Centers: An Intervention for Identifying and Managing the Long-Term Effects of COVID-19**

Gülcan TECİRLİ<sup>1</sup>, Elife DİLMAÇ ARTUN<sup>2</sup>

**Abstract**

Various approaches are being developed to manage the short-, medium- and long-term effects of the Novel Corona Virus Disease (COVID-19). However, there is not enough information about how the health of people who have been exposed to the virus will be affected, especially in the long term. Therefore, it has been decided by the Turkish Ministry of Health to establish COVID-19 Follow-up Centers in order to detect possible complications that may develop in patients who have recovered from COVID-19 in the early period and to make necessary interventions in a timely manner. In these centers, it is aimed to reveal the short, medium and long-term side effects of the disease by systematically and regularly monitoring the patients diagnosed with COVID-19, regardless of whether they have any complaints. In this study, the establishment process of the COVID-19 Follow-up Centers, the patient follow-up process has been evaluated. This study is expected to make contribution to the future policies to be implemented in future pandemics.

**Keywords:** COVID-19, complications, long-term effects, follow-up centers.

1. Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Health Services, R&D and Health Technology Assessment Department, gulcan.tecirli@saglik.gov.tr, <https://orcid.org/> <https://orcid.org/0000-0001-6244-3753>
2. Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Health Services R&D and Health Technology Assessment Department, elifedilmac@saglik.gov.tr <https://orcid.org/0000-0003-2572-442X>

Received : 15.06.2021  
Accepted : 25.06.2021

---

**Cite This Paper:**

Tecirli, G. and Dilmaç Artun, E. (2021). COVID-19 Follow-Up Centers: An Intervention For Identifying And Managing The Long-Term Effects Of COVID-19, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 5(1):5-8.

## **1. Introduction**

Coronaviruses are members of large family of viruses that can cause clinical manifestations ranging from the common cold to severe respiratory failure. The virus that causes COVID-19, called SARS-CoV-2, was identified in January 2020. Information regarding the virus and the disease have increased since this period. New information about the short-and long-term effects of the disease are being obtained every day and thus various intervention methods are being developed. However, there is not enough information about how the health of people who have been exposed to the virus will be affected in the long term, since there has not been enough time from the onset of the disease to this day.

The Republic of Turkey Ministry of Health has started a study to establish COVID-19 Follow-up Centers in Turkey and spread them throughout the country in line with the requirements. Through these centers, it is aimed to maintain the standards established in the acute period management of the disease in patient follow-ups, to detect possible complications in a timely manner, to perform timely interventions which is needed, and thereby to minimize the uncertainties that may be experienced by COVID-19 patients in the long term.

As a consequence of this study, which is considered to be a good practice it will be possible to ensure that individuals receive holistic, scientific and long-term treatment or support from a medical-biopsychosocial perspective, and also to create a database for scientific studies on current status and the long-term effects of the disease.

## **2. Process and Justifications**

### ***2.1. Follow-up Centers Establishment Process***

The first COVID-19 case in Turkey was detected on March 11, 2020. Afterwards because of the the rapid increase of patients and the prolongation of the pandemic the establishment of a a follow-up system was planned by the Ministry of Health in order to determine the systemic effects of the virus at an early stage and to make the treatment of the patients without delay. In the planning process the “Health System Strengthening Support Project in scope of the United Nations Development Programme (UNDP) Rapid Response Program to the New Corona Virus Disease (COVID-19)” has been an accelerating factor (UNDP 1, 2020). Thus, the The Follow-Up and Evaluation of the Coronavirus Disease (COVID-19) Patients by the Establishment of Follow-Up Centers Project, which had been prepared by the General Directorate of Health Services, was put into practice with the support of UNDP. In this project ten academicians were assigned from the specialties of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Internal Diseases, Cardiology, Intensive Care, Chest Diseases, Otorhinolaryngology, Neurology, Ophthalmology, Psychiatry and Rheumatology. The current situation analysis was made by these experts and thus the justifications for the establishment of COVID-19 Follow-Up Centers were enhanced (UNDP 2, 2020).

Firstly, the geographical distribution of these centers was evaluated. In this context, initially it was aimed to establish the COVID-19 Follow-up Centers as the pilot center(s) and to resolve problems to be encountered faster. Thus, it was planned to maintain optimum functioning processes and then dissemination of the centers all over the country. In this context, the first pilot center started to serve in Health Sciences University- Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital on 1 December 2020. The second pilot center started to serve in Eskişehir City Hospital on 13 December 2020. The health information system module to be used in the pilot centers was completed and evaluated.

Principally a total of 30 COVID-19 Tracking Centers is planned to be opened in 30 Health Service Regions in 24 provinces within the scope of the Health Service Regional Structure (Circular, 2010) which has been implemented in Turkey. It was envisaged to establish a center in each city and even to establish a follow-up center in every pandemic hospital if needed in the forthcoming periods.

## **2.2. Follow-up Process of Recovered COVID-19 Patients**

A dynamic follow-up algorithm has been developed for the prevention, early diagnosis and timely treatment of diseases, sequelae and complications that may occur in the short, medium and long-term due to the COVID-19 virus in patients who have had COVID-19. The COVID-19 Follow-up Center software was prepared for these algorithms. The software was integrated to the Ministry of Health Public Health Management System (HSYS, 2021).

Periodic follow-up of patients in these centers is planned. In this context, after being diagnosed with COVID-19 and recovered;

- At 0. (first examination after Covid-19), 1. 3. 6. and 12. months for the first year,
- It will be held twice a year for the second year and for the following years if needed.

At the same time, the forms to be used in the follow-up of these patients were arranged and these forms were included in the COVID-19 Follow-up Center software. These forms can be listed as follows;

- Patient information and socio-demographic information form,
- Anamnesis, symptom questioning and physical examination form,
- Laboratory and imaging tests form,
- Scales;
  - VAS (Visual Analog Scale, Visual Analog Scale),
  - MMRC (Dyspnea Scale, Modified Medical Research Council),
  - ECOG (Daily Living Activities Performance Score, Eastern Cooperative Oncology Group),
  - Clinical Frailty Score,
  - Muscle Strength Assessment (Medical Research Council (MRC) Muscle Strength Scale),
  - Psychiatric Evaluation Scale,
  - Mini Mental State Test -Educated Patients,
  - Mini Mental State Test-Others,
  - Quality of Life Scale,
  - Malnutrition Universal Screening Test (MUST),
  - Mini Nutritional Assessment Test (MNA\_SF),
  - 6-minute Walk Test (Modified BORG Scale).
- Informed Consent Form.

The criteria have been determined for the standardized follow-up process. These are (i) patient evaluations according to their specialties, (ii) which scale to be applied to which patient and (iii) in which cases the patients should be referred to the relevant specialties. In order to operate the follow-up and referral more effectively, information and training materials were prepared for the health professionals who will work in the Follow-up Centers. The training material was made available via the Ministry of Health's Distance Health Education System (USES, 2021).

### 3. Findings

As of the mid of June 2021, when the study was prepared for publication; the number of patients followed up in two pilot centers is 2228. Among these patients; 1694 of the patients had their first follow-up, 375 of the patients had their second follow-up, 148 of the patients had their third follow-up, 11 of the patients had their fourth follow-up (Table 1).

**Table 1.** The Number of Patients Followed-Up in Pilot Centers (as of June 15, 2021)

1st follow-up	2nd follow-up	3rd follow-up	4th follow-up	Total
1694	375	148	11	2228

### 4. Conclusion

Establishment of Follow-up Centers is considered to be an important initiative to generate systematic data on the long-term effects of COVID-19 in Turkey. On the other hand, it is planned to carry out different studies for the process of expanding the follow-up centers and the evaluation of the findings obtained in the periodic controls.

### 5. References

1. Health System Strengthening Support Project in scope of the United Nations Development Programme (UNDP) Rapid Response Program to the New Corona Virus Disease (COVID-19), (UNDP 1, 2020)
2. Health System Strengthening Support Project in scope of the United Nations Development Programme (UNDP) Rapid Response Program to the New Corona Virus Disease (COVID-19), (UNDP 2, 2020)
3. Health Service Regional Structure (Circular, 2010), Sağlık Bakanlığı (2010). Sağlık Bölge Planlaması, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11024/saglik-bolge-planlamasi-hakkinda-genelge-ile-hastane-yatak-ve-rolleri-tescil-onayi-201050.html> , Access date: 31.05.2021.
4. Republic of Turkey Ministry of Health, General Directorate Of Health Information System, Public Health Management System (HSYS), 2021. <https://hsys.saglik.gov.tr/Account/Login?ReturnUrl=http%3A%2F%2Fhsys.saglik.gov.tr%3A8080%2F>, Access date: 31.05.2021.
5. Republic of Turkey Ministry of Health, General Directorate of Health Services, Distance Health Education System (USES), 2021. <https://uses.saglik.gov.tr/default.aspx>, Access date: 31.05.2021.

## Esnek Hastane Tasarımında Türkiye’deki Hastanelerin İstatistiksel Verilerinin Analizi

Gamze KARAKAŞ<sup>1</sup>, Abdullah SÖNMEZ<sup>2</sup>

### Öz

Bu çalışmanın amacı, mevcut sağlık yapılarının dönüştürülmesine ve geliştirilmesine bir temel oluşturmaktır. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığının yıllık yatırım planlarında belirttiği üzere, yeni yapılacak olan hastane binalarıyla ilgili nüfusa, yatak sayısına ve yıllara bağlı bir tahmin metodu geliştirilerek hastane binası planlamalarında metrekareler üzerinden öngörülü bir tasarım yapılmasına katkı sağlayabilmektedir. Mevcut binalar incelenerek bulunan matematiksel analiz sistemi sayesinde, gelecekte yapılacak olan sağlık binalarının rezerv alan bırakılarak tasarlanması yerine; yıllar içerisinde nüfustaki ve yatak sayılarındaki artış katsayıları hesaplanarak bölümler bazında hastane içerisindeki dağılım yüzdeleri ve aynı zamanda öngörülmesi istenen yılda hastanenin kümülatif inşaat alanı tespit edilebilmektedir. Böylelikle bilinmeyen tahminine yönelik tasarlama yöntemleri yerine, yıllara göre projekte edilmiş artış miktarlarını gösteren kesin hesaplamalar yapılabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane mimarisi, esnek tasarım, strüktür, tesisat esnekliği.

1. Dr. Mimar, İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi, [gamze.karakas1@saglik.gov.tr](mailto:gamze.karakas1@saglik.gov.tr), <https://orcid.org/0000-0001-5684-3777>

2. Doç. Dr., DEÜ Mimarlık Fakültesi, Mimarlık Bölümü, [abdullahsonmez@deu.edu.tr](mailto:abdullahsonmez@deu.edu.tr) <https://orcid.org/0000-0002-9709-4984>.

Gönderim Tarihi : 19.03.2021

Kabul Tarihi : 24.06.2021

---

### Atıfta Bulunmak İçin:

Karakaş, G ve Sönmez A. (2021). Esnek Hastane Tasarımında Türkiye’deki Hastanelerin İstatistiksel Verilerinin Analizi, *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 5(1):9-26.

## Development Of A Methodology In The Hospital Architecture To Meet The Flexibility Requirements Of The Users

Gamze KARAKAŞ<sup>1</sup>, Abdullah SÖNMEZ<sup>2</sup>

### Abstract

*The aim of this study is to provide a basis to the transformation and improvement of the current health facilities. Also it is aimed, to contribute to a predictive design over the square meters of the hospital building plans by developing a forecast method based on the population, number of beds and years in the new hospital buildings. As stated in the annual investment plans of the Ministry of Health, Thanks to the formulation system found by examining existing buildings, instead of designing by leaving a reserve area in health buildings to be built in the future; by calculating the coefficients of increase in the population and the number of beds over the years, the distribution percentages within the hospital on the basis of departments, as well as the cumulative construction area of the hospital in the desired year can be determined. Thus, instead of designing methods for estimating the unknown, precise calculations can be made that show the projected increase amounts over years.*

**Keywords:** Hospital architecture, flexible design, structure, installation flexibility.

1. PhD. Architect, İzmir Bornova Türkan Özilhan Public Hospital, [gamze.karakas1@saglik.gov.tr](mailto:gamze.karakas1@saglik.gov.tr), 0000-0001-5684-3777

2. Assoc. Prof., DEU Faculty of Architecture, Department of Architecture, [abdullahsonmez@deu.edu.tr](mailto:abdullahsonmez@deu.edu.tr), 0000-0002-9709-4984

Received : 19.03.2021

Accepted : 24.06.2021

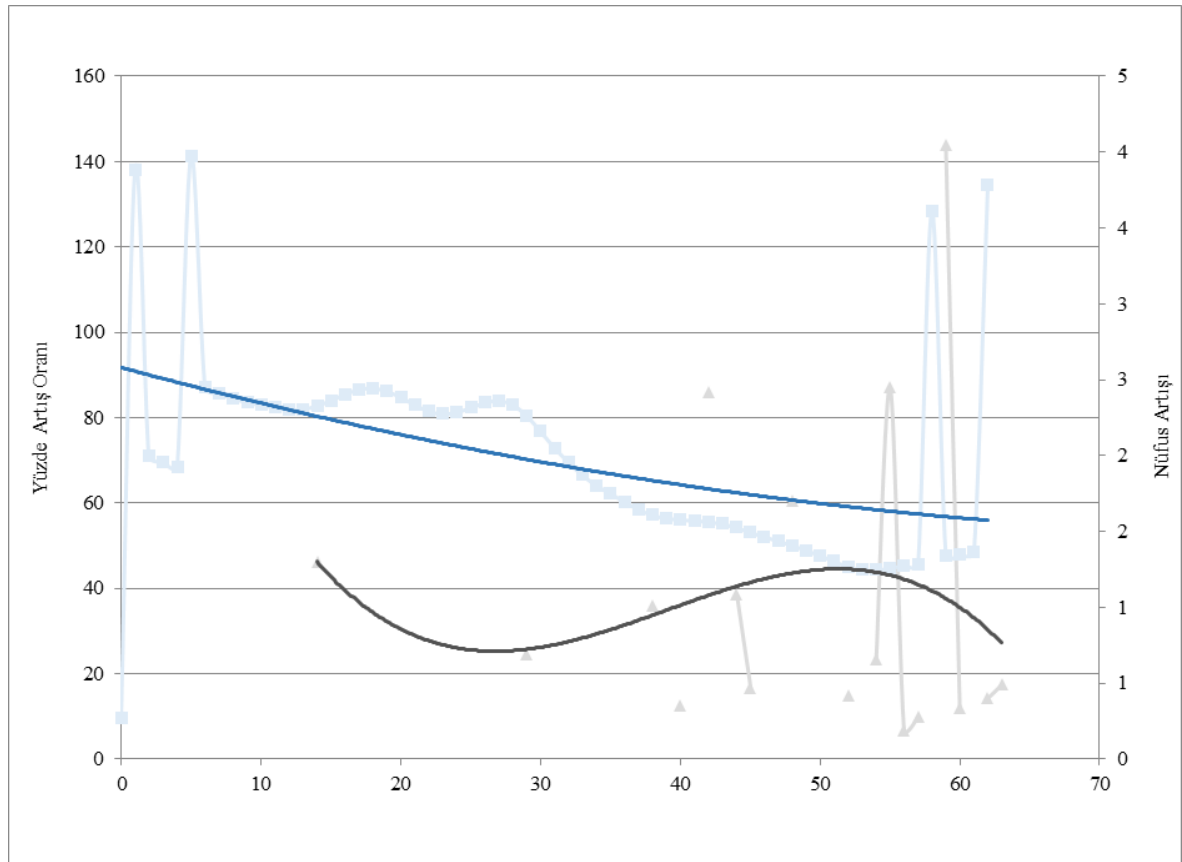
---

### Cite This Paper:

Karakaş, G and Sönmez A. (2021). Development Of A Methodology In The Hospital Architecture To Meet The Flexibility Requirements Of The Users, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 5(1):9-26.

## 1. Giriş

Planlama, programlama ve tasarım hatta uygulama aşamasında bile tasarımda önemli rol oynayacak birçok veri, çeşitli nedenlerden netleştirilememektedir. Bu durum, yapının kendi iç bünyesinde karmaşık işlevsel ilişkilerinin doğru çözümlenebilmesi zorluğunun yanı sıra; hastane planlamacılarının ve tasarımcıların en önemli sorunlarından biri olarak bütün bir süreci de karmaşık hâle getirmektedir. Sağlık kurumları, bu nedenle hem karışık işlevli yapı grubuna giren, hem de karışık tasarlama süreci olan yapılardır. Hastane yapılarının tasarımı dışında tasarı sürecinin de tasarlanması zorunluluğu, konuyu ve çözümü daha da zor bir problem hâline dönüştürmektedir. Tüm bu gerekçelerle; *“Bilinmeyen tahminine yönelik yaklaşımlarla tasarlama yerine; yapıların değişimlere uyum sağlayabilmesi için esnek planlama, temel tasarım ilkesi olmalıdır”* (Toğan, 2010).



Şekil 1. Türkiye Geneli Nüfus-Metrekare Artış Oranları Normalize Edilmiş Ortalaması (Karakaş, 2020).

## 2. Türkiye'deki Hastane Yapılarının Genel Analizi

Çalışmamızda Türkiye genelindeki farklı illerden seçilen, farklı büyüklükteki 30 adet hastane binası incelenecektir. Çalışmamız hem bina genelindeki hem de özellikli birimlerdeki metrekare artışlarıyla nüfus artış oranlarını karşılaştırmayı, artış oranları üzerinden çıkarılacak formülle belli katsayılarla ulaşarak ileride yapılacak hastane binalarının hangi birimlerde yüzde kaç artış göstereceği bilgisiyle tasarım yapmayı hedeflemektedir. Sağlık Bakanlığında büyüme kistası, yatak sayıları üzerinden oluşturulduğu için yatak sayılarındaki artışları da göz önüne alarak değerlendirme yapmak

gerekmektedir. İncelenen tüm hastanelere ait 2016 yılı toplam muayene sayıları bilinmekle beraber, geriye dönük yıllık toplam muayene sayılarına ulaşılamamıştır. İstanbul'daki hastanelerin de son 5 yıllık arşivine erişim sağlanabilmiştir (İSM, 2018). Ancak hastane binalarındaki metrekare artışlarının olduğu yıllarla senkronizasyon sağlanması gerekli olduğundan ve çoğunlukla değişimler 15-20 yıla yayıldığından anlamlı datalar elde edilememektedir. Şekil 1'de incelenen 10 adet hastane için son 50 yılda toplam metrekare artışının %40'larda olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Ek 1'de verilen 30 adet hastanenin Türkiye için projeksiyonu yapılırken daha doğru sonuçlar elde edebilmek için; Şekil 1'de belirtilen genel hastane, üniversite hastanesi, özel hastane, dal hastanesi dağılım yüzdeleri baz alınarak seçim yapılmıştır. İncelenen hastaneler %60 oranında İstanbul ili içerisinde bulunmaktadır.

Çalışmamızda tüm lokasyonlara ait son 50 yıllık nüfus artış oranları ve hızlarının, toplam metrekare artışlarıyla karşılaştırılarak yorumlanmasının daha sağlıklı sonuç vereceği kanaatine varılmıştır. Sağlık Bakanlığı Yatırımlar Genel Müdürlüğü Daire Başkanlığının güncel tutumu; son yıllarda yapılan projelerin Bakanlığın sağlık hizmet sunum planlamaları doğrultusunda Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (KHGM), Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü ve İl Sağlık Müdürlüğü (İSM) tarafından oluşturulan komisyon marifetiyle karar olarak ihtiyaç programları doğrultusunda hastane tasarımı yapmak, o ile ait hastane ihtiyacını uzun süreli karşılayabilecek monoblok kompleksler inşa etmek şeklindedir (Sürmelihindi, 2014). Bu sebeple elimizdeki 30 hastaneye ait tüm verileri değerlendirerek Türkiye geneli için bir projeksiyon oluşturmak; bu fonksiyonel değerlendirmeye elde edilen katsayıların gelecekte yapılacak hastaneler için zemin teşkil etmesi açısından uygun bir yöntem olarak görülmektedir.

Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre hastanelerin yüzde dağılımının;

- Genel hastaneler + Üniversite Hastaneleri: % 59,6
- Dal hastaneleri: % 10,2
- İlçe hastaneleri: % 30,20

olduğu görülmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017).

TÜİK verilerine göre yatak sayılarının yüzde dağılımına bakıldığında ise;

- Özel hastaneler: % 19,3
- Genel hastaneler: % 59,6
- Üniversite Hastaneleri: %17,7
- Dal hastaneleri: % 3,4

olduğu görülmektedir (TÜİK,2018).

Bu çalışmada kullanılan 30 hastane belirlenirken de bu dağılım göz önüne alınarak % 63'ü devlet hastanesi ve eğitim araştırma hastanesi, % 20'si dal hastanesi ve %17'si özel hastane olacak şekilde dengeli bir seçim yapılmış, Türkiye genelinin küçük ölçekli bir modeli oluşturulmuştur (Tablo 1).



Tablo 1. Hastanelerin Sektörlere Göre Dağılım Grafiği (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017).

HASTANELERİN SEKTÖRLERE GÖRE DAĞILIMI (Aralık 2015)								
No	Kurum Türü	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	2015 YDO	2014 YDO	2013 YDO	Nitelikli Yatak	Poliklinik Odası
1	TKHK	707	123242	71	72	70	55274	28858
2	THSK	177	1788	70	1	1	584	630
3	<b>SB Toplam</b>	<b>874</b>	<b>125030</b>	<b>70</b>	<b>71</b>	<b>69</b>	<b>56263</b>	<b>29488</b>
4	Üniversite	70	36867	80	77	74	19516	7311
5	Özel	560	44260	64	60	55	30640	13765
6	<b>Toplam</b>	<b>1514</b>	<b>206157</b>	<b>70</b>	<b>70</b>	<b>67</b>	<b>106119</b>	<b>50564</b>

Hâlen yürürlükte olan 3194 Sayılı İmar Kanunu, Plan Yapımına Ait Esaslara Dair Yönetmelik hükümlerine göre, yatak başına en az 130 m<sup>2</sup> olarak belirlenmiş olan bu büyüklük standartlarına karşın, modern sağlık yapıları uygulamalarında ve dünya örneklerinde büyüklük standartları;

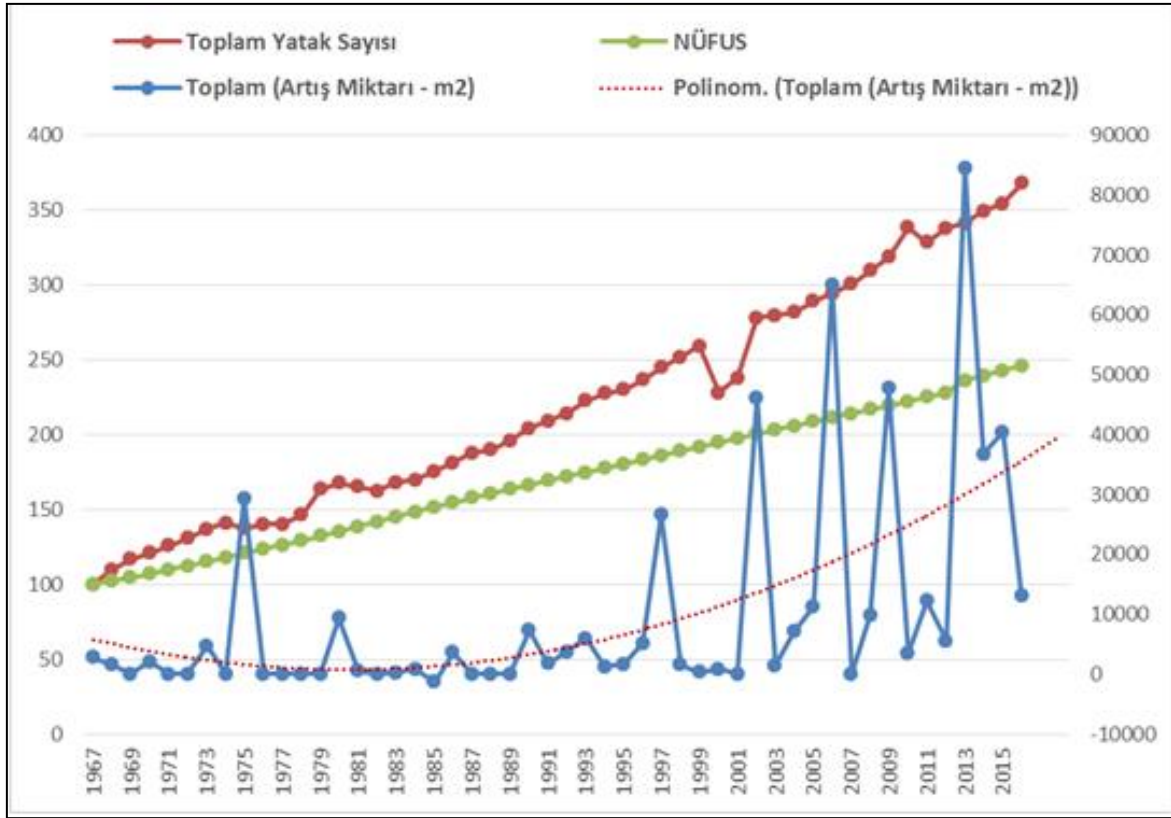
- Cerrahi ağırlıklı hastanelerde en az 150 m<sup>2</sup>
- Dâhili hastanelerde en az 120 m<sup>2</sup>
- Rehabilitasyon hastanelerinde 200 m<sup>2</sup>
- Psikiyatri hastanelerinde 150 m<sup>2</sup> olarak belirlenmiştir.

Bu oran, çok özel yapısal standartları ortaya koyan sağlık kampüs çalışmalarında ise yatak başına 200 m<sup>2</sup> ye kadar ulaşabilmektedir (Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu, 2010: 45).

İncelenen 30 hastane üzerinden bir ortalama alınacak olursa her bir hastane için hastane toplam metrekarelerini toplam yatak sayısına böldüğümüzde yaklaşık 75-100 m<sup>2</sup>/yatak sonucuna ulaşılmaktadır. 2000 yılından itibaren yatak başına düşen alanlarda artış gözlenirse de imar mevzuatının gerektirdiği 130 m<sup>2</sup>/yatak standardının hâlâ yakalanamadığı açıkça görülmektedir.

## 2. İstatistiksel Verileri Hesaplama Yöntemi İle Elde Edilen Sonuçlar

Bu makale, tezden türetilen bir çalışma olduğu için istatistiksel verilerin en günceli 2017 yılına aittir. Akabinde yapılan çalışmalar projekte edilerek çalışmanın güncelliği sağlanmıştır. Regresyon analizi yapılırken, Türkiye'deki sağlık tesisi sayısının çeşitlilik göstermesi sebebiyle, nüfusun demografik yapıdan etkilenmediği ve çevresel faktörlerden bağımsız olduğu varsayılmıştır. Ayrıca gerçekte değişime etkisi olan ancak yeterli veri seti olmadığı için istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmeyen yıllık muayene oranları ve hastanede çalışan personel sayıları dikkate alınmamıştır (Şekil 2).



Şekil 2. Türkiye’de Yıllar İçerisinde Toplam Yatak Sayısı / Nüfus / Toplam M<sup>2</sup> Artış Oranını Gösterir Grafik (Soldaki Sütun Yatak Sayısını, Sağdaki Sütun Artış Miktarını İfade Etmektedir) (Karakaş, 2020).

Yapılan analizde nüfus ve yatak sayıları bağımsız değişkenler, hastane birimleri ise bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. Seriler zaman serisi olduğundan yıl değişkeni göz önünde bulundurulmuştur. Hastane binasının bölümlerinde, anlamlı veriler elde edilebilecek bölümler üzerinden değerlendirme yapılmıştır. FTR, dış ünitesi, kapalı otopark, kemoterapi merkezi gibi özellikli olan ve her hastane bünyesinde bulunması zorunlu olmayan birimler, oluşturulan seri toplam m<sup>2</sup>lerde bulunmamaktadır. Dolayısıyla yatak başına düşen metrekare miktarı; mevcutta 100 iken, Excel hesaplama cetvelinde 75 olarak görünmektedir. Bu durumun bilinçli olarak hesaplamaya dâhil edilmeyen alanlar sonucunda ortaya çıkmakta olduğu unutulmamalıdır. Mevcut veriler ile oluşturulan eğri grafiklerinin R<sup>2</sup> oranlarının yüksek ve anlamlı grafikler oluşturduğu görülmektedir. Acil toplam m<sup>2</sup>lerine bakıldığında, 5.000 m<sup>2</sup> civarında bir artış görülmektedir. Aslında günümüz koşullarında acillerin çalışma yoğunluğu, muayene olan hasta sayısı dikkate alındığında yeterli artış miktarının karşılanamadığı görülmektedir. Poliklinik toplam m<sup>2</sup>lerine bakıldığında da aynı durumla karşılaşılmaktadır. 15.000 m<sup>2</sup> artış gibi bir miktar, TÜİK verilerinde de görülebileceği gibi, %80’i ayakta teşhis tedaviye ayrılan hastane binaları için yeterli bir oran değildir.

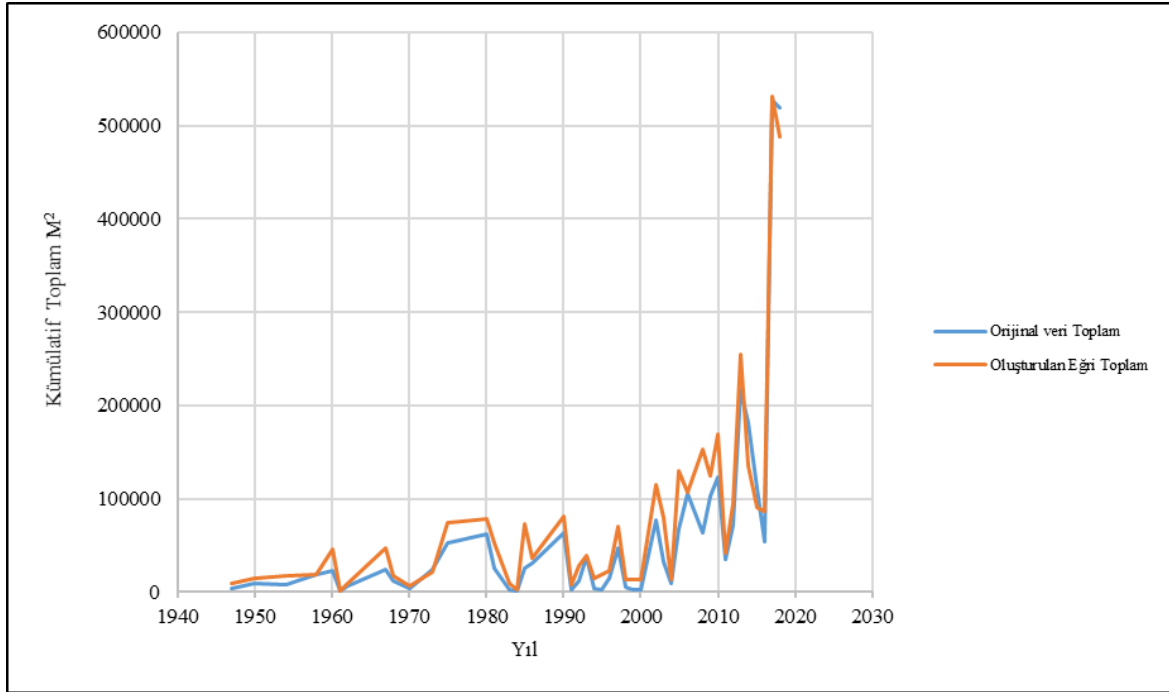
Yataklı servislerin durumu biraz daha spesifik olup toplam m<sup>2</sup> artışı 25.000 m<sup>2</sup>-30.000 m<sup>2</sup> arasında değişim göstermektedir. Sağlık Bakanlığının güncel tutumu da yataklı servislerde yatak başına düşen m<sup>2</sup>’yi artırma yönündedir. Bu sebeple yeni yapılan hastane binalarında iki yataklı mümkünse tek yataklı odalar tasarlanmaktadır. Özellikle yeni yapılan şehir hastanelerinde bu durumun dikkate alındığı tespit edilmiştir. Hastane bünyesinde kurulan görüntüleme merkezleri ve laboratuvar birimlerine bakıldığında, adı geçen birimlerin toplam m<sup>2</sup>lerinin 4.000 m<sup>2</sup> civarında seyrettiği gözlenmektedir. Varılan sonucun ortalama veya

ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir. Bu konunun önemsenmesi gerekli standartlara uyulması, güncel hastane tasarımlarında da büyük ölçüde problemlerin çözümünü sağlayacaktır (Karakaş, 2020).

Birçok standardı sağlaması gereken ve hastanelerin en özellikli alanları arasında yer alan ameliyathanelerin toplam artış miktarlarının 6.000 m<sup>2</sup> civarı olduğu, yapılan analiz sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bazı hastanelerde ameliyathane salonlarına yıllar içerisinde mevcutta var olan ameliyathane salonları kadar ameliyathane salonu eklenirken bazı hastanelerde ise uzun yıllar hiçbir değişiklik göstermeden ameliyathane salonları faaliyetini sürdürebilmektedir. Yoğun bakımlar da aynı ameliyathaneler gibi özellikli alanlardır. Türkiye ortalamasında toplam m<sup>2</sup>lere bakıldığında erişkin yoğun bakımların 4.000 m<sup>2</sup> civarında olduğu görülmektedir. Ayrıca bu alanların yatak artırımları, talep üzerine Sağlık Bakanlığı onayı ile yapılmaktadır. Yeni doğan yoğun bakımlar da aynı ameliyathaneler gibi özellikli alanlardır. Dolayısıyla yatak başına düşen m<sup>2</sup>leri tahmin edilenden daha büyüktür. Türkiye ortalamasında toplam m<sup>2</sup>lere bakıldığında yeni doğan yoğun bakım servislerinin ise 2.000 m<sup>2</sup>lerde olduğu görülmektedir. Doğumhane/kadın doğum servislerinin toplam m<sup>2</sup>lerinin 2.000 m<sup>2</sup> civarında çıkması, aslında hastane bünyesinde daha az alan kapladığına dalalet değildir. Bunun asıl sebebi, kadın doğum servislerinin yoğun ve yatak sayılarının ihtiyaca binaen fazla olması dolayısıyla, il/ilçe içerisinde hastane binasından ayrı bir binada ya da ek binada hizmet vermesinden kaynaklanmaktadır.

Destek birimleri, hastane binasının ilk akla gelen bölümleri arasında sayılmasa da aslında yekûn teşkil eden birimlerdir. Teknik hacimler, mutfak, yemekhane ve depolar, arşivler vb. söz konusu birimler içerisinde yer alır. Bunların toplam m<sup>2</sup> artışları 15.000 m<sup>2</sup> -20.000 m<sup>2</sup> arasındadır. İdari birimler, hastanenin sevk ve idaresi bakımından, hastane binalarında önemli derecede yer almaktadır. Burada idari birimler, yönetim katını oluşturmakta ve toplam m<sup>2</sup> artışı 5.000 m<sup>2</sup> olarak gözlemlenmektedir. Sirkülasyon alanları ve ıslak hacimler bir binanın olmazsa olmazlarındandır. Bina büyüdüğünde artış göstermesi yadsınamayacak birimlerin başında bunlar gelmektedir. Toplam m<sup>2</sup> artışında sirkülasyon alanlarının artışı 10.000 m<sup>2</sup> olarak, ıslak hacimlere göre iki katı oranda gerçekleşmektedir. Çünkü ıslak hacimlerin toplam m<sup>2</sup> artışı, 5.000 m<sup>2</sup> olarak gerçekleşmektedir. Türkiye genelindeki hastane binalarında yıllık kümülatif toplamdaki ortalama artışın 125.000 m<sup>2</sup>-150.000 m<sup>2</sup> arasında değişkenlik gösterdiği aşağıdaki grafikten anlaşılmaktadır (Şekil 3).

Regresyon analizi sonucunda grafikte de görüldüğü üzere nüfus ve katsayısının çarpımının, yatak sayısı ve katsayısının çarpımı ile toplamının; tahmin edilen hastane toplam m<sup>2</sup> değerini verdiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Birimlere ait m<sup>2</sup> artışları toplandığında, kümülatif toplamın da sağlandığı görülmektedir. Hastanelerin toplam m<sup>2</sup> verilerinden yatak başına düşen birim m<sup>2</sup>ler elde edilmiştir. Bu grafiğe göre yataklı servislerde, yatak başına; yaklaşık 24 m<sup>2</sup>, erişkin yoğun bakım servislerinde 47 m<sup>2</sup>, yeni doğan yoğun bakım servislerinde ise 10 m<sup>2</sup> düşmektedir. Mevcut durumdaki hastanelerden elde edilen bu sonuç; yataklı servislerin “Sağlık Bakanlığının Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu”na uyumlu hâle gelebilmesi ve hastane binasının toplam inşaat alanı baz alınarak yatak başına 130 m<sup>2</sup> şartının sağlanabilmesi için, yataklı servislerin rezerv alan bırakılarak tasarlanmasını zorunlu kılmaktadır (Karakaş, 2020).



Şekil 3. Kümülatif Toplam Alanlar m<sup>2</sup> Regresyon İstatistik Eğri Grafiği (Karakaş, 2020)

KHGM İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığının 2017 yılı verileri resmî rakamlarına göre 874'ü Sağlık Bakanlığına bağlı olmak üzere Türkiye'de toplam 1514 adet hastane bulunmaktadır. Hastanelerdeki yatak doluluk oranları sektörlere göre farklılık göstermekle birlikte ortalama %70 oranlarında seyretmekte ve bu oran normal sınırlar dâhilinde kabul edilmektedir. Yine KHGM (2017) verilerine göre; hastanelerdeki yıllık toplam muayene sayısı yaklaşık 420.000.000 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla bu rakam ay bazında Türkiye genelinde toplam 35.000.000 muayene sayısına karşılık gelmektedir. Bu da hastane başına aylık ortalama 23.000 hasta girişi yapılması anlamına gelmektedir ki bu sonuçlardan optimize edilmiş bir hastane için yıllık muayene sayısının 280.000 kişi dolaylarında olduğu çıkarımı yapılabilmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017).

### 3. Geleceğin Hastane Planlaması / R. Sprow Örneği

Aşağıdaki tablolarda Amerikan Mimarlık Enstitüsü (AIA [American Institute of Architecture]) adına Richard Sprow (2015) tarafından, geleceğin hastane planlamasına ilişkin yapılan araştırmada; bir hastaneye yılda yaklaşık 278.000 hastanın -acil servis, ayakta ve yatan hasta dağılımıyla- muayene için giriş yaptığı varsayılmış ve bunlardan 50.000 kişinin laboratuvar ve görüntüleme merkezine yönlendirildiği, 15.000 kişi için operasyon kararı verildiği istatistiksel bilgilerle desteklenerek hesaplanmıştır. (Tablo 2 ve Tablo 3). Richard Sprow'un 250 yataklı gelecekteki örnek hastane planlamasında, bina inşaat alanı 35.000 m<sup>2</sup> olarak kabul edilip yatak başına 140 m<sup>2</sup> alan ayrılmıştır. Ayrıca 50 araçlık kapalı otopark ayrılması düşünülmüştür. Kanıta dayalı istatistiksel veriler kullanarak hesapladığı örnek hastane projesinde, yukarıdaki ve aşağıdaki tablolarda yıllık toplam hasta sayıları, bir hastanede olması gereken bölümlerin toplam metrekareleri ve yüzde dağılım oranları gösterilmektedir.

Tablo 2. Yıllık Toplam Hasta Sayısı Verileri (Sprow, 2015)

<b>Acil</b>	60000	Ziyaretçi sayıları
<b>Ameliyat</b>	15000	Vaka sayıları
<b>Görüntüleme</b>	50000	Prosedür sayıları
<b>Ayaktan hasta</b>	200000	Ziyaretçi sayıları
<b>Yatan hasta</b>	18000 kişi 228 Yatak 22 Yoğun Bakım Yatakları	5 günden fazla kalan (yatan hasta). 6 birim 38 yatak, 1,2, 4 kişilik odalar Özel Odalar (Yoğun Bakım)

Tablo 3. Geleceğin Hastane Planlamasında Hastane Bölümleri Dağılım Oranları (Sprow, 2015)

<b>Varsayılan Program</b>	<b>Artış Miktarı</b>	<b>% Artışı</b>
Yataklı Servisler (Yatan Hasta)	7000	% 26
Poliklinikler (Ayaktan Hasta)	3800	% 14
Acil Servis	1400	% 5
Görüntüleme / Laboratuvar	2200	% 8
Ameliyathane	3200	% 12
Yoğun Bakım-İzolasyon	2400	% 9
Operasyonel / Klinik Destek Alanları	4000	% 15
Genel Destek Alanları	800	% 3
İdari Birim Alanları	800	% 3
Eğlence ve Eğitim Alanları	800	% 3
Depo, Arşiv vb, Alanları	600	% 2
<b>Net Alanlar</b>	<b>27000</b>	<b>% 100</b>
Islak Mekânlar	3200	% 12
Sirkülasyon Alanları	4100	% 15
<b>Toplam Bürüt Alan</b>	<b>34300</b>	<b>% 127</b>
<b>Toplam Bina Brüt Kat Alanı</b>	<b>34300</b>	<b>GSM</b>
50 Araçlık Otopark	2500	GSM
Araç Sayıları	50	Cars
Yatak başına düşen park alanı	147	GSM

Sprow, esnek hastane tasarımında modüler çelik yapı sistemi ile açık planlı alanlar önermektedir. Acil servis, poliklinikler, yataklı servis gibi birimlere ayrı ayrı girişler verilmesi gerektiğini; günümüzde ayaktan hasta tedavi oranının arttığını dolayısıyla poliklinik zonlarının yatayda modüler planlama ile artırılabilceğini vurgulamaktadır. Optimum 250 yataklı bir hastanede; ameliyathane, yoğun bakım gibi özellikli alanların ise kendi içinde kapalı bir sistem ile dikey planlama yapıldığında daha efektif kullanılabileceğini; poliklinik ve yatan hasta servislerinin ise yatay planlama ile çözümünün sirkülasyonu rahatlatacağını tespitini yapmaktadır. Sprow, esnek hastane tasarımını bir modelleme üzerinden anlatmaktadır (Şekil 4). Renkli alanlar acil servis, poliklinikler, yataklı

servisler gibi birimleri ifade etmekteyken; şeffaf hacimler yatay planlama ile genişleme önerisi sunmaktadır (Sprow, 2015).



Şekil 4. Sprow'un 250 Yataklı Esnek Planlı Örnek Hastane Modeli (Sprow, 2015)

#### 4. Değişkenlere Bağlı Hesaplama Cetveli Kullanımı

Türkiye'deki 30 hastane üzerinden yapılan çalışmada benzer istatistik bilgileri çıkarıldığında, nüfus sayısına oranla formüle edilerek belirlenen toplam yatak sayısı hesaplanabilir hâle gelmiş; prototip bir hastanede olması gereken bölümler ve bu bölümlere ait yüzde dağılım oranları ayrıntılı açıklamalar ve örneklerle sunulmuştur. Mevcut hastane verileriyle elde edilen matematiksel analiz hesaplama cetvelinde istenen nüfus miktarı girildiğinde; toplam m<sup>2</sup>, birimlere göre dağıtılmış m<sup>2</sup>ler ve dağılım yüzde oranları, toplam yatak sayısı, birimlere göre dağılımlı yatak sayısı ve yatak başına düşen toplam m<sup>2</sup> otomatik olarak bulunabilmektedir. Bu sayede, nüfusu bilinen bir yerde toplam hastane m<sup>2</sup>'si ve yatak sayısı hesaplanabilmektedir. Çalışmada yer alan 30 adet hastane kapsamında toplamda 900.000 m<sup>2</sup> alan incelenmiştir. Bu da ortalama her bir hastanenin optimize edildiğinde 30.000 m<sup>2</sup> civarında olması gerektiğinin kanıtıdır. Tablo 4'te görüldüğü üzere hesaplama cetvelinde ideal durumda yatak başına 75 m<sup>2</sup> değil de asgari 130 m<sup>2</sup> alan verilerek hesaplama yapıldığında toplam alanın 32.000 m<sup>2</sup> civarında olması gerektiği fark edilecektir.

Tablo 4. Nüfus / Yatak Sayısı Değişkenleri İle Toplam M<sup>2</sup> Matematiksel Analiz Hesaplama Cetveli (113.000 Nüfus; 250 Yataklı Örnek Hastane Modeline Göre) (Karakaş, 2020)

Nüfus			113000			
Yatak Sayısı			250			
Toplam m <sup>2</sup>			18603,50	74,4139966		
<b>Birim Adı</b>	<b>Katsayı 1</b>	<b>Katsayı 2</b>	<b>Alan m<sup>2</sup></b>	<b>Yüzde Oranı (%)</b>	<b>Yatak Başına Birim m<sup>2</sup></b>	<b>Revize Yatak Sayısı</b>
Acil Servis	0,00138137	3,22696869	962,84	5,18		
Poliklinik	0,00320581	8,81361067	2565,66	13,79		
Yataklı Servis	0,00726742	16,82060976	5026,37	27,02	23,46	214,28

Görüntüleme	0,00117975	1,68337078	554,15	2,98		
Laboratuvar	0,00052050	1,97271246	551,99	2,97		
Ameliyathane	0,00178023	2,94444776	937,28	5,04		
Yoğun bakım	0,00193448	2,92236598	949,19	5,10	47,23	20,10
Yeni doğan	0,00000690	0,57219856	142,27	0,76	9,70	14,66
Doğumhane	0,00110745	0,31935732	204,98	1,10		
Destek Birimi	0,01951301	2,42257762	2810,61	15,11		
Islak Mekân	0,00300232	3,68868050	1261,43	6,78		
Sirkülasyon	0,00512485	5,09549570	1852,98	9,96		
İdari Birimler	0,00239254	2,05352005	783,74	4,21		
<b>Toplam</b>			<b>18603,50</b>			<b>250,00</b>

Tablo 5. Nüfus / Yatak Sayısı Değişkenleri İle Toplam M<sup>2</sup> Matematiksel Analiz Hesaplama Cetveli (50 Yıl Sonrasına Projekte Edilmiş Haliyle Hesaplanan Yatak Sayısı Ve Hastane Toplam m<sup>2</sup> Değeri) (Karakaş, 2020).

Nüfus			180000			
Yatak Sayısı			390			
Toplam m <sup>2</sup>			29148,98	74,9331139		
<b>Birim Adı</b>	<b>Katsayı 1</b>	<b>Katsayı 2</b>	<b>Alan m<sup>2</sup></b>	<b>Yüzde Oranı (%)</b>	<b>Yatak Başı Birim m<sup>2</sup></b>	<b>Revize Yatak Sayısı</b>
Acil Servis	0,00138137	3,22696869	1503,94	5,16		
Poliklinik	0,00320581	8,81361067	4005,54	13,74		
Yataklı Servis	0,00726742	16,82060976	7851,35	26,94	23,46	334,71
Görüntüleme	0,00117975	1,68337078	867,19	2,98		
Laboratuvar	0,00052050	1,97271246	861,07	2,95		
Ameliyathane	0,00178023	2,94444776	1465,83	5,03		
Yoğun bakım	0,00193448	2,92236598	1485,01	5,09	47,23	31,44
Yeni doğan	0,00000690	0,57219856	221,34	0,76	9,70	22,81
Doğumhane	0,00110745	0,31935732	323,57	1,11		
Destek Birimi	0,01951301	2,42257762	4454,72	15,28		
Islak Mekân	0,00300232	3,68868050	1975,31	6,78		
Sirkülasyon	0,00512485	5,09549570	2904,62	9,96		
İdari Birimler	0,00239254	2,05352005	1229,48	4,22		
<b>Toplam</b>			<b>29148,98</b>			<b>390,00</b>

Tablo 4'e bağlı olarak oluşturulan Tablo 5'te ise optimize edilmiş bir yerleşim birimine göre tasarlanmış hastane örneğini 50 yıl sonrasına projekte ettiğimizde, nüfusun 1,6 kat artarak 180.000 olması beklenmektedir. Buna bağlı olarak tabloya yeni nüfus oranı girildiğinde; tahmin edilen yatak sayısının 390, toplam inşaat alanının ise yaklaşık 29.000 m<sup>2</sup> olduğu gözlenmektedir.

Ancak hesaplama cetvelinde ideal durumda yatak başına 75 m<sup>2</sup> değil de asgari 130 m<sup>2</sup> alan verilerek işlem yapıldığında; toplam alanın yaklaşık 50.000 m<sup>2</sup> civarında olması gerektiği görülecektir. Bu şekilde nüfusu bilinen bir yerdeki hastane binasında istenen zaman aralığında, ne sıklıkla yatak ve inşaat alanı artışına gidilmesi gerektiği önceden tespit edilebilir olacaktır (Karakaş, 2020).

Tablo 6. Nüfus / Yatak Sayısı Değişkenleri İle Toplam M<sup>2</sup> Matematiksel Analiz Hesaplama Cetveli (1.000.000 Nüfus; Ortalama Bir Büyükşehirde İhtiyaç Tespiti Amacıyla) (Karakaş, 2020).

Nüfus			1000000			
Yatak Sayısı			2165			
Toplam m <sup>2</sup>			162143,09	74,8928829		
Birim Adı	Katsayı 1	Katsayı 2	Alan m <sup>2</sup>	Yüzde Oranı	Yatak Başı Birim m <sup>2</sup>	Revize Yatak Sayısı
Acil	0,00138137	3,22696869	8367,76	% 5,16		
Poliklinik	0,00320581	8,81361067	22287,28	% 13,75		
Yataklı Servis	0,00726742	16,82060976	43684,04	% 26,94	23,46	1862,30
Görüntüleme	0,00117975	1,68337078	4824,24	% 2,98		
Laboratuvar	0,00052050	1,97271246	4791,42	% 2,96		
Ameliyathane	0,00178023	2,94444776	8154,96	% 5,03		
Yoğun bakım	0,00193448	2,92236598	8261,41	% 5,10	47,23	174,91
Yeni doğan	0,00000690	0,57219856	1231,91	% 0,76	9,70	126,94
Doğumhane	0,00110745	0,31935732	1798,85	% 1,11		
Destek Birimi	0,01951301	2,42257762	24757,89	% 15,27		
Islak Mekân	0,00300232	3,68868050	10988,31	% 6,78		
Sirkülasyon	0,00512485	5,09549570	16156,60	% 9,96		
İdari Birimler	0,00239254	2,05352005	6838,41	% 4,22		
<b>Toplam</b>			<b>162143,09</b>			<b>2165,00</b>

Aynı şekilde yukarıdaki Tablo 6 ve aşağıdaki Tablo 7’de Türkiye toplam nüfusu baz alındığında; mevcut durumda yatak başına ortalama 100 m<sup>2</sup> alan ayrıldığı bilindiğinden, hesaplama cetvelinde toplam yatak sayısının yaklaşık 215.000 olduğu görülecektir. KHGM (2017) yılı verilerine göre toplam yatak sayısının 206.000 olduğu tespit edildiğinden, cetveldeki doğrusal fonksiyonun sağlaması yapılabilmektedir. Dolayısıyla projeksiyon yöntemi ile, yıllar içerisinde artacak olan nüfusa göre asgari alan hesabı yapılabilir ve yatak sayıları tahmin edilebilir olacaktır.

Tablo 7. Nüfus / Yatak Sayısı Değişkenleri İle Toplam M<sup>2</sup> Matematiksel Analiz Hesaplama Cetveli (80.000.000 Nüfusa Göre, TÜİK Verileri İle Uyumludur) (Karakaş, 2020).

Nüfus			80.000.000			
Yatak Sayısı			172790			
Toplam m <sup>2</sup>			129499907,59	74,95		
Birim Adı	Katsayı 1	Katsayı 2	Alan m <sup>2</sup>	Yüzde Oranı (%)	Yatak Başı Birim m <sup>2</sup>	Revize Yatak Sayısı
Acil	0,00138137	3,22696869	668097,77	5,16		
Poliklinik	0,00320581	8,81361067	1779368,90	13,74		
Yataklı Servis	0,00726742	16,82060976	3487827,00	26,93	23,46	148690,21
Görüntüleme	0,00117975	1,68337078	385249,41	2,97		
Laboratuvar	0,00052050	1,97271246	382504,83	2,95		
Ameliyathane	0,00178023	2,94444776	651189,92	5,03		
Yoğun bakım	0,00193448	2,92236598	659714,35	5,09	47,23	13967,78
Yeni doğan	0,00000690	0,57219856	98317,90	0,76	9,70	10131,16
Doğumhane	0,00110745	0,31935732	14377,39	1,11		
Destek Birimi	0,01951301	2,42257762	199637,73	15,29		
Islak Mekân	0,00300232	3,68868050	877552,77	6,78		
Sirkülasyon	0,00512485	5,09549570	1290438,48	9,96		
İdari Birimler	0,00239254	2,05352005	546231,15	4,22		
<b>Toplam</b>			<b>12949907,59</b>			<b>172790,00</b>



Mevcut binalar incelenerek bulunan matematiksel analiz sistemi sayesinde; gelecekte yapılacak olan sağlık binalarını rezerv alan bırakarak tasarlama yerine; yıllar içerisinde nüfustaki ve yatak sayılarındaki artış katsayıları hesaplanarak bölümler bazında hastane içerisindeki dağılım yüzdeleri, aynı zamanda öngörülmesi istenen yılda hastanenin kümülatif inşaat alanı, tespit edilebilmektedir. Böylelikle bilinmeyen tahminine yönelik tasarlama yöntemleri yerine, yıllara göre projekte edilmiş artış miktarlarını gösteren kesin hesaplamalar yapılabilmektedir (Karakaş, 2020).

### 5. Esnek Tasarım Önerileri

Günümüzde iç mekân ve donatı elemanları, tek bir işleve hizmet vermemekte; çok amaçlı bir kullanım öngörmektedir. Bu değişimleri karşılayabilmesi için binaların, revize alanların kullanımı gibi konularda teknolojik değişimlere ayak uydurması gerekmektedir.

Strüktürde esneklik; esneklik örnekleri arasında yer alsa da deprem bölgesinde yer alan ülkemiz koşullarında gerçekçi değildir. Hastane binaları da afet sonrası hemen kullanılması gereken binalar arasında en önde gelen yapılardır. Dolayısıyla hastane binalarının, taşıyıcı sistemleri depreme dayanıklı ve deprem sonrasında da kullanıma uygun olarak tasarlanması gerekmektedir. Buna göre; ıslak mekan ve sirkülasyon alanı gibi ortak kullanım alanlarının tek bir merkezde değil de yapının farklı alanlarına dağılmış bir şekilde tasarlanmasının kullanım kolaylığı sağlayacağı söylenebilir (Karakaş, 2020).

Yapı bütünü içinde esneklik, elemanlar ve sistemlerdeki yani mekânlardaki değişimi ifade etmektedir. Tasarım ve kullanım esnekliği olarak ele alınan bu tür esneklikte; ıslak hacimlerin belli bir alanda hareketli olması durumunda; destek strüktür ve ayrılabilir ünitelerin belirlenmesi, buna bağlı olarak modüler ızgaranın oluşturulması ve sonuçta değişebilir ıslak hacimlerin çözümleri üretilmelidir. Ancak sağlık hizmet sunumu verilen birçok mahal (ameliyathane, yoğun bakım vb.) özellikli yapıda olup değişkenlik ya da modüler sisteme uygun değildir. Söz konusu ıslak hacim esnekliği, kamusal kullanımın yoğun olduğu ya da personel destek alanlarında uygulanabilir. Hastane yapılarında düşey sirkülasyon elemanları, hastaların ulaşabileceği en uygun yerlerde tasarlanmalıdır. Eğer yapı; farklı yönlerde geliyorsa elemanlar genellikle merkezde tasarlanmaktadır. Merkezsel olarak üretilen projelerde, merdiven ve asansörler sabit duvarlar içine alınmaktadır. Böylece düzenlemeler tamamen sabit duvarlarla çevrilmiş çekirdek dışında gerçekleşebilmektedir. Bu yöntem aynı zamanda, ünitelerin iç akışlarını etkilememektedir. Ünitelerde meydana gelebilecek en küçük bir değişim gerekliliği, bu tür sistemlerde kolaylıkla çekirdekten bağımsız olarak giderilebilmektedir. Gerekirse yapı yatayda da büyüebilme özelliğine sahiptir. Sonuçta, esnek tasarım istenen tüm projelerde, duvar sistemlerinin yük taşıyan ve taşımayan duvarlar olarak sınıflandırılması gerektiği görülmüştür. Bu özelliğe bağlı olarak ıslak mekânların ve düşey sirkülasyon elemanlarının, değişim olasılığının yüksek olduğu ve yoğunlukla ayırıcı duvarların bulunduğu mekânlardan uzak tasarlanması gerekmektedir (Karakaş, 2020).

Yapıda prefabrikasyon sistemleri fiziksel, işlevsel ve mekânsal olmak üzere üç grupta ele almaktadır. Fiziksel etkileşim, bina sistemleri arasındaki bağlantı, kesişim ve yan yanalık ilişkilerinden oluşmaktadır. İşlevsel etkileşim, etkileşimin mevcut işlevi arttırması sonucunda oluşan bir ilişkidir. Mekânsal etkileşim ise mekân özelliklerinin farklı eylemler üzerindeki etkisini ifade etmektedir. Bu etkileşimleri minimuma indirecek çözümlerin tercih edilmesi gerekmektedir.

Esnek bina tasarımı için yapısal açıdan kullanılan yöntemlerden biri de çelik yapı sistemidir. Bu sistem, betonarmeye oranla daha hafif ve daha büyük açıklık geçilebildiği için

daha avantajlıdır. Galvanize edilen ve özel olarak boyanan çeliğin kullanılması ile malzemenin önemli bir sorunu olan korozyon aşılabilmekte ve yanma dayanımı büyük ölçüde artırılabilir. İlk maliyeti diğer sistemlere göre daha fazla olan çelik; uzun ömürlü, ahşap, beton gibi farklı malzemelerle kompozit olarak kullanımı, onarılabiliyor yenilenebilir bileşenleri ve hafifliği ile önemli bir yapı malzemesi olma özelliğine sahiptir. Bununla birlikte, hastane gibi fonksiyonun ön planda olduğu binalarda betonarme ile geçilemeyecek kadar büyük açıklıklara ihtiyaç duyulmamaktadır.

Büyümesi planlanan yapının, büyüme olaylarının gerçekleşmediği zamanlarda da işlevini koruması gerekmektedir. Büyüme, değişme veya yenileme olayları gerçekleştirilirken de hastanenin çalışma düzeninin bozulmaması gerekmektedir. Yapısal açıdan esneklik kavramını değerlendirmeye alan Türkiye'deki tesis sayısının çeşitlilik göstermesi sebebiyle, Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri, üniversite-araştırma hastaneleri, dal hastaneleri ve küçük ölçekli olan özel hastaneler çalışmamız kapsamında değerlendirilmiştir. Planlama aşamasında, gelecekteki kullanıcı ihtiyacı değişmelerinin doğru ve sağlıklı olarak tahmin edilebilmesi için çeşitli yöntemler vardır. Bunlardan en önemlileri; kullanıcı ihtiyaçlarının geçmişteki değişme ve gelişmelerinin belirlenmesi, benzer hastane örneklerinde kullanıcıların ihtiyaç ve istekleriyle ilgili görüşmeler veya anketler yapılarak tahminlerde bulunulması, bunların istatistiksel verilerle desteklenmesi, ülkenin sosyal, kültürel, ekonomik ve teknolojik gelişmelerinin incelenmesi vb. yöntemlerdir (Karakaş, 2020).

## 6. Değerlendirme

Gerçekçi ve geleceğe yönelik çözümler için, hastane binalarında yenileme ve büyümeye bağlı değişimler; planlama sürecine olduğu gibi yansıtılmalı ve tüm değişiklikleri içeren bir program hazırlanması tasarımın temelini oluşturmalıdır. Söz konusu çözümlere ulaşmak amacıyla, yöntemlerden biri olarak, doktora tezi için yapılan anket çalışması yapılırken istatistiksel çözümlenme programları ve testleri kullanılmış; elde edilen veriler de bu makalede değerlendirmeye alınmıştır. Oluşturulan grupların kullanıcı özelliklerinin farklı olması sebebiyle, ihtiyaç ve talepleri değişkenlik arz etmektedir. Dolayısıyla gruplara sorulan sorular ve her gruptan alınan yanıtlar farklılık gösterdiği için birbirleriyle ilişkilendirilmeden kendi içinde değerlendirilmiştir. Kullanıcı isteklerinin göz önünde bulundurulmasıyla oluşturulan 90'ar kişilik üç grup üzerinde hazırlanan anket çalışmasından elde edilen sonuçlar şöyledir:

Hastanelerde kullanılan cihazların, yapıda esnekliğin olup olmamasıyla ilgili bir probleme yol açmadığı anlaşılmaktadır. Mekanlarda tesisat sistemi tasarımının iyi düşünülerek uygulanması gerektiği, yapılan ek binaların da ana binadan uzak konumda olmaması gerektiği sonucu çıkarılmaktadır. Standart tasarımda da esnek tasarım yapılırken de yapının temel gereksinimlerini atlamamak gerektiğinin önemi vurgulanmaktadır. Hastane yapılarında her birimin kendine özgü gereksinimleri olduğu, bu sebeple standart bir tasarım yapılamayacağı anlaşılmaktadır. Binanın ilk yapım aşamasında ya da mekanlarda alan artırımına gidilirken sirkülasyon alanlarında net bir tasarım yapılması gereği vurgulanmaktadır. Islak mekanları kullanamamanın en önemli sebebi hijyen açısından yetersiz olmasıdır. Hastanelerde esnekliğin hem olumlu (alanların genişlemesi ve hasta yoğunluğunun azalması ile rahat bir ortamda tedavi yapılabilmesi), hem olumsuz (ana binadan ayrı olması sebebiyle ulaşımın zorlaşması) yanları olduğu savunulabilir. Mahremiyet olgusu sebebiyle hasta odalarında esnek planlama uygulamasının yanlış olacağı kesinlik kazanmaktadır. Anket çalışması üzerinden elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde bu veriler; mevcut binalar üzerinde inşaat tadilatlarının yapılmasına,

yeni tasarlanacak sağlık yapılarında ise ileriye dönük bir tasarım planlamasına olanak sağlamaktadır (Karakaş, 2020).

Çalışma kapsamındaki örneklerde; İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Yatırımlar Şubesine ait dijital ve basılı arşiv incelenerek (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü/Yatırımlar Birimi Arşivi, 2015) toplam 30 adet hastanenin, esneklik kriterlerine uyan 18 adedi (%60 oranında) İstanbul özelinde ele alınmıştır. İncelenen hastaneler İstanbul'un coğrafi konumu ve hasta yoğunluğu açısından farklı bölgelerinden seçilerek, çıkan sonuçların homojen bir dağılım göstermesine çalışılmıştır. "TÜİK verilerine göre İstanbul nüfusu, son 15 yılda yaklaşık dört milyonluk bir artış göstermiştir." (TÜİK, 2018). İstanbul genelinde incelenen hastaneler ile Türkiye genelinde farklı illerden seçilen hastanelerin gelişimleri ve yüzde artış oranları arasında önemli farklılıklar bulunmamaktadır. İstanbul, her ne kadar kozmopolit bir yapıya sahip olsa da Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü ve İl Sağlık Müdürlüğü tarafından oluşturulan komisyon marifetiyle hastane yatırım planları yapılırken diğer illerde olduğu gibi il genelindeki nüfus artışı baz alınarak arz talep süreci incelenmekte, ilçe ve semtlere ayrılan kentin hastane başına düşen hasta yoğunluğu dikkate alınarak hesap yapılmaktadır. Dolayısıyla çıkan sonuçlar genel olarak; Türkiye'de herhangi bir il ya da ilçede yıllarca faaliyet gösteren tek hastanenin artış oranları ile İstanbul'da kendi etki alanında yıllarca sürekli devinim hâlinde olan birçok hastanenin gelişim süreci verileri birbiriyle örtüşmektedir. Sağlık Bakanlığında büyüme kıstasının yatak sayıları üzerinden oluşturulduğu varsayıldığında yatak sayılarındaki artışları da göz önüne alarak değerlendirme yapmak gerekmektedir. Hastanelerin yatak sayılarına ait Şekil 2'deki analizler incelendiğinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere göre üniversite hastanelerinde 8 kat artış olduğu, 2000 yılından sonra ise özel hastane yatak sayılarında 3 kat artış olduğu gözlemlenmiştir (Karakaş, 2020).

*Çalışmada yukarıda verilen değişkenlerin 1967-2017 yılına ait verileri kullanılmıştır. Hastane m<sup>2</sup> artışı değişkenlerinde her bir yıldaki artış miktarı m<sup>2</sup> cinsinden alınmıştır. Yatak sayıları ve nüfus değişkenlerinde 1967 yılı baz yıl kabul edilmiş ve artış miktarları 100'lük endeks hesaplanarak kullanılmıştır. Hastane birimlerindeki değerler artış değerleridir. Artış değerinin nüfus artışı ile ilişkisi analiz edildiğinden nüfus verisi artışı gösteren bir endekse dönüştürülüp endeks 1967=100 olarak alınmıştır. Buna göre her bir yıldaki değer, 1967 yılına göre artışı göstermektedir. Hastane binalarında büyümenin (m<sup>2</sup> artışı) nüfusa bağlılığının incelenmesi amacıyla zaman serisi yapılmıştır. Analizde iki değişken arasındaki ilişkinin uzun dönemli olup olmadığı, bir diğer değişle sahte olup olmadığının belirlenmesi için ARDL ile eş bütünleşmeye bakılmıştır. Analiz sonucunda nüfus ile yataklı servis, poliklinik, acil servis, destek birimleri, ıslak hacim vb. alanlarındaki ve toplamdaki m<sup>2</sup> artışı arasındaki ilişkinin sahte olmadığı ve uzun dönemli olduğu ancak artışın yalnızca nüfus ile ilişkilendirilemeyeceği belirlenmiştir.*

*Elde edilen regresyonlar; toplam hastane yatak sayısının, sağlık bakanlığına bağlı hastane sayısının ve üniversitelere bağlı hastane sayısının nüfustan istatistiki olarak anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilendiğini göstermektedir. Ayrıca söz konusu ilişkinin uzun dönemli olduğu ve sahte olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla, nüfus artışının toplam hastane yatak ve sağlık bakanlığına bağlı hastane sayısını ve üniversitelere bağlı hastane sayısını hem kısa hem de uzun dönemli olarak istikrarlı şekilde arttırıcı rol oynadığı iddia edilebilir. Ancak diğer hastanelerin yatak sayısının ve özel hastane yatak sayısının uzun dönemli olarak nüfusla bağlantılı olmadığı bir ilişki görülmektedir. Diğer hastanelerin yatak sayısının ve*

*özel hastanelerin yatak sayısının sadece kısa bir süre nüfustan pozitif olarak etkilendiği, ancak zaman içerisinde başka faktörler ile ilişkili olduğu görülmektedir (Çiçek, 2019).*

Bu çalışmada,  $m^2$  artışlarının nüfus artışından etkilenme durumu ve yatak sayısının  $m^2$  artışı ve nüfus artışından etkilenme durumu olmak üzere iki temel analiz vardır. Çalışma zaman serisi analizi olduğundan yıl değişkeni göz önünde bulundurulmakla birlikte,  $m^2$  artış değerleri kullanıldığı için yatak sayıları ve nüfus da artışı gösterecek şekilde 100'lük endekse dönüştürülmüştür. Ancak yine de hastane sayısının fazla olması, buna rağmen yılların dağınık olması sebebiyle her hastane için ayrı grafik hazırlamak, anlamlı veriler oluşturmadığından; ayrı ayrı birimlerdeki  $m^2$  artışları bilindiğinde, kaç yılda % kaç artış olacağı nüfusa bağlı formülden hesaplanabilmektedir. Sadece nüfusa bağlı veri seti ile  $R^2$  değerlerinin çok düşük çıkması dolayısıyla sağlıklı sonuçlar alınamayacağı düşünülerek,  $m^2$  artış miktarının bağımsız iki değişken olan nüfus ve yatak sayıları baz alınarak yıllara göre artış miktarları hesaplanıp grafiklerle ifade edilmektedir (Şekil 3). Matematiksel analiz hesaplama cetvelinden de görüldüğü üzere nüfus ve katsayısının çarpımının, yatak sayısı ve katsayısının çarpımı ile toplamının, tahmin edilen hastane toplam  $m^2$  değerini verdiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Birimlere ait  $m^2$  artışları toplandığında, bunun kümülatif toplamı sağladığı da görülmektedir. Yapılan istatistiksel incelemeler sonucunda nüfusa bağlı olarak, tüm birimlere ait hastane içerisindeki metrekare değerlerinin ortalama % dağılımlarını gösterir tablolara ulaşılmıştır. Şekil 3'teki grafikte de gösterilen bu oranlar toplam  $m^2$  artışı oranları ile de örtüşmekte, bu şekilde teyit edilebilmektedir.

Mevcut hastane verileriyle elde edilen matematiksel analiz hesaplama cetvelinde istenilen nüfus miktarı girildiğinde; kümülatif toplam  $m^2$ , birimlere göre dağıtılmış  $m^2$ ler ve dağılım yüzde oranları, toplam yatak sayısı, birimlere göre dağılımlı yatak sayısı ve yatak başına düşen toplam  $m^2$  otomatik olarak bulunabilmektedir. Bu sayede, nüfusu bilinen bir yerde, toplam hastane  $m^2$ 'sini ve yatak sayısını hesaplanabilmektedir. Sonuçlar, STATA programı kullanılarak elde edilen nüfusa bağlı  $m^2$  hesabı formülü ile de uyumludur (Karakaş, 2020).

## 7. Sonuç

Bu çalışmada 30 adet hastane binası incelenirken kullanılan esneklik kavramı; yapının üzerinde bulunduğu arazinin özellikleri, dış kabuğu ve taşıyıcı sistemi bağlamında değişen ihtiyaçlara cevap verebilmesi için kullanılabilir her türlü yöntem olarak benimsenmiştir. Sprow'un önerisi ve incelenen hastane binalarında kullanıldığı görülen yöntemler aşağıda açıklanmıştır:

Arazi yapısının imkân verdiği ölçüde, çekirdek hastane planlaması yöntemi ile hacim olarak genişleme veya ana binaya yeni bina entegrasyonu esneklik alanında yoğun olarak kullanılan bir yaklaşımdır. Modüler ızgara sistemlerinin ise makro ölçekteki projelerde genellikle bütün olarak ele alındığı, mekân ölçeğine kısmen inilebildiği tespit edilmiştir. Günümüzdeki yapılar incelendiğinde servis dağılım kararlarında esnek mekân kalitesini artıran düşey servis shaftlarının, yatay dağılımdan daha yaygın olduğu gözlenmekle beraber; tesisat katı oluşturma fikrinin kompleks yapılarda akılcı bir çözüm olarak kullanıldığı bilinmektedir. Ayrıca servis katlarında rezerv alanlar bırakarak hastane tasarlamak, statik açıdan hesaplanarak düşeyde kat ilavesi yapmak da güncel olarak sıklıkla kullanılan ve resmî idarelerce onaylanan bir yöntem hâline gelmiştir. Tüm bu yöntemler uygulanırken unutulmaması gereken; esnek binalara olan yönelimin ancak ekonomiklik kriterini de barındırdığı durumda benimsenip yaygınlaşacağıdır (Karakaş, 2020).

Bu çalışmadan yararlanılarak konu, şu yönde geliştirilebilir: Türkiye kapsamında yapılan farklı tür ve büyüklüklerde hastanelerle ilgili olarak dağınık yıllara sâri olan bu çalışmadan

daha ileri bir seviyede örnek sayısı artırılarak ve örneklem verilen hastaneler homojenize edilerek daha gerçekçi sonuçlara ulaşılabilir. Böylece geleceğin tahminine yönelik yaklaşımlarda kullanılan projeksiyon yöntemiyle daha sağlıklı sonuçlar elde edilebilir. Ulusal sınırlar içerisinde ya da hastanelerin türünü değiştirerek şehir hastaneleri kapsamında çalışılabileceği gibi; yurt dışındaki örnekler daha detaylı incelenerek kullanılan yöntemlerin Türkiye şartlarına uyarlanması ve Sağlık Bakanlığı yatırım programlarında kullanılabilir hâle getirilmesi sağlanabilir. Yatırım maliyeti bu denli yüksek olan sağlık yapılarının adapte edilebilir mekânlar olarak tasarlanması ülke ekonomisine de büyük ölçüde katkı sağlayacaktır.

## 8. Notlar

Bu makale, Mimar Gamze Karakaş'ın 2020 yılında tamamlanan "Hastane Mimarisinde Kullanıcıların Esneklik Taleplerini Yapısal Açıdan Karşılama Üzere Bir Yöntem Araştırması" başlıklı doktora tezinden türetilmiştir.

## 9. Kaynakça

1. Çiçek, O. (2019). İstatistik Atölyesi Araştırma ve Analiz Merkezi hizmet alımı, <https://www.istatistikatolyesi.com>, (Nisan-Mayıs-Haziran, 2019).
2. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (İSM), 2018. Yatırımlar Birimi Resmi Evrak Arşivi.
3. Karakaş, G. (2020). Hastane mimarisinde kullanıcıların esneklik taleplerini yapısal açıdan karşılamak üzere bir yöntem araştırması. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Doktora Tezi.
4. Sağlık Bakanlığı (2015), Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu 2010, Ankara.
5. Sağlık Bakanlığı (2015), Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi 2011, Ankara.
6. Sağlık Bakanlığı (2018), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Ankara.
7. Sprow, R. (2015), Planning hospitals of the future, AIA, [https://www.academia.edu/30353013/Planning\\_Hospitals\\_of\\_the\\_Future\\_Chapter](https://www.academia.edu/30353013/Planning_Hospitals_of_the_Future_Chapter), Erişim Tarihi: 25.11.2019.
8. Sürmelihiindi, İ. / Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu / Hastane Açılış Takımı Birim Sorumlusu (Kişisel iletişim, 17.03. 2014).
9. Toğan, D. (2010). Genel hastane planlamasında radyoloji bölümü tasarım kriterleri ve esneklik. İstanbul: Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
10. TÜİK (2018), Yıllara göre il nüfusları, <http://www.tuik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 01.04.2018.

## EK 1:Çalışmaya Katılan Hastane Listesi

1. Sakarya Kadın Doğum Ve Eğitim Araştırma Hastanesi (600 Yatak)
2. Iğdır (Eski) Devlet Hastanesi (220 Yatak)
3. İstanbul Esenyurt Özel Doğa Hastanesi (80 Yatak)
4. İstanbul Avcılar Özel Anadolu Hastanesi (70 Yatak)
5. Kütahya Simav (Eski) Devlet Hastanesi (135 Yatak)
6. İzmir Selçuk Devlet Hastanesi (50 Yatak)
7. İstanbul Süleymaniye Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanesi (120 Yatak)
8. Kastamonu Özel Anadolu Hastanesi (90 Yatak)
9. Iğdır Özel Bulut Hastanesi (60 Yatak)
10. İstanbul Pendik Özel Şifa Hastanesi (50 Yatak)
11. İstanbul Pendik Devlet Hastanesi (100 Yatak)
12. İstanbul Tev Sultanbeyli Devlet Hastanesi (150 Yatak)
13. İzmir Bergama Devlet Hastanesi (170 Yatak)
14. Bitlis Devlet Hastanesi (200 Yatak)
15. İzmir Kemalpaşa Devlet Hastanesi (100 Yatak)
16. Uşak Eğitim Araştırma Hastanesi (600 Yatak)
17. Kırıkkale Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi (700 Yatak)
18. İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesi (550 Yatak)
19. İstanbul Zeynep Kamil Kadın Doğum Ve Eğitim Araştırma Hastanesi (350 Yatak)
20. İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi (100 Yatak)
21. İstanbul Büyükçekmece (Eski) Devlet Hastanesi (50 Yatak)
22. İstanbul Kartal Koşuyolu Kalp Damar Cerrahisi Hastanesi (465 Yatak)
23. İzmir Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi (350 Yatak)
24. İstanbul Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi (400 Yatak)
25. İstanbul Küçükçekmece M. Akif Ersoy Eğitim Araştırma Hastanesi (480 Yatak)
26. İstanbul Samatya Eğitim Araştırma Hastanesi (800 Yatak)
27. İstanbul Sarıyer İsmail Akgün Devlet Hastanesi (50 Yatak)
28. İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi (630 Yatak)
29. İstanbul Ümraniye Kadın Doğum Ve Eğitim Araştırma Hastanesi (800 Yatak)
30. İstanbul Bayrampaşa Devlet Hastanesi (100 Yatak)

## COVID-19 Pandemisinin Türkiye’de Hanehalkı Yoksulluğu, Sağlık Harcamaları ve Sağlıkta Finansal Koruma Üzerindeki Olası Etkileri

Gökçe MANAVGAT<sup>1</sup>, İlker DAŞTAN<sup>2</sup>, Asiyeh ABBASI<sup>3</sup>

### Öz

Yüksek oranda yapılan cepten sağlık harcamalarının bir sonucu olan hanehalklarının üzerindeki finansal yükün izlenmesi ve sağlıkta finansal korumanın güçlendirilmesi küresel anlamda ilgi gören 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’nden biri olagelmıştır. Bir sağlık sorunu olarak başlayıp küresel bir ekonomik krize dönüşen COVID-19 pandemisi Türkiye için Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile belirlenmiş hem sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması hem de hanehalklarının sağlık harcamalarından kaynaklı finansal risklerinin azaltılması hedefleri için bir tehlike oluşturmaktadır. Bu çalışmada, COVID-19 pandemisinin Türkiye’de hanehalklarının gelir ve harcamalarındaki azalmaları tahmin edilerek yoksulluk ve sağlıkta finansal korumada meydana gelebilecek olası etkileri hesaplanmıştır. TÜİK’in 2020 yılı için yayınladığı sektörel bazlı daralmalar ve işgücü piyasasındaki kayıplardan yola çıkarak öncelikle hanehalklarının gelirlerindeki azalmalar, dolayısıyla ortaya çıkacak yeni yoksulluk oranları, sonra ise cepten yapılan sağlık harcamalarındaki dört farklı senaryo göz önünde bulundurularak hanehalklarının karşılaşılabilecekleri sağlık finansal yükleri hesaplanmıştır. Analizlerimize göre, Türkiye’de 2020 yılında hanehalkı harcamalarında ortalama %5,3’lük bir azalma yaşanacağı hesaplanmıştır. Hanehalkı harcamalarındaki bu düşüselere bağlı olarak yaklaşık 1,35 milyon ek nüfusun COVID-19 krizi nedeniyle yoksullukla karşı karşıya kalacağı tahmin edilmiştir. Sağlıkta finansal koruma açısından cepten yapılan sağlık harcamalarındaki dört farklı senaryomuza göre 103 ile 758 bin arası bir ek nüfus katastrofik sağlık harcamalarına maruz kalabilecek, 82 ile 153 bin arası bir ek nüfus ise cepten yapılan bu sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşabilecektir. COVID-19’un yol açtığı hanehalklarının gelir ve harcamalarındaki azalmanın etkilerini azaltmak için, politika yapıcılar halk sağlığı hizmetleri finansmanını artırmalı ve temel sağlık hizmetleri için cepten yapılan harcamaları pandemi süresince minimum düzeye indirmelidir. Sağlık hizmetleri alanında kullanıcı katkılarının askıya alınması ya da ertelenmesi, sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması ve sosyal koruma hedeflerinin güçlendirilmesi COVID-19 sonrası dönemde daha derin bir yoksulluğu ve finansal yükü önlemeye yardımcı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, Cepten yapılan sağlık harcamaları, sağlık politikası, sağlıkta finansal koruma

1. Dr. Öğr. Üyesi, Toros Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Mersin. [gokce.manavgat@toros.edu.tr](mailto:gokce.manavgat@toros.edu.tr), <https://orcid.org/0000-0003-3729-835X>
2. Doç. Dr., Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Tacikistan Ülke Ofisi, Duşanbe. [ilkerdastan@gmail.com](mailto:ilkerdastan@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-5239-3684>
3. Uzman, İran İstatistik Merkezi, Tahran, [asiyehabbasi2@gmail.com](mailto:asiyehabbasi2@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-8783-3106>

Gönderim Tarihi : 26.03.2021

Kabul Tarihi : 28.06.2021

### Atıfta Bulunmak İçin:

Manavgat G, Daştan İ ve Abbasi A.(2021). COVID-19 Pandemisinin Türkiye’de Hanehalkı Yoksulluğu, Sağlık Harcamaları ve Sağlıkta Finansal Koruma Üzerindeki Olası Etkileri, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 5(1):27-44.

***Potential Impacts of COVID-19 Pandemic on Household Poverty, Health Expenditures and Financial Protection in Turkey***  
***Gökçe MANAVGAT<sup>1</sup>, İlker DAŞTAN<sup>2</sup>, Asiyeh ABBASI<sup>3</sup>***

**Abstract**

Monitoring financial burden on households due to high out-of-pocket health expenditures (OOP) and strengthening financial protection in health have been one of the 2030 Sustainable Development Goals that have attracted global attention. The COVID-19 pandemic, which began as a global health problem and turned into a global economic crisis, constitutes a major threat to the targets of both expanding access to health services and reducing the financial risks of households arising from OOPs, determined in Health Transformation Program in Turkey. This study aims to examine the potential negative economic impacts of COVID-19 on poverty and financial protection in health in Turkey by predicting the reduction in household expenditures and income. Based on the data on sectoral-based contractions in the labor market published by TURKSTAT for 2020, firstly the decreases in household incomes, then the new poverty rates and the financial health burden of households are calculated by considering four different scenarios in OOPs. Results of our study demonstrate that economic impacts of COVID-19 can reduce household incomes or expenditures by an average of 5.3% in 2020 in Turkey. It is estimated that about 1.35 million additional population can face extreme poverty due to these reductions in household income. In terms of financial protection in health, according to four different scenarios in OOPs, an additional population of 103 to 758 thousand can be exposed to catastrophic health expenditures, and an additional population of 82 to 153 thousand can become impoverished due to high OOPs. To mitigate the effects of the reduction in income and spending of households caused by COVID-19 and to improve financial protection in health, policy makers are suggested to increase revenues for public health care and minimize OOPs on essential health services throughout the pandemic. Suspending or deferring user contributions for COVID-19 related and other health care services, extending to all the entitlement to essential health services, and strengthening social protection goals can help prevent deeper poverty and financial burden during and in the post-COVID-19 era.

**Keywords:** COVID-19, OOP health spending, health policy, financial protection in health, Turkey.

1. Asst. Prof., Toros University, Faculty of Economics, Administrative and Social Sciences, Mersin, gokce.manavgat@toros.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0003-3729-835X>
2. Assoc. Prof. World Health Organization, Tajikistan Office, Dushanbe. [ilkerdastan@gmail.com](mailto:ilkerdastan@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-5239-3684>
3. Expert, Statistical Centre of Iran, Tehran, Iran, [asiyehabbasi2@gmail.com](mailto:asiyehabbasi2@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-8783-3106>

Received : 26.03.20201

Accepted : 28.06.20201

**Cited This Paper:**

*Manavgat G, Daştan İ ve Abbasi A.(2021). Potential Impacts of COVID-19 Pandemic on Household Poverty, Health Expenditures and Financial Protection in Turkey, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 5(1):27-44.*



## 1. Giriş

COVID-19 küresel pandemisi, sağlık alanında ortaya çıkmış olsa da pek çok ülkenin ekonomik göstergelerini derinden etkilemiş ve etkilemeye devam etmektedir. Başka bir ifadeyle, pandemi başta ekonomik faaliyetleri kısıtlayıcı etkisi ve iş gücü piyasasında yarattığı bozulmayla birlikte sektörel ekonomik büyüme dinamiklerini de olumsuz etkilemiştir. Pandemi sürecinde iş kayıpları yoluyla gelirlerin azalması genel ekonomik dengenin zora girmesine yol açmış ve toplumsal maliyetin derinliğini de artırmaya başlamıştır. Nitekim bölgesel olarak başlayan bu şok dalgası hemen hemen bütün ülkeleri etkisi altına almış ve aynı zamanda hükümetlerin ekonomi politikalarında piyasayı destekleyici genişleyici maliye politikası uygulamalarını gündeme getirmiştir. Bu destek paketlerine rağmen küresel GSYH'nin 2020'de yaklaşık %5 daralma yaşanacağı tahmin edilmektedir (IMF Haziran 2020, World Bank, Haziran, 2020). Bu etkilerin yanında, tüm dünyada aşırı yoksullukla karşı karşıya olan nüfusun artacağı ön görülmektedir (World Bank, 2020).

Diğer yandan, sağlık alanında ortaya çıkan bu krizin, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık harcamaları nedeniyle finansal zorluk çeken nüfusun da artan ihtiyaçları karşısında, sağlıkta finansal korumanın önemi de artırmıştır. Yani aslında bir sağlık krizi olarak ortaya çıkan süreçte genel ekonomide meydana gelen olumsuz öngörülerin bireysel anlamda sağlık harcamaları ve finansal koruma üzerinde doğrudan etki yaratması kaçınılmaz bir sorun haline dönüşmüştür. Geçmişten bu yana var olan, bireyler tarafından yüksek oranda doğrudan yapılan sağlık harcamalarının refah üzerindeki olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması, özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ekonomiler için konunun önemini bir kat daha artırmıştır. Nitekim Birleşmiş Milletlerin 2015 yılında ortaya koyduğu "2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri"nden biri de (SKH-3.8) sağlık hizmetlerine erişimde evrensel sağlık kapsamının (universal health coverage) genişletilmesi ve finansal korumanın güçlendirilmesidir. Evrensel sağlık kapsamı, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlığa sunduğu katkıdan çok daha fazlasını ifade etmektedir. Bu yüzden tüm bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine kolayca erişim sağlaması, finansal açıdan zorluk çekmemeleriyle yakından ilişkilidir. Tüm dünyada 2000 yılından 2015 yılına kadar sağlık için harcama yapan ve mali yönden zorluk çeken hanehalkı oranı %9,4'ten %12,7'ye yükselmiştir. Yaklaşık 930 milyon kişiyle, dünya nüfusunun %12,7'si bütçesinin %10'undan fazlasını sağlık hizmetleri için yaptığı harcamalara ödeyerek finansal yüke maruz kalmış ve yoksullaşmış durumdadır (WHO, 2019: 26). Bu durumun COVID-19 küresel pandemisiyle artış göstermesi olasıdır. Nitekim COVID-19 krizi, hane halklarının bir yandan gelirlerinin düşmesine, diğer yandan potansiyel sağlık harcamaları artışları nedeniyle sağlıkta finansal yıkım ve yoksullaşma risklerini tetiklemektedir. Dolayısıyla daha fazla hane halklarının finansal zorluk yaşaması olası değerlendirilmektedir.

COVID-19 küresel şok dalgasının, Türkiye'deki ekonomik etkileri diğer ülkelerde olduğu gibi olumsuzdur. 2019 yılında, COVID-19 küresel pandemi şoku öncesi, Türkiye ekonomik anlamda zayıf bir büyüme süreci yaşamış, pandemi şokunun ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri ise derinleşmiş ve yeniden toparlanmanın zayıf kalacağı öngörülerini artmıştır. 2020 yılını negatif ekonomik büyüme tahminleriyle geçiren Türkiye, Çin ile birlikte G20 ülkeleri içinde büyüme gösteren iki ülkeden biri olmayı başarmış olsa da bu büyüme yıl boyunca ancak %1.8 ile sınırlı kalmıştır (TÜİK, 2021; World Bank, 2020). Ekonomik büyümenin sınırlı kalması, birçok sektör üzerinde negatif etki göstermiştir. TÜİK verilerine göre 2020 yılının tamamında sanayi üretimindeki büyüme %2,03 olsa da, büyümenin lokomotiflerinden inşaat sektöründe %3,54, hizmet sektöründe %4,34, idari destek ve hizmet faaliyetlerinde ise %5,2 daralma yaşanmıştır.

Bu sınırlı büyüme, aynı zamanda farklı sektörlerdeki birçok hanehalkının potansiyel gelirlerini azaltıcı etki yaratmasıyla, temelde sağlık krizi olarak ortaya çıkan şokun sağlık harcamalarını

yükseltme riskini de gündeme getirmiştir. Yaşanan sağlık krizi, bireysel anlamda acil olmayan sağlık hizmetini satın alma davranışını etkilemiş, diğer taraftan hızlı erişim için cepten yapılan yüksek harcamalarının artma riskini de artırmıştır. Böylece daha fazla bireyin yüksek sağlık harcamaları karşısında daha fazla finansal zorluk çekmesi ve yoksullaşma risklerinin artması da önem kazanmıştır.

Bu çalışmada, Türkiye’de COVID-19 krizi süresince ekonomide sektörel bazda meydana gelen negatif etkilerin yol açacağı çarpan etkisiyle, hane halklarının gelirlerinde meydana gelecek azalmaların cepten yaptıkları sağlık harcamaları ve sonucunda ortaya çıkan yoksullaşma üzerindeki potansiyel etkileri finansal yük açısından incelenmiştir. Çalışmanın giriş bölümünü takip eden ikinci bölümde sağlık harcamalarında kullanıcı katkıları olarak cepten sağlık harcamaları üzerine bilgiler verilmiş ve Türkiye’nin durum için değerlendirmesi yapılmıştır. Üçüncü bölümde, COVID-19 küresel pandemisinin Türkiye’deki hane halklarının cepten yaptıkları harcamalar nedeniyle olası finansal yükü ve yoksullaşma üzerindeki etkileri farklı senaryolarla ortaya konulmuştur. Dördüncü bölümde ise yapılan analizler sonucundaki bulgular sunulmuş ve yorumlanmıştır. Son olarak da COVID-19 krizinin hanehalkı sağlık harcamaları nedeniyle olası finansal yükün azaltılması yönünde politika önerileri sunulmuştur.

## **2. Sağlık Harcamalarında Kullanıcı Katkıları ve Cepten Yapılan Harcamaların Yeri: Türkiye için Değerlendirmeler**

Sağlık hizmetleri alanında yapılan harcamaların artması, pek çok ülkeyi sağlık finansman mekanizması bakımından yeni uygulamalara yöneltmiştir. Her ne kadar gelişmiş sağlık finansman sistemlerinde finansman kaynakları genel vergiler ve zorunlu sigorta primleriyle sağlanıyor olsa da artan sağlık finansman ihtiyacının karşılanması için hizmet başı kullanıcı katkılarından da yararlanılmaya başlanmıştır. Bu politika uygulamalarının temel amacı olarak ise kamunun üzerindeki yükü hafifletmek, ek gelir elde etmek, gereksiz talebi önlemek ve böylece gereksiz sağlık harcamalarını sınırlandırma düşüncesi yatmaktadır. Kullanıcı katkıları kişinin sağlık sigortası olsa bile sağlıkta ihtiyaç duyduğu her türlü konsültasyon, ilaç, tedavi ekipmanları ve diğer sağlık hizmetlerinde, ödemelerin tamamı ya da bir kısmı kendilerinin karşıladıkları uygulamalardır. Kullanıcı katkıları, katılım payı (co-payment), sigorta payı (co-insurance), ön ödeme (deductible), sabit teminat (fixed indemnity) gibi isimlerde ve farklı uygulama biçimlerinde kullanılıyor olsa da literatürde yaygın olarak bu harcamalar cepten yapılan harcamalar içinde yer almaktadır (Yıldırım vd., 2011:76). Bu tür harcamalar, her ne kadar sağlık finansmanında ek gelir elde etme ve gereksiz talebi önleme yönünde bir katkı sağlasa da sağlık hizmetlerinin niteliği gereği ertelenmez ve yüksek maliyetli olması sebebiyle bireyler açısından ekonomik yükün (katastrofik harcamaların) artırma riskini de gündeme getirebilmektedir.

Cepten yapılan sağlık harcamaları, bireylerin ve hane halklarının doğrudan kendi kaynaklarıyla ödemede buldukları sağlık harcamalarıdır. Sağlık hizmetleri için cepten yapılan ödemeler, birçok gelişmekte olan ülkede hanehalkı harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Ayrıca cepten yapılan sağlık harcamaları, sağlık sistemleri ve sigorta mekanizmalarının gelişmesi aşamasında, sağlık finansman sisteminin hane halklarının refahına etkisi, özellikle yoksul hanelerdeki etkisi bakımından politika yapımcılarının önemle üzerinde durduğu bir konu olarak kabul edilmektedir (Xu vd., 2003).

WHO tarafından kabul edilen görüşe göre, yüksek düzeyde yapılan sağlık harcamalarına karşı finansal koruma, sağlık sektörü reform stratejilerinin tasarlanmasında temel amaçlardan biri olmalıdır. Çünkü cepten yapılan sağlık harcamalarının yüksek düzeyde olması dikey eşitlik ilkesinin ihlaline neden olmaktadır. Bu yüzden sağlık harcamalarına yapılan ödemeler ödeme

gücüyle ilişkili olmalıdır. Ayrıca bir sağlık sisteminin başarısı, nüfusun büyük bir kısmının sağlık harcamaları yönünden mali olarak korunmasına bağlıdır. Diğer bir ifadeyle, sağlıkta finansal koruma için yaygın olarak kullanılan göstergeler, toplam sağlık harcamaları içinde cepten yapılan harcamaların payı ve yüksek sağlık harcaması nedeniyle finansal yüke maruz kalma (katastrofik sağlık harcaması) ve dolayısıyla yoksulluğa sürüklenen hanehalkı oranının düşüklüğüdür (WHO, 2000; WHO, 2019).

### ***Türkiye’de Hanehalkı Sağlık Harcamalarında Finansal Koruma***

2003 yılında uygulamaya konulan, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türkiye’de hem sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması hem de hane haklarının sağlık harcamaları nedeniyle finansal risklerinin azaltılmasında olumlu gelişmeler yaratmayı hedeflemiştir. Böylece SDP, insan merkezli bir sağlık reformu vizyonunu ortaya koymaktadır (Sağlık Bakanlığı,2003).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında sosyal güvenlik alanında önemli değişikliklere gidilmiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri alımında bireylerin karşılaşılabilecekleri yüksek maliyetli sağlık ödemeleri riskine karşı koruyucu bir güce sahip olan sosyal sigorta sistemleri, 2008 yılında Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) kurulmasıyla var olan parçalı yapısından kurtulmuştur. Geçmiş sistem içinde var olan farklı sigorta sistemleri [Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığı] ve Yeşil Kart sahiplerine yönelik sağlık teminatları birbirlerine daha uyumlu hale getirilmiştir. Böylece farklı sigorta sistemleri tek çatı altında toplanmış ve sigorta teminatlarının kapsam genişliği ve finansal sürdürülebilirliği artırılmaya çalışılmıştır.

SGK’nın kurulmasıyla birlikte bireylerin sağlık harcamaları nedeniyle finansal yüke maruz kalmalarını önlemek için atılan en önemli adımlardan biri olan kapsayıcı genel sağlık (universal health coverage) sisteminin yaygınlaştırılması için Genel Sağlık Sigorta (GSS) sisteminin kurulmuş olmasıdır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasına geçilmesiyle, primli ve primsiz sağlık ödemelerine ilişkin usuller de yeniden düzenlenmiştir. Yeşil Kart sahipleri, GSS kapsamına alınmıştır. GSS, özellikle ödeme gücü düşük olan kişilerin öncelikle sağlıklarının korunması amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanması ve karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı mali yönden koruma sağlayan sosyal sağlık sigortasının alt sistemi olarak tasarlanmıştır. 2012 yılından itibaren sistemin sorunlu hale gelmesiyle, herhangi bir sosyal güvence kapsamında olmayan ya da genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişisi olmayanlar ile 5510 Sayılı Kanun kapsamı dışında olan herkes, zorunlu genel sağlık sigorta kapsamına alınmıştır. GSS’de gelir testiyle prim ödemesinde yeterli mali gücü bulunmayan kesimin ödemelerinde indirim uygulanması ya da primlerin tamamen devlet katkıları yoluyla ödenmesi sağlanmıştır. Böylece yoksul kesimlerin sağlık hizmetleri için mali yönden zorluk çekmelerinin öne geçilmeye çalışılmıştır. GSS ile sosyal sigorta kapsamı altına alınan nüfusun sınırları son derece geniş tutulmuş ve ilke olarak “evrensel kapsam” benimsenmiştir. Ayrıca modelin, sağlık hizmetlerine finansal olarak zorlanmadan erişimi temel aldığından, sosyal refahın genişlemesine önemli katkı sunduğu söylenebilir (Manavgat, 2020:327). Böylece Türkiye bu politika hedefiyle de Birleşmiş Milletler 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) (Hedef 3.8) çevresinde sosyal güvenlikte kapsam genişliğini artırarak “evrensel kapsam” idealini yakalamaya yönelmiştir. 2019 yılı itibariyle Türkiye’de sosyal güvenlik kapasımında olan nüfusun oranı %85,1’dir (Tablo 1).

Tablo 1. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Sigortalı Nüfusun Oranı (%)

2009	81.1
2010	83.2
2011	84.4
2012	83.1
2013	83.5
2014	84.6
2015	85.4
2016	84.4
2017	85.4
2018	85.0
2019	85.1

Kaynak: SGK İstatistik Yıllıklarından hesaplanmıştır (2009-2019).

Diğer taraftan sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesiyle uyumlu olarak GSS kapsamında tescil edilenlerin sayısı artmakla birlikte, GSS primi devlet tarafından ödenenlerin de oranı yüksektir. Buna göre, 2019 yılı itibariyle GSS kapsamındaki nüfus yaklaşık 11,5 milyondur ve bu nüfusun %80’nin prim ödemeleri devlet tarafından karşılanmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Genel Sağlık Sigortası Tescili ve Prim Ödemeleri

GSS	2016	2017	2018	2019
GSS Kapsamında Tescil Edilenler (TL)	10,189,469	9,825,269	10,585,086	11,473,608
Primleri Kendileri Tarafından Ödenenler (TL)	2,679,737	1,889,260	2,322,684	2,393,087
Primi Devlet Tarafından Ödenenler (TL)	7,509,732	7,936,009	8,262,402	9,080,521
Primleri Kendileri Tarafından Ödenenlerin Oranı (%)	%26	%19	%22	%20
Primi Devlet Tarafından Ödenenlerin Oranı (%)	%74	%81	%78	%80

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı (2019)’dan hesaplanmıştır

Sosyal güvenlik ve GSS kapsamında olan nüfusun oranının artması, Türkiye’de hanehalkları sağlık harcamaları açısından finansal korumayı sağlayacak önemli bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Ancak sosyal güvenlik kapsamı artarken diğer yandan doğrudan cepten sağlık harcaması yapan hanehalkı oranının da artış gösteriyor olması çelişki yaratan bir durumdur. Diğer bir deyişle, sağlık harcamalarından kaynaklı ekonomik yükün azaltılması hedeflenirken hanehalkı sigorta kapsamında olursa dahi, doğrudan cepten sağlık harcaması yapan hanehalkı oranının artmakta olduğu gözlenmektedir. 2002’de %46,4 olan oran 2019’da %56,3 oranına yükselmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Cepten Sağlık Harcaması Yapan Hanehalkı Oranı (%)

Yıllar	Cepten Sağlık Harcaması Yapan Hanehalkı Oranı (%)
2002	46.4
2004	45.6
2006	54.5
2008	54.1
2010	63.8
2012	63.6
2014	66.3
2016	59.2
2018	57.8
2019	56.3

Kaynak: HBA (2002-2019) verilerinden hesaplanmıştır.

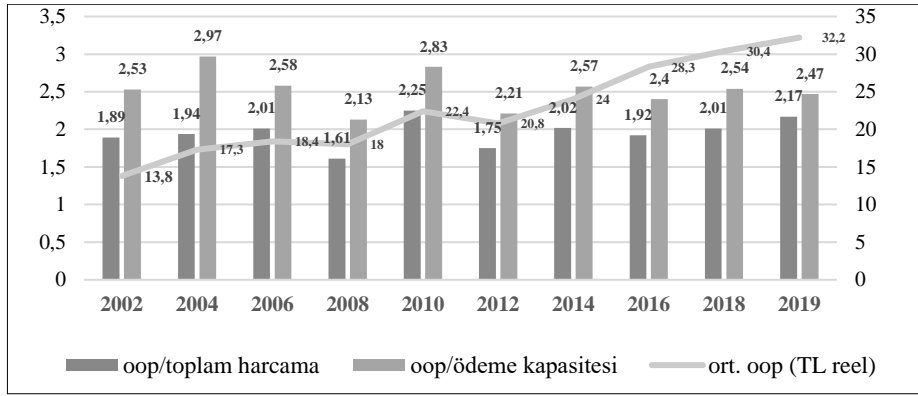
Ayrıca Türkiye’de hizmet sunucuları açısından yapılan sağlık harcaması oranı incelendiğinde hanehalkı tarafından yapılan sağlık harcamaları payındaki artış da dikkat çekicidir. Buna göre hanehalkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamaları toplamın neredeyse beşte birine yakındır (Tablo 4).

Tablo 4. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamalarının Oranı (%)

Yıllar	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Devlet	76.8	0.785	77.4	78.5	78.5	78.0	77.0	78.0
Özel	23.2	21.5	22.6	21.4	21.5	21.9	22.0	22.0
<u>Hanehalkı</u>	<u>15.0</u>	<u>16.0</u>	<u>17.0</u>	<u>16.0</u>	<u>16.0</u>	<u>17.0</u>	<u>17.0</u>	<u>16.7</u>

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri (2020) Not: Özel sağlık harcamaları hanehalkı sağlık harcamalarını kapsamaktadır.

Türkiye için sağlıkta finansal koruma açısından, cepten sağlık harcaması yapan hanehalkı oranının artması, hem de toplam harcamalar içinde hane halklarının oranının yükselmesinin yanında, yapılan harcamanın büyüklüğü de önemli bir göstergedir. Türkiye’de 2019 yılına kadar hanehalklarının aylık sağlık harcaması SDP sürecinde reel olarak yaklaşık 3 kat artmıştır. Ayrıca hanehalkı toplam harcamaları içinde sağlık harcamalarının payındaki artış da dikkat çekicidir. 2019 yılında toplam harcamalar içinde sağlık harcamalarının payı %2,17 ve ortalama reel sağlık harcaması 32,2 TL (nominal 108,5TL) dir. (Şekil 1).



Şekil 1: Cepten Yapılan Harcamaların (OOP) Toplam Harcamalar ve Ödeme Kapasitesi (CTP) İçindeki Payları (%)

Kaynak: HBA (2002-2019) verilerinden hesaplanmıştır. İkincil eksen reel sağlık harcaması (TL). **Not:** Ort.OOP, TÜFE=2003 baz yılına göre reel olarak hesaplanmıştır.

Hanehalkları arasında sağlık harcamaları nedeniyle finansal zorluk yaşayanların oranı incelendiğinde son yıllarda katastrofik harcama eğiliminin yükseldiği de gözlemlenmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hanehalklarının Oranı (%)

Yıllar	CATA ≥%10	CATA ≥%20	CATA ≥%30	CATA ≥%40
2002	7.62	2.98	1.36	0.63
2004	7.99	3.96	2.19	0.84
2006	7.79	2.73	0.89	0.50
2008	5.32	2.07	0.97	0.41
2010	6.85	2.33	0.87	0.36
2012	5.10	1.59	0.48	0.16
2014	6.24	1.88	0.75	0.31
2016	6.25	1.97	0.73	0.33
2018	7.01	2.22	0.96	0.36
2019	6.66	2.20	0.84	0.40

Kaynak:HBA(2002-2019) verilerinden hesaplanmıştır.

Not: DSÖ-WHO (ödeme kapasitesi [capacity to pay- partial normative food spending (10- 40%) yaklaşımı dikkate alınmıştır].

Türkiye’de hanehalkları tarafından yapılan sağlık harcamalarının finansal yükü son dönemde artış eğilimindedir. Türkiye her ne kadar yoksulluğun azaltılmasında ve SDP’den sonra hane halklarının mali yönden zorluk çekmesinde önemli başarı elde etmiş olsa da COVID-19 küresel pandemi döneminde ortaya çıkan gerek sağlık gerekse ekonomik sorunlar, sağlıkta finansal koruma hedeflerini tehlikeye sokmaktadır. COVID-19 pandemisiyle birlikte ekonomide pek çok sektörün faaliyetlerini yavaşlatması ya da durdurması sonucunda pek çok kişi gelirlerinin bir kısmını veya tamamını kaybetme süreci yaşamıştır. Pek çok çalışan, hala çalışıyor olsalar dahi, havayolu, perakende, konaklama, gıda hizmetleri, tekstil veya hazır giyim sektörlerinde kısa çalışma saatlerini ve / veya ücret kesintilerini kabul etmek zorunda kalmıştır. Buna göre yılın ilk çeyreğinde, küresel çalışma saatlerinin tahmini %5,4 (155 milyon tam zamanlı işe eşdeğer) 2019’un dördüncü çeyreğine göre azalış kaydetmiştir (ILO, 2020a). Bu etki hemen hemen tüm sektörlerde yaşanmıştır. ILO (2020) raporu, Türkiye’de çalışılan toplam saat ortalamasında %6 düşüş yaşandığını göstermekte ve ancak diğer yandan pandeminin olumsuz sonuçlarının toplumun her kesimine eşit dağılmadığını da vurgulamaktadır (ILO,2020).

Yaşanan bu gelişmeler sonucunda, Türkiye Çin ile birlikte G20 ülkeleri içinde 2020 yılında büyüme gösteren iki ülkeden biri olmayı başarmış olsa da bu büyüme yıl boyunca ancak %1,8 ile sınırlı kalmıştır (TÜİK, 2021; World Bank, 2020). Ekonomik büyümenin sınırlı kalması, birçok sektör üzerinde negatif etki göstermiştir. TÜİK verilerine göre 2020 yılının tamamında sanayi üretimindeki büyüme yüzde %2,03 olsa da, büyümenin lokomotiflerinden inşaat sektöründe %3,54, hizmet sektöründe %4,34, idari destek ve hizmet faaliyetlerinde ise %5,2 daralma yaşanmıştır. Bu durum COVID-19 küresel pandemi krizi nedeniyle çeşitli sektörlerdeki hanehalkları arasında ekonomik zorlukla karşı karşıya kalma ve özellikle sağlık hizmetleri için ödeme kapasitesinde zorluklara yol açma potansiyelini artırmaktadır. Dolayısıyla yaşanan COVID-19 küresel pandemisinin diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'deki sağlıkta finansal koruma konusunda olumsuz bir etki göstereceğini söylemek mümkündür. Bu bağlamda, Türkiye'de sağlık harcamalarının finansal koruma riskini yeniden ele almak önemli hale gelmektedir.

### 3. Yöntem

Çalışmada Türkiye'de COVID-19 krizi süresince ekonomide sektörel bazda meydana gelen negatif etkilerin yol açacağı çarpan etkisiyle, hanehalklarının gelirlerinde meydana gelebilecek azalmaların, cepten yaptıkları sağlık harcamaları üzerindeki potansiyel etkileri finansal yük açısından incelenmiştir. TÜİK'in 2020 sektör bazlı büyüme verilerinden yola çıkılmış ve hanehalkları üzerindeki gelir etkisi ve sağlık harcamalarındaki farklı değişim senaryolarıyla hane halklarının karşılaşılabilecekleri olası finansal yük, en güncel TÜİK (2019) Hanehalkı Bütçe Anket (HBA) verisi kullanılarak analiz edilmiştir. Böylece, COVID-19 krizi ve sonrasındaki süreçte, azalan gelirlerden doğabilecek ekonomik yükün azaltılması ve finansal korumanın sağlanmasına yönelik politikalar ele alınmıştır.

Hanehalkı Bütçe Anketi'nde (HBA); hanehalkı varlıkları, yaş, cinsiyet, eğitim gibi sosyo-ekonomik özellikler ve ayrıca istihdam, gelir ve harcamalar yer almaktadır. Aylık anket verilerinde farklı harcama kalemleri yer almakta ve bunlardan biri de sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamaları bölümünde, ilaç ve eczane ürünleri, tedavi ekipmanları, diş hekimliği hizmetleri, laboratuvarlar ve röntgen hizmetleri, hemşirelik bakım hizmetleri ve hastane hizmetleri harcamalarını içeren 14 farklı grup yer almaktadır<sup>1</sup>. Tablo 6'da hanehalkı sağlık harcamaları için bilgiler sunulmuştur. Sağlık harcamaları hanehalkı düzeyinde toplam olarak hesaplanmıştır. Buna göre 2019 yılında hanehalkları aylık ortalama toplam harcamaları 4972,2 TL ve sağlık harcamaları ise 108,5 TL'dir. Ortalama ödeme kapasitesi ise 4187,9 TL'dir.

Tablo 6: Hanehalkı Toplam Harcamaları ve Sağlık Harcamaları

Harcamalar	2019
Cepten Sağlık Harcaması Yapan Hanehalkı Oranı (%)	56,3
Ortalama Toplam Harcama (TL)	4972.2
Ortalama Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (TL)	108.5
Cepten Sağlık Harcaması Sıfır Olmayan Hanehalkları Arasında Ortalama Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (TL)	192.8
Ortalama Ödeme Kapasitesi (TL)	4187.9
Gözlem Sayısı	11521

Kaynak: HBA (2019) hesaplanmıştır.

<sup>1</sup> 2019 yılı HBA sağlık harcaması kalemleri 14 grupta derlenmiştir. Bunların COICOP kodları ise şöyledir: 6110- Eczacılık ürünleri, 6121- Gebelik testleri ve gebelik önleyici mekanik cihazlar, 6129- Başka yerde sınıflandırılmamış diğer tıbbi ürünler, 6131- Düzeltici gözlükler ve kontak lensler, 6132- İşitme cihazları, 6133- Tedavi amaçlı alet ve ekipmanların onarımı, 6139- Diğer tedavi amaçlı alet ve ekipmanlar, 6211- Pratisyen hekimlik, 6212-Uzman hekimlik, 6220- Diş hekimliği hizmetleri, 6231- Tıbbi analiz laboratuvarlarının ve röntgen merkezlerinin hizmetleri, 6232- Kaplıcalar, düzeltici jimnastik tedavisi, ambulans hizmetleri ve tedavi amaçlı ekipmanların kiralanması, 6239- Diğer paramedikal hizmetler, 6300- Hastane hizmetleri. Çalışmada toplam düzeyinde harcamalar kullanıldığı için bu yeni kod uygulaması sorun yaratmamaktadır.

Hanehalklarının yaptığı sağlık harcamaları, HBA (2019) verisinden sağlanmış ve bu harcamalar sağlıkta finansal koruma literatüründe cepten sağlık harcaması olarak değerlendirildiği için katastrofik harcamaların hesaplanmasında kullanılmıştır. Çalışmada iki farklı tablo ortaya konulmuştur. 2019 dönemi ve COVID-19 döneminde sağlık harcamaları nedeniyle meydana gelebilecek olası finansal yıkım hesaplanmıştır. Finansal riskten korunma açısından en yaygın ölçütler ele alınmıştır. Bunlar, katastrofik sağlık harcamaları ve cepten harcamalar nedeniyle yoksullaşmanın belirlenmesidir. Katastrofik sağlık harcamaların ölçülmesinde, sağlık harcamalarının toplam harcamaların veya ödeme kapasitesinin içindeki payı belirlenen bir eşik değeri aşması olarak kullanılmaktadır. Genellikle bu eşik değerleri %10-%40 olarak belirlenmektedir (Xu vd, 2007; Gotsadze vd., 2009; Somkotra ve Lagrada, 2009; Onoka vd., 2011; Minh vd, 2013; Yereli vd., 2015; Khan vd., 2017; Hsu vd., 2018; WHO, 2019; Wang, vd., 2018; Cylus, vd., 2018; Manavgat vd., 2020). Sonrasında yoksullaştırıcı sağlık harcamalarına maruz kalan hane halklarının oranı irdelenmektedir. Çalışmada, sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşan hanehalklarının oranının hesaplanmasında yoksulluk açığı ve kişi başı SGP (2011) günlük 1,90\$, 3,20\$ ve 5,50 \$ olan global yoksulluk sınırı eşikleri ve ayrıca kişi başına günlük medyan tüketiminin %60'ı dikkate alınmıştır. Hanehalklarının sağlık harcamaları öncesi ve sonrası gelirleri kıyaslanarak, harcama sonrası gelirleri yukarıda belirtilen yoksulluk sınırı eşiklerinin altına düşen hanehalkları, yoksullaşmış hanehalkları olarak tanımlanmıştır.

Çalışmada, COVID-19 pandemisinin hanehalkı sağlık harcamalarında finansal yükünün ve yoksulluğa maruz kalanların oranının belirlenmesinde birkaç senaryo dikkate alınmıştır. COVID-19'un ekonomi üzerindeki etkileri için TÜİK'in 2020 yılı sektörel bazlı büyüme verileri dikkate alınmıştır. Sektörel bazlı daralmaların ve dolayısıyla ortaya çıkan hanehalkı gelirlerindeki azalmaların yanında sağlık hizmetlerinin satın alınmasındaki artış hanehalkı ekonomik kaynaklarının büyük bir kısmının (yani bütçe şokları yaratarak), bu harcamalara yapılmasına yol açacağından finansal yıkıma ve yoksulluğa maruz kalanların oranını artıracığı düşüncesinden yola çıkılmıştır. Yine çalışmada, azalan hanehalkı harcamalarının çarpan etkilerini ve COVID-19 kriziyle ilgili hanehalkı sağlık harcamalarındaki olası değişiklikler ele alınmış ve yeniden ölçümler yapılmıştır.

Buna göre çalışmada yapılan adımlar şöyledir:

Hanehalkı gelir ve harcamalarındaki düşüşün tahmini: Türkiye'de hanehalkı gelir ve harcamalarındaki düşüşlerle ilgili veri bulunmadığından, bu düşüş TÜİK'in 2020 makroekonomik ve sektörel bazlı büyüme verileri kullanılarak belirlenmiştir. ILO raporu (2020), Türkiye için çalışılan toplam saat ortalamasında %6 düşüş göstermiştir. Toplam çalışma saatindeki düşüş hem işyerindeki sayılardaki değişikliği hem de halen iş başında olanlar için haftalık çalışma saatlerinde meydana gelen herhangi bir azalmayı temsil etmektedir. Bu nedenle, toplam saat sayısındaki düşüş, küresel pandeminin istihdam ve ücretler üzerindeki toplam etkisi hakkında bir fikir vermektedir. Hanehalkı harcamalarındaki azalma için çalışma saatlerinde genel azalma eğilimi kullanılmıştır. Ancak COVID-19 pandemisinin ekonomik sonuçları tüm sektörler için aynı etkiyi yaratmadığı sonucu da dikkate alınmıştır. Bu nedenle, inşaat, sanayi, hizmet gibi temel sektörler başta olmak üzere, havayolları, perakende satış ve konaklama gibi yüksek riskli hizmetlerden, eğitim gibi düşük riskli hizmetlere kadar değişen farklı kategorilerdeki hanehalkı harcamalarındaki değişim yüzdeleri SAM multiplier metodu kullanılarak belirlenmiştir. Öte yandan, sektörel bazlı büyüme oranları ve dolayısıyla ortaya çıkan hanehalkı gelirlerindeki değişimden yola çıkılarak hanehalkı sağlık harcamasındaki düşüş düzeyleri tahmin edilmiştir.

COVID-19 döneminde hanehalkı cepten yapılan sağlık harcamaları değişikliklerin tahmini: Hanehalkı harcamalarındaki olası düşüşleri tahmin ettikten sonra, cepten yapılan sağlık



harcamalarındaki değişikliklere dayalı 4 farklı senaryolar geliştirilmiştir. Bunlar 1. cepten yapılan sağlık harcamasında değişiklik olmaması, 2. sağlık harcamalarında %5 artış, 3. sağlık harcamalarında %5 azalma ve 4. gelir ile cepten harcama arasındaki uzun vadeli istatistiksel ilişkiye göre % azalmanın belirlenmesidir. Son senaryo için, hanehalkı gelir / harcamasında %1'lik bir düşüşün (hanehalkı harcamasındaki değişikliğe bağlı yapılan sağlık harcaması talep esnekliği) cepten harcamadaki değişikliği belirlemek için kantil regresyon analizi uygulanmıştır. Yani farklı gelir dilimlerindeki hanehalklarının toplam harcamalarındaki değişimin sağlık harcamalarına olan duyarlılığı belirlenmiştir.

Farklı senaryolara dayalı olarak hanehalkı cepten sağlık harcaması nedeniyle katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaşanların oranının tahmini: Hanehalkı harcamalarındaki öngörülen düşüş ve cepten yapılan sağlık harcamalarındaki değişikliklerden yola çıkılarak, katastrofik sağlık harcaması yapan hane halkları ve bu nedenle yoksullaşan hanehalkı oranı yeniden hesaplanmış ve sonuçlar COVID-19 öncesi durumla karşılaştırılmıştır. Böylece 2020'de olası yoksulluk ve finansal zorlukla (katastrofiyle) karşı karşıya kalabilecek ilave nüfus tahmin edilmiştir.

#### 4. Bulgular

Tablo 7, Türkiye'de sağlık hizmetleri için hane halkları tarafından yapılan harcamalar sonucu katastrofiye maruz kalanların oranını göstermektedir. Bu durum, COVID-19 öncesi süreci bir gösterge olarak kabul etmektedir. Farklı katastrofik eşik değerleri (%5, 10, 15, 20, 25, 40) kullanılarak yapılan incelemeler sonucunda, 2019 yılında toplam harcamalar içinde sağlık harcamalarının payı %5 ve üstü olan hanehalkı oranı %10,49'dur. Birleşmiş Milletler SKH kapsamında kabul edilen eşik değerlerde (%10-25) sonuçlar incelendiğinde ise bu oranın sırasıyla %4,14 ve %0,64 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7: 2019'da Katastrofik Sağlık Harcamalarına Maruz Kalan Hanehalkı Oranı (%)

	Hanehalkı toplam harcamaları içindeki payı (eşik)					
	5%	10%	15%	20%	25%	40%
Katastrofik sağlık harcaması insidansı (%)	10.49	4.14	2.04	0.99	0.64	0.19
Standart Hata	0.38	0.23	0,17	0.10	0.09	0.04

Kaynak: HBA (2019) verilerinden hesaplanmıştır.

Dört farklı yoksulluk sınırı kullanılarak sağlık harcamalarının yoksullaştırıcı etkisine ilişkin sonuçlar ise Tablo 8'de özetlenmiştir. Kişi başına günlük 5,50\$'lık (SGP-2011) sınır için yoksulluk riskiyle karşı karşıya kalanların oranı %12,32'dir. Aynı zamanda hanehalklarının %0,34'ü cepten yaptıkları sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşmıştır.

Tablo 8. 2019'da Sağlık Harcamaları Nedeniyle Yoksullaşan Hanehalkı Oranı (%)

	Brüt Sağlık Harcaması (1)	Net sağlık harcaması (2)	Fark Mutlak (3) = (2) - (1)	Görelî [(3) / (1)] %
Yoksulluk sınırı = Kişi Başına Günlük 1,90 \$- SGP (2011)				
Yoksulluk oranı (Hpov)%	0.40	0.41	0.01	1.97
Yoksulluk açığı (Gpov)	0.38	0.38	0.00	1.27
Yoksulluk sınırı = Kişi Başına Günlük 3,20 \$- SGP (2011)				
Yoksulluk oranı (Hpov)%	2.73	2.79	0.06	2.12
Yoksulluk açığı (Gpov)	5.30	5.41	0.11	2.15

Yoksulluk sınırı = Kişi Başına Günlük 5,50 \$- SGP (2011)				
Yoksulluk oranı (Hpov)%	12.32	12.67	0.34	2.79
Yoksulluk açığı (Gpov)	49.58	51.13	1.55	3.13
Yoksulluk sınırı = Kişi Başına Günlük Ortalama Tüketimin %60'ı				
Yoksulluk oranı (Hpov)%	23.70	24.45	0.76	3.21
Yoksulluk açığı (Gpov)	167.05	172.61	5.56	3.33

Kaynak: HBA (2019) verilerinden hesaplanmıştır.

Türkiye’de COVID-19 küresel pandemisinin hanehalkı toplam harcamaları ve sağlık harcamaları üzerine olası etkilerini dikkate alarak yapılan senaryolar için analiz sonuçları ise Tablo 9’da yer almaktadır. Tabloda hesaplanan yüzdelerin nüfus ağırlıkları hesaplanarak verilmiştir. Buna göre, 2020’de hanehalkı harcamalarında ortalama %5,30’luk bir azalma yaşanacağı hesaplanmıştır. Bu düşüğe bağlı olarak, yoksulluğun yeniden hesaplanması (SGP 2011 günde 5,5\$ altında) sonucunda Türkiye’de yaklaşık 1,35 milyon nüfusun COVID-19 krizi nedeniyle yoksullaşacağı saptanmıştır. Sağlık harcamalarının değişmeyeceğinin varsayıldığı ilk senaryoya göre hanehalkı harcamalarındaki olası düşüş nedeniyle finansal katastrofi (%10 eşik değer için) yaşayabilecek ilave 535 bin kişinin olacağı, 124 bin kişinin ise yoksullaşacağı tahmin edilmiştir (Senaryo 1). Hem harcamalardaki düşüş karşısında hem de sağlık harcamalarının yükselmesi durumunda ise olası etkinin derinleşeceği gözlenmiştir. Buna göre, sağlık harcamaları nedeniyle finansal katastrofi yaşayabilecek yaklaşık 758 bin ilave nüfusun olacağı ve 153 bin kişinin cepten sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşacağı saptanmıştır (Senaryo 2). Sağlık hizmeti alma davranışını erteleme durumunda yani genel olarak acil olmayan sağlık harcamalarındaki olası düşüş karşısında finansal katastrofiye maruz kalabilecek ilave 168 bin kişinin olacağı ve yaklaşık 100 bin kişinin yoksullaşacağı belirlenmiştir (Senaryo 3). Ayrıca gelir ve sağlık harcamaları arasındaki istatistiki ilişkinin devam edeceğini varsayan daha hassas analizlerde yaklaşık 103 bin ilave nüfusun katastrofiye maruz kalacağı ve 82 bin kişinin yoksullaşacağı da bir başka olası tahmin sonucudur (Senaryo 4).

Tablo 9: Farklı Senaryolara Dayalı, Cepten Sağlık Harcamaları Nedeniyle Katastrofiye ve Yoksullaşmaya Maruz Kalabilecek İlave Nüfus (Bin Kişi)

	Yoksulluk altındaki nüfus			Katastrofik Harcamalarına Maruz Kalan Nüfus		
	Yoksulluk Sınırı (PL) [SGP 2011]			Toplam harcamaların %10'u	Toplam harcamaların %25'i	Ödeme Kapasitesinin %40'ı (DSÖ) <sup>a</sup>
	PL=1.90\$	PL=3.20\$	PL=5.50\$			
<b>Senaryo 1:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasında değişim yok						
	165.2	541.5	1354.4	535.7	62.9	1453.3
	78.5	403.3	963.3	342.2	42.3	1093.3
<b>Senaryo 2:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasında %5 artış						
	165.2	541.5	1354.4	758.7	118.6	1570.1
	78.5	403.3	963.3	635.1	89.9	1247.8
<b>Senaryo 3:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasında %5 azalış						
	165.2	541.5	1354.4	168.0	0.01	1319.9
	78.5	403.3	963.3	18.7	-13.6	938.1
<b>Senaryo 4:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasındaki a% <sup>c</sup> düşme						
	58.2	397.2	1,599.60	103.2	29.5	-31
	39.8	229.5	1,115.40	80	5.2	-42.9

Yoksulluk Üzerine Etkiler	Cepten sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan nüfus			
	PL=1.90\$	PL=3.20\$	PL=5.50\$	PL=PL <sup>a</sup>
<b>Senaryo 1:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasında değişim yok				
	7.4	11.0	124.9	183.5
	7.4	-16.5	-11.4	133.5
<b>Senaryo 2:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasında %5 artış				
	7.4	19.5	153.0	250.3
	7.4	-6.1	70.2	175.2
<b>Senaryo 3:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasında %5 azalış				
	7.4	5.5	100.5	158.5
	3.0	-38.5	-17.1	83.4
<b>Senaryo 4:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasındaki a% düşme				
	5.1	25.9	10.9	82.3
	5.1	51.2	160.8	94.1

<sup>a</sup>DSÖ tarafından geliştirilen ödeme kapasitesi, en az geçim harcamalarının dahil edilmediği yaklaşımı eşik, bu yaklaşımda "Yoksulluk sınırı" gıdaya harcanan ortalama tutar olarak hesaplanmaktadır, Hanehalkı büyüklüğüne ve bileşimine göre ayarlanmış, hanehalkı tüketim dağılımının 25. ve 35. yüzdeler dilimleri arasında hanelere göre konut ve kamu hizmetleri.

Kaynak: HBA (2019) verilerinden hesaplanmıştır.

## 5. Sonuç ve Değerlendirme

Birleşmiş Milletler'in 2015 yılında ortaya koyduğu "2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri"nden biri (SKH-3.8) sağlık hizmetlerine erişimde evrensel sağlık kapsamının (universal health coverage) genişletilmesi ve finansal korumanın güçlendirilmesidir. Bu bağlamda, yüksek oranda yapılan cepten sağlık harcamalarının bir sonucu olan hane halklarının üzerindeki finansal yükün izlenmesi ve sağlıkta finansal korumanın güçlendirilmesi küresel anlamda ilgi gören konular olmuştur. Yapılan çalışmalar cepten yapılan harcamaların özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık ve sosyal güvenlik ile birlikte ekonomik zorluklar doğurduğunu ortaya koymaktadır (McIntyre vd., 2006). Bir sağlık sorunu olarak başlayıp küresel bir ekonomik krize dönüşen COVID-19 pandemisi Türkiye için Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile belirlenmiş hem sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması hem de hanehalklarının sağlık harcamalarından kaynaklı finansal risklerinin azaltılması hedefleri için bir tehlike oluşturmaktadır. Bu nedenle, pandeminin yol açacağı ekonomik etkilerin incelenerek cepten yapılan sağlık harcamaları ve dolayısıyla oluşacak sağlıkta finansal yükün doğru şekilde tahmin edilmesi, bu sorundan en çok etkilenecek hane halklarının belirlenmesi ve etkilerin en aza indirgenmesi için atılacak adımlar kritik önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, COVID-19 pandemisinin etkilerini incelemek için TÜİK'in 2020 yılı Türkiye sektörel bazlı ekonomik büyüme verilerinden yola çıkılmış ve HBA 2019 verileri kullanılarak öncelikle farklı hanehalklarının gelirlerindeki ve harcamalarındaki azalmalar tahmin edilmiştir. İkinci aşamada ise cepten yapılan sağlık harcamalarındaki dört farklı senaryo göz önünde bulundurularak hane halklarının gelirlerindeki bu azalma sonrası karşılaşılabilecekleri sağlık finansal yükleri, yani katastrofik sağlık harcamaları ve sonucunda ortaya çıkabilecek yoksullaşma oranları hesaplanmıştır.

Analizlerimize göre, Türkiye'de 2020 yılında hanehalkı harcamalarında ortalama %5,3'lük bir azalma yaşanacağı hesaplanmıştır. Hanehalkı harcamalarındaki bu düşüşlere bağlı olarak yaklaşık 1,35 milyon ek nüfusun COVID-19 krizi nedeniyle yoksullukla karşı karşıya kalacağı tahmin edilmiştir. Bulgularımıza benzer şekilde Dünya Bankası'nın 2020 yılında yayınladığı bir rapora göre COVID-19 salgını 2020'de Türkiye'deki hanehalklarının gelirlerinde azalmalara yol açabilecek ve bu azalmalar dolayısıyla 1,4 milyon ek nüfus yoksulluk sınırı altına itilebilecektir (World Bank, 2020).

Sağlıkta finansal koruma açısından son yıllarda hane halkları arasında sağlık harcamaları nedeniyle katastrofik harcama eğiliminin yükseldiği gözlenmektedir. Analizlerimize göre 2020 yılında hanehalklarının gelir ve harcamalarındaki düşüşün bir etkisi olarak ve cepten yapılan sağlık harcamalarındaki dört farklı senaryomuza göre 103 ile 758 bin arası bir ek nüfusun katastrofik sağlık harcamalarına maruz kalabileceğini tahmin edilmiştir. Alternatif senaryolarımız 82 ile 153 bin arası bir ek nüfusun ise cepten yapılan bu sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşabileceğini göstermektedir.

Politika yapıcılarının hanehalklarının yüksek cepten sağlık harcamaları ve sonucunda oluşabilecek yoksullukla mücadele için ivedilikle politikalar üretmesi ve bu politikaları etkin ve sürdürülebilir şekilde uygulamaya geçirmesi gerekmektedir. Öncelik her zaman toplumun en savunmasız grupları başta olmak üzere artan sağlık ihtiyaçları olanlar ve daha düşük sosyoekonomik statüdeki hane halklarının olmalıdır. Uluslararası uzmanlar ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından politika oluşturma noktasında ilk adımın temel sağlık hizmetlerine erişimin önündeki finansal engellerin kaldırılması olarak belirtilmiştir (WHO, 2020a). Hane halklarının COVID-19 tedavisi ve koruması için ihtiyacı olan sağlık hizmetlerine ulaşımında herhangi bir finansal zorlukla karşılaşmaması hane halklarının sağlıkta finansal korumasının sağlanması yanında toplum sağlığının artırılması ve sağlık sisteminin dirençliliği ve dayanıklılığı için de

önemlidir. Bu yüzden içlerinde Türkiye'nin de yer aldığı birçok devletin hali hazırda uyguladığı gibi COVID-19'a bağlı sağlık hizmetleri kullanıcı ücretlerini tamamen kaldırması öncelik olmalıdır. Buna ek olarak, en azından pandemi süresince, diğer tüm temel sağlık hizmetlerine erişimdeki kullanıcı ücretlerinin askıya alınması sağlıkta finansal korumayı destekleyecektir (WHO, 2020b).

Sağlık hizmetlerine erişimdeki finansal engellerin kaldırılması önemli olsa da ihtiyaç halinde gerekli temel sağlık hizmetlerine erişimi garanti etmeyebilir. Sigorta kapsamı ya da anlaşmaları gereği kimi hanehalkları sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşamaktadır. Bu durum pandemi süreciyle derinleşebilir. Bu sebeple, COVID-19 pandemisi süresince, sigorta ya da vatandaşlık statüsünden bağımsız olarak Türkiye'de bulunan tüm hane halklarının ihtiyaç halinde temel sağlık hizmetlerine, özellikle de kamu tarafından finanse edilen hizmetlere erişiminin garanti altına alınması etkili bir çözüm önerisi olabilir (WHO,2020a).

Sağlık hizmetlerine ulaşımında ortaya çıkacak finansal engeller hastaların tedaviye ulaşmasını geciktirebileceği gibi erişimi tamamen de engelleyebilir. Bu durum hem pandeminin kontrolünü zorlaştıracak hem de birçok hanehalkını ek finansal ve sağlık yüküyle baş başa bırakacaktır. Her ne kadar Türkiye için karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarıyla ilgili detaylı bir çalışma olmasa da, Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 başlıklı çalışmasına göre toplumun büyük çoğunluğu için karşılanmamış ihtiyaçların temel sebebi yetersiz maddi imkanlar olarak gösterilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2006). Bu durum, hastaları ya sağlık hizmetlerine erişimden vazgeçmeye ya da daha ucuz ve kalitesiz hizmetlere yönlendirmektedir. Bu durum, özellikle daha yoksul haneler için sağlık hizmetlerine erişimi artıran politikaların önemini vurgulamaktadır.

Hanehalklarını pandemi ve sonrasında finansal risklerden korumak ve ihtiyaç halinde COVID-19 ve temel sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için dolaylı engelleri de dikkate almak gerekecektir. Bunlar arasında ulaşım maliyetleri ve gayri resmi ödemeler gibi finansal engeller olduğu gibi sağlık hizmetlerine ulaşımındaki uzaklık ve seyahat süreleri gibi finansal olmayan engeller de bulunabilir. Pandemi süresince oluşan işsizlik ya da ücretlerdeki kesintilerin yol açacağı gelir kaybı ve yoksulluk riski de göz önüne alınarak hane halklarının finansal yükünü azaltmak ve sağlık hizmetlerine erişimini garanti altına almak için devletlerin bütüncül adımlar atması gereklidir. Halihazırda birçok devlet finansal risklerle mücadele için sosyal yardım paketleri hazırlayıp ihtiyaç halinde kapsamını genişletmektedir. Fakat bu yardımların idari sürecini basitleştirip hızlandırmak ve toplumun tüm kesiminin bu yardımlara erişimi artırmak da önemlidir. Bu süreçte devletler COVID-19'la mücadele kapsamında kullanılan karantina gereklilikleri nedeniyle ortaya çıkan işgücü ve gelir kayıplarını azaltmak için gerek çalışan gerekse de işverenlere mali ya da aynı çeşitli sosyal koruma tedbirleri almalıdır. Bunlara gelir destekleri, ücretli hastalık izinleri, işten çıkarma yasakları ya da çıkarılanlar için işsizlik sigortaları, karantinadan ya da taleplerdeki azalmadan en çok etkilenen sektörler ve firmalar için teşvikler ya da vergi indirimleri dahil edilebilir (IMF ve Gaspar vd., 2020). İhtiyaç halinde temel gıdalara erişimi iyileştirerek gıda güvenliğini teminat altına almak da gerekebilir.

Sağlıkta finansal koruma konusunda en riskli ve savunmasız hanehalklarını belirlemek özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde daha önem kazanmıştır. Türkiye için yapılan çalışmalarda, küçük hanelerin, ev reisi kadın olanların, hanede işsiz, engelli, hasta ya da yaşlı olanların finansal yükten en fazla etkilenebilecek toplum grupları olduğu belirlenmiştir (Yardım vd., 2010; Erus ve Aktakke, 2012; Yereli vd., 2014; Brown vd, 2014; Özgen vd., 2015; Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu, 2018; Manavgat vd., 2020). Ayrıca, Türkiye ile ilgili yapılan çalışmalar son yıllarda cepten sağlık harcaması yapan hanehalklarının oran olarak artmaya başladığını, sağlık sigortası kapsamında da olsa özellikle reçeteli ilaçlara yapılan katkı paylarının ek bir finansal yük getireceğini iddia etmişlerdir. Öte yandan, her ne kadar GSS ile toplumun genelinin sağlık

hizmetlerine erişimi artırılmış ve finansal yükü azaltılmışsa da, yoksul hanehalkları ve Yeşil Kart sahibi bireyler için yapılmış düzenlemelerinin finansal koruma açısından sınırlı etkileri olmuştur (Manavgat vd., 2020). Bu nedenle, özellikle COVID-19 süresince toplumun savunmasız kesimlerinin ve ekonomik olarak en ihtiyacı olan hanehalklarının finansal korunması çeşitli sosyal yardımlarla desteklenmelidir.

COVID-19'la mücadelede tanı ve tedavi açısından başarılı bir sınav veren ve örnek olarak gösterilen Türkiye, dayanıklı ve dirençli sağlık sistemi sayesinde temel sağlık hizmetlerine erişimde de büyük sorunlar yaşamadan süreci idare edebilmiştir. Pandeminin ilk günlerinden itibaren COVID-19 test ve tüm tedavi maliyetlerinin SGK tarafından karşılanacağı ilan edilmiştir. Geliştirilmiş ve dijitalleştirilmiş sağlık yönetimi bilgi sistemi ve güçlü birinci basamak sağlık sistemi sayesinde gerek COVID-19 tanı, takip ve tedavisi, gerekse de kronik hastalığı olan hastalar ve yaşlıların telefon ve uzaktan şekilde sürekli sağlık bakımı sağlanmıştır. Sağlık raporu ve reçetesi olan kronik hastalığı olan hastalar için pandemi süresince kapsam dahilindeki ilaçlara cepten ödeme yapılmayacağı taahhüt edilmiştir. Gelişmiş dijital veri tabanları sayesinde toplumun en savunmasız gruplarından başlayarak ihtiyacı olan hanehalklarına hızlı ve güvenli şekilde çeşitli finansal ve aynı yardımlar gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, çalışan ve işverenleri finansal riskten korumak için belli periyotlarla özellikle küçük ve orta dereceli işletmelere bazı teşvikler ve kredi imkanları sağlanmıştır (IMF,2020). Fakat gerek mücadelenin başarısının devamı gerekse de hanehalklarının ve işletmelerin finansal riskten sürdürülebilir şekilde korunabilmesi için bu desteklerin daha kalıcı, şeffaf, hızlandırılmış ve güncellenmiş şekilde devam etmesi gerekecektir. Ekonomik düzeyi düşük olan hanehalklarına, işini kaybetmiş ya da ücretinde azaltılmaya gidilmiş çalışanlara, emeklilere, asgari ücretle çalışanlara başta olmak üzere toplumun pandemiden en çok etkilenmiş kesimlerine finansal desteğin artarak devam ettirilmesi gerekir. Pandemiden etkilenen sektörler ve kuruluşlara getirilen doğrudan destek ya da kısa çalışma ödeneğinin miktar ve süresinin artırılması, finansal zorluk yaşayan sektörlerin kişisel ve kurumsal vergi ödemelerinin ertelenmesi, kredi garanti fonunun kapsamının ve boyutunun güncellenerek artırılması, işten çıkarma yasağıyla ilgili yasaların pandemi süresince kalıcı hale getirilmesi ve çeşitli temel ürünlerdeki KDV'lerin azaltılması ya da tamamen kaldırılması izlenecek diğer yöntemler için örnekler olabilir.

Çalışmamız COVID-19'un ekonomik etkileri sonucu hanehalkının gelir ve harcamalarındaki azalmaya bağlı olarak sağlıkta finansal korumada ortaya çıkabilecek zararlara genel bir bakış açısı sağlamıştır. Zaten artma eğiliminde olan cepten yapılan sağlık harcamalarının 2020 yılında Türkiye'de hanehalklarına yeni bir finansal yük getirebileceği, acil ve kapsamlı politikalar olmadan hanehalklarını bu yükten kurtarmanın mümkün olmayacağı, pandeminin ilerleyen süreçlerinde durumun daha da kötüleşebileceği ve SDP sonrası elde edilen kazanımların tehlikeye atılabileceği gösterilmiştir. Ancak, krizin finansal sağlık risklerini tam olarak belirleyebilmek için daha fazla analize ihtiyaç vardır. Gerçek verilerle elde edilen analizler doğrultusunda sağlık sistemi iyileştirilirken özellikle hanehalklarının sağlıkta finansal yüklerinin azaltılması, temel sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve sürdürülebilir şekilde sosyal yardımların genişletilmesi gerekecektir. Pandemiyle mücadelede mevcut bütçe kaynaklarının ve ihtiyaçların belirlenerek bir acil durum finansman planı geliştirilmek ve ihtiyaç halinde bütçeyi esnekleştirerek yerinde müdahale stratejileri belirlemek hayati önem taşımaktadır. Aynı zamanda, uzun vadeli bir iyileştirme planı ve buna uygun yönetim mekanizmalarına sahip bir sağlık sistemleri fonu oluşturmak gerekecektir. Sağlık finansmanında cepten yapılan sağlık harcamaları yerine kamunun finansman gücünü artırmaya devam etmek, SGK altındaki risk havuzunu güçlendirmek ve tüm bunları daha da geliştirilmiş bir sosyal güvenlikle güçlendirmek sürdürülebilir bir iyileştirme ve kalkınma için kaçınılmazdır.

## 6. Kaynakça

1. Brown S., Hole A.R., Kilic D. (2014). “Out-Of-Pocket Health Care Expenditure in Turkey: Analysis of The 2003–2008: Household Budget Surveys. *Economic Modelling* (41) 211–218.
2. Cylus, J., Thomson, S., Evetovits, T. (2018). Catastrophic Health Spending in Europe: Equity and Policy Implications of Different Calculation Methods. *Bull. World Health Organ.* 96:599–609.
3. Erus, B., Aktakke N. (2012). Impact Of Healthcare Reforms on Out-Of-Pocket Health Expenditures In Turkey For Public Insurees. *Eur. J. Health Econ.* 13(3): 337-346.
4. Gaspar, V. Lam, W.R. Raissi, M. (2020). Fiscal Policies to Contain the Damage from COVID-19. International Monetary Fund, 2020. <https://blogs.imf.org/2020/04/15/fiscal-policies-to-contain-the-damage-from-covid-19/>, Erişim Tarihi:20.01.2021.
5. Gotsadze, G., Zoidze, A., Rukhadze, N. (2009). “Household Catastrophic Health Expenditure: Evidence From Georgia and its Policy Implications”, *BMC Health Services Research*, 9:69, 1-9.
6. Hsu, J., Flores, G., Evans, D., Mills, A., Hanson, K.(2018). Measuring Financial Protection Against Catastrophic Health Expenditures: Methodological Challenges For Global Monitoring. *International Journal for Equity in Health* 17:69.
7. ILO-OECD Covid-19 report (2020b): The impact of the COVID-19 pandemic on jobs and incomes in G20 economies [online] website [https://www.ilo.org/global/docs/WCMS\\_753607/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/docs/WCMS_753607/lang--en/index.htm), Erişim Tarihi:21.11.2020.
8. International Labour Organization, (ILO) Covid-19 Report (2020a): COVID-19 causes devastating losses in working hours and employment [online] website [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_740893/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_740893/lang--en/index.htm), Erişim Tarihi:09.12.2020.
9. International Monetary Fund (IMF) (2020), Policy Responses to COVID-19; Policy Tracker: [online] <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19>, Erişim Tarihi: 18.12.2020.
10. International Monetary Fund (IMF) (2020). DataMapper [online] Website <https://www.imf.org/en/Countries/TUR>, Erişim Tarihi:05.11.2020.
11. Khan, A.M.J., Ahmed, J., Evans, G. T. (2017). “Catastrophic Healthcare Expenditure and Poverty Related to Out-Of-Pocket Payments For Healthcare in Bangladesh—an Estimation of Financial Risk Protection of Universal Health Coverage” *Health Policy and Planning*, 32(8),1102–1110.
12. Manavgat, G. (2018). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Kullanımında Cepten Yapılan Harcamaların Finansal Yükü ve Farklı Harcama Grupları Üzerindeki Etkileri”, *Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Doktora Tezi)*, İzmir.
13. Manavgat, G. (2020). Türkiye’de Kalkınma Temelli Sağlık Finansmanının Yapısı ve Politika Önerileri, içinde: *Sürdürülebilir Kalkınma: Disiplinlerarası Yaklaşım*, Editörler: Rıza Bayrak ve Mustafa Polat, Nobel Yayınevi. 317-340.
14. Manavgat, G., Saygılı, F., Audibert, M. (2020). Examining the Economic Burden of Out-of-Pocket Health Expenditures for Households in Different Socio-Economic Groups in Turkey. 2020. 28(46): 25-49.
15. McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., Whitehead, G. (2006). What are the Economic Consequences for Households of Illness and of Paying for Health Care in Low- and Middle-Income Country Contexts? *Social Science Medicine*. 62(4):858-65.
16. Minh, H. V., Phuong, N. T.K., Saksena P., James D.C., Xu, K. (2013). “Financial Burden of Household Out-of Pocket Health Expenditure in Viet-Nam: Findings From The National Living Standard Survey 2002-2010”, *Social Science and Medicine* (96) 258- 263.
17. Onoka, A.C., Onwujekwe, O.E, Hanson, K. & Uzochukwu, B.S, (2011). “Examining Catastrophic Health Expenditures at Variable Thresholds Using Household Consumption Expenditure Diaries”, *Tropical Medicine and International Health*, 16(10), 1334–1341.
18. Özgen, N.H., Sahin, İ. & Yıldırım, H.H. (2015). “Financial Catastrophe and Poverty Impacts of Out-Of-Pocket Health Payments in Turkey” *Eur. J. Health Econ.* (2015) 16, 255–270.
19. Sağlık Bakanlığı (2003). “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Aralık 2003, <http://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, Erişim Tarihi:17.10.2020.
20. Sağlık Bakanlığı (2006). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003.
21. Sağlık Bakanlığı (2018). Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2018. <https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html>, Erişim Tarihi: 12.10.2020.
22. Sağlık Bakanlığı RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/USH.pdf>, Erişim Tarihi:17.02.2021.

23. SGK (2018). İşyeri ve Sigortalı İstatistikleri (2018). <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik>, Erişim Tarihi:05.09. 2020.
24. SGK (2020). [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss\\_tescil\\_sureci/2020-yili](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss_tescil_sureci/2020-yili).
25. SGK İstatistik Yıllıkları (2004-2018).
26. [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/\\_sgk\\_istatistik\\_yilliklari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/_sgk_istatistik_yilliklari), Erişim Tarihi: 10.08.2020.
27. Somkotra, T., Lagrada, L.P. (2009). “The Impact of The Universal Coverage Policy Which Households Are at Risk of Catastrophic Health Spending: Experience in Thailand After Universal Coverage”, Health Affairs, 28 (3) 467-478.
28. Tokatlıoğlu Y., Tokatlıoğlu I.T. (2018). Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Bu Harcamaları Belirleyen Faktörler: 2002-2014 Dönemi. Sosyoekonomi. 26(35): 59-78.
29. TÜİK (2020). Sağlık Harcaması İstatistikleri (2019). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019,33659#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Toplam%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20arcamas%C4%B1%202019%20y%C4%B1%20%20TL%20olarak%20tahmin%20edildi>, Erişim Tarihi:17.01.2021.
30. Wang, H., Vinyals, L.V. Trivisa, P. (2018). Financial protection analysis in eight countries in the WHO South-East Asia Region. Bull. World Health Organ. 96:610–620.
31. WHO (2000). “The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance”, World Health Organization, Geneva.
32. WHO (2005). World Health Organisation “Social Health Insurance: Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance”. Report by the Secretariat. A58/ 20, Provisional agenda item 13-16.
33. WHO (2010). “The World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage, WHO Press, Geneva.
34. WHO (2019). Can People Afford to Pay For Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe. by Sarah Thomson, Jonathan Cylus and Tamás Evetovits. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Erişim Tarihi:03.02.2021.
35. WHO (2019). Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report, Conference Edition, World Health Organization.
36. WHO (2020a), Strengthening and adjusting public health measures throughout the COVID-19 transition phases: policy considerations for the WHO European Region 2020, World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332467/WHO-EURO-2020-690-40425-54211-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Erişim Tarihi:17.11.2020.
37. WHO (2020b) WHO Policy Brief: The Economic and Social Impact Of COVID-19 in The Eastern Mediterranean Region. 2020, World Health Organization. Regional Office for The Eastern Mediterranean. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332818/WHOEMHEC050E-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Erişim Tarihi:18.12.2020.
38. World Bank (2020) COVID-19 and Human Capital. Office of the Chief Economist Fall 2020.
39. World Bank (2020). Turkey Economic Monitor: Adjusting the Sails [online] website <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34318>, Erişim Tarihi:17.08.2020.
40. Xu K, Evans D. B & Carrin G. (2007). “Protecting Households from Catastrophic Health Spending”, Health Affairs, 26, 972–83.
41. Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C.J. (2003). “Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis”, Lancet 362 (9378), 111–117.
42. Yardım, M.S., Cilingiroglu, N., Yardım, N. (2010). “Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment in Turkey, Health Policy 94 (1), 26–33.
43. Yereli, A.B., Köktaş., A.M., Selçuk, I.S. (2014). “Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler.” Sosyoekonomi July-December 2, 274-296.
44. Yıldırım, H.H., Yıldırım, T., Erdem, R. (2011). “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 44, Sayı 2, 71-98.



## Derleme Makalesi

**Türkiye’de Kanıta Dayalı Tıp Rehber ve Protokol Çalışmaları: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Örnekleri***Elife DİLMAÇ ARTUN<sup>1</sup>, Adile ACAR<sup>2</sup>, İlker SABUNCUOĞLU<sup>3</sup>, Gülcan TECİRLİ<sup>4</sup>***Öz**

Klinik uygulama kılavuzları (rehber ve protokoller), belirli klinik durumlar için uygun sağlık bakımı hakkında hekim ve hasta kararlarına yardımcı olmak için geliştirilmiş sistematik açıklamalardır. Klinik uygulamayı dolayısıyla sağlık sonuçlarını iyileştirmek için, iyi geliştirilmiş Klinik Uygulama Kılavuzlarına ve etkili uygulama yöntemlerine ihtiyaç vardır. Özellikle son 30 yılda, klinik uygulama kılavuzlarının temelini oluşturan yöntemlerin geliştirilmesi, güncellenmesi, raporlanması, özel amaçlara göre uyarlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi üzerine yapılan araştırmalar hız kazanmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarından biri olan Araştırma Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı koordinasyonunda hazırlanan COVID-19 dışındaki klinik rehber ve protokollerin, sağlık olgularının yönetiminde kanıta dayalı iyi klinik uygulamaları tanımlaması, hasta bakım ve güvenlik standartlarını belirlemesi ile etkili ve sürdürülebilir stratejilerin seçiminde tüm sağlık profesyonellerine rehberlik etmesi hedeflenmektedir. Ülke düzeyinde, daha iyi klinik sonuçlara ulaşılmasına katkıda bulunmak için oluşturulan bu dinamik yapının gelişimi ile etkili ve verimli bir şekilde sürekliliğin sağlanması, ilgili tüm paydaşların desteği ile mümkündür.

**Anahtar kelimeler:** Klinik rehber, klinik protokol, klinik rehber geliştirme.

1. Araştırmacı, Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı, elife32@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2572-442X>
2. Araştırmacı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı, adile.acar@saglik.gov.tr, <https://orcid.org/0000-0002-1140-1390>
3. Doktor, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı, ilker.sabuncuoglu@saglik.gov.tr, <https://orcid.org/0000-0002-8692-2502>
4. Ebe, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı, gulcan.tecirli@saglik.gov.tr, <https://orcid.org/0000-0001-6244-3753>

Gönderim Tarihi : 08.06.2021

Kabul Tarihi : 29.06.2021

**Atıfta Bulunmak İçin:**

*Dilmaç Artun, E., Acar, A. Sabuncuoğlu, İ. ve Tecirli, G.(2021). Türkiye’de Kanıta Dayalı Tıp Rehber ve Protokol Çalışmaları: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Örnekleri, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 5(1):45-54.*

***Evidence-Based Medicine Guidelines and Protocol Studies in Turkey:  
Examples of the General Directorate of Health Research and the General  
Directorate of Health Services***

***Elife DİLMAÇ ARTUN<sup>1</sup>, Adile ACAR<sup>2</sup>, İlker SABUNCUOĞLU<sup>3</sup>, Gülcan TECİRLİ<sup>4</sup>***

***Abstract***

*Clinical practice guidelines and protocols are systematic statements developed to assist physician and patient decisions about appropriate health care for specific clinical situations. Well-developed Clinical Practice Guidelines and effective practice methods are needed to improve clinical practice and thus health outcomes. Especially in the last 30 years, research on the development, updating, reporting, adaptation according to special aims, application and evaluation of the methods that form the basis of clinical practice guidelines has gained momentum. The clinical guidelines and protocols, other than COVID-19, prepared under the coordination of the Research Development and Health Technology Evaluation Department, which is one of the departments of the General Directorate of Health Services, Ministry of Health of the Republic of Turkey, to define evidence-based good clinical practices in the management of health cases, to determine patient care and safety standards, and is aimed to guide all health professionals in the selection of effective and sustainable strategies. At the country level, it is possible to ensure continuity in an effective and efficient manner by the development of this dynamic structure created to contribute to the achievement of better clinical results, with the support of all relevant stakeholders.*

***Keywords:*** *Clinical guideline, clinical protocol, clinical guideline development.*

1. Researcher, PhD, Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Health Services, R&D and Health Technology Assessment Department, elife32@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2572-442X>
2. Researcher, Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Health Services, R&D and Health Technology Assessment Department, adile.acar@saglik.gov.tr, <https://orcid.org/0000-0002-1140-1390>
3. Medical Doctor, Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Health Services, R&D and Health Technology Assessment Department, ilker.sabuncuoglu@saglik.gov.tr, <https://orcid.org/0000-0002-8692-2502>
4. Midwife, Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Health Services, R&D and Health Technology Assessment Department, gulcan.tecirli@saglik.gov.tr, <https://orcid.org/0000-0001-6244-3753>

Received : 08.06.2021

Accepted : 29.06.2021

---

***Cite This Paper:***

*Dilmaç Artun E, Acar A, Sabuncuoğlu İ ve Tecirli G.(2021). Evidence-Based Medicine Guidelines and Protocol Studies in Turkey: Examples of the General Directorate of Health Research and the General Directorate of Health Services, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 5(1):45-54.*

## 1.Giriş

Klinik uygulama kılavuzları, daha iyi klinik sonuçlara ulaşabilmek amacıyla, belirli klinik durumlarda, uygun sağlık hizmeti ile ilgili hekime ve hastaya karar vermede yardımcı olmak için sistematik olarak geliştirilmiş önemli araçlardır (Institute of Medicine, 1990). ABD Tıp Enstitüsü bu tanımını, 2011 yılında “Kanıtların sistematik olarak gözden geçirilmesi ve alternatif bakım seçeneklerinin yararları ve zararlarının değerlendirilmesi ile bilgilendirilen hasta bakımını optimize etmeye yönelik önerileri içeren ifadeler” olarak güncellemiştir. Bu çalışmada, klinik uygulama kılavuzları, klinik rehber ve protokol olarak ele alınmaktadır.

Klinik uygulamayı ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için, hem iyi geliştirilmiş Klinik Uygulama Kılavuzlarına (KUK) hem de bu kılavuzların etkili şekilde uygulanmasına ihtiyaç vardır (Turner vd., 2008). Özellikle son 30 yılda, klinik uygulama kılavuzlarının temelini oluşturan yöntemler üzerine, bunların geliştirilmesi, güncellenmesi, raporlanması, özel amaçlara göre uyarlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi dâhil olmak üzere yapılan çalışmalar hız kazanmıştır (Kredo vd., 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) başta olmak üzere, İngiltere Ulusal Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE: The National Institute for Clinical Excellence) ve Uluslararası Rehber Ağı (GIN: The Guidelines International Network) gibi kuruluşlar, uluslararası klinik uygulama kılavuz standartları hakkında çalışmalar yürütmektedirler.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik yapısal çalışmalar ise Sağlık Bakanlığı tarafından, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003). Programın sekiz temasından altıncısı “Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” olarak belirlenmiştir. Sağlık kuruluşlarında hizmet sunumu kalitesini hedefleyen bu tema, daha sonra 2012 yılında klinik kaliteyi de kapsayan bir bileşene dönüşmüştür.

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SAGEM) de, bu kapsamda yürütülen yeniden yapılanma çalışmaları içerisinde, 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile kurulmuştur. SAGEM’e verilen görevler arasında (663 Sayılı Kararname, md.12):

- Sağlık politikalarının belirlenmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi, ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik ihtiyaç duyulan alanlarda araştırmalar yapmak veya yaptırmak,
- Araştırma sonuçlarının ulusal veya uluslararası düzeyde yayımlanmasını sağlamak,
- Koruyucu, rehabilite edici hizmetler, teşhis ve tedavi metotlarının etkililiği, verimliliği, klinik, etik, sosyal, hukukî, organizasyonel ve ekonomik etkileri konularında değerlendirmeler yapmak veya yaptırmak, kanıta dayalı tıp uygulamaları ve klinik rehberler geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması faaliyetlerini yürütmek,

gibi faaliyetler bulunmaktaydı. Yukarıda belirtilen görevlerden klinik rehberlerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması ile sağlık teknolojisi değerlendirme konulu görevlerin yerine getirilebilmesi için de Genel Müdürlük çatısı altında, o zamanki ismi ile Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı kurulmuştur. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’a göre SAGEM 26.11.2017 tarihinde kapatılarak, yürüttüğü faaliyetler, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredilmiştir. SAGEM’in kapatılmasının ardından klinik rehber ve protokol çalışmaları, sağlık teknolojisi

değerlendirme çalışmaları ile birlikte Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün çatısı altında devam etmektedir.

10 Ocak 2020 tarihinde yayımlanan “Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge” ile araştırma ve geliştirme faaliyetleri de Daire Başkanlığı uhdesine verilerek Daire Başkanlığının adı, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı olarak değiştirilmiştir. Yönergede, Daire Başkanlığının görevleri şu şekilde sıralanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020);

- a) Bakanlığın ihtiyaçları doğrultusunda sağlık araştırmaları planlama, düzenleme ve geliştirme hizmetleri ile sağlık araştırmaları temel stratejiler ve eylem planları hizmetlerini yürütmek,
- b) Genel Müdürlüğün proje ve saha araştırmaları hizmetlerini yürütmek,
- c) Sağlık teknolojisi tanımlama ve değerlendirme hizmetlerini yürütmek,
- d) Kanıta dayalı tıp rehberlerinin hazırlanması hizmetlerini yürütmek,
- e) Genel Müdür tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

Daire Başkanlığının bu görevlerinin, Sağlık Bakanlığının 2019-2023 Stratejik Planının da belirtilen “Vatandaşlarımızın sağlığını korumak, geliştirmek ve herkesin hakkaniyet içinde kaliteli sağlık hizmetine erişmesini sağlamak” nihai amacına ulaşılmasında da önemli bir rolü bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu kapsamda, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün çatısı altında hazırlanan klinik rehber ve protokoller, sağlık olgularının yönetiminde kanıta dayalı iyi klinik uygulamaları tanımlamayı, hasta bakım ve güvenlik standartlarını belirlemeyi, etkili ve sürdürülebilir stratejilerin seçiminde tüm sağlık profesyonellerine rehberlik etmeyi hedeflemektedir. Bu amaçla, sağlık olgularının tanı, tedavi, rehabilitasyon ve izlem süreçleri ile koruyucu ve önleyici hizmetlerin yönetimine ilişkin uluslararası kanıtların yerel yapılara uyumu göz önünde bulundurularak hazırlanan rehber ve protokoller ile müdahale ve bakım süreçlerinin standart hale getirilmesi için çalışmalar yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021a).

Bu çalışmada, klinik rehberler ve protokoller ile ilgili ülkemizde bugüne kadar en kapsamlı ve uzun süreli çalışmaların yapıldığı, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı çalışmaları özet bir şekilde sunularak, bu alanda sahada yapılan çalışmalara ışık tutması amaçlanmaktadır.

## 2.Klinik Rehber ve Protokoller

Klinik rehber ve protokoller “belirli klinik durumlar için uygun sağlık bakımı hakkında hekim ve hasta kararlarına yardımcı olmak için geliştirilmiş sistematik açıklamalardır” (Cook vd., 1997; Field vd., 1990). Tek bir klinik durum veya olgu için yönetim adımlarını belirleyen kapsamlı bir dizi sistematik kriterin yer aldığı çalışmalardır. Hangi tanımlayıcı veya tarama testlerinin düzenlenmesi, tıbbi tedavinin nasıl sağlanacağı konusunda kısa talimatlar ya da cerrahi hizmetler; hastaların hastanede ne kadar kalması gerektiği ya da klinik uygulamaların detayları hakkında bilgi sunarlar. Aşağıda ilgili tanımlara ayrı ayrı değinilmektedir;

*Klinik Rehber:* Bir sağlık konusunun tüm yönlerine ait (ör. sürveyans, tanı, halk sağlığı müdahaleleri) tavsiyeleri içeren ve tüm kanıtların güçlü bilimsel sistematik taramalara dayandığı, hastalığın tüm alanlarının kapsandığı kanıta dayalı kılavuzlardır (WHO, 2014).

*Klinik Protokol:* Tek bir klinik durum veya olgunun yönetim adımlarını belirleyen kapsamlı bir dizi sistematik kriter sunan kılavuzlardır. Bu kriterlerin belirlenmesi dinamik bir süreç

içinde gerçekleşir ve zaman içinde modifikasyonu da söz konusu olabilir. Klinik protokoller, bilimsel bütünlüğü korunurken açık, öz, net ve olabildiğince kısa olmalıdır (Merriman ve Dale, 2005).

*Klinik Uygulama Algoritması (Tanı ve Tedavi Akış Şeması):* Klinik bir sorunun değerlendirilmesi ve yönetimi hakkında, klinik karar verme için adım adım ilgili prosedürleri temsil eden grafik formatında yazılı bir kılavuzdur. Bir dizi klinik kararı temsil etmek, klinik karar vermeyi öğretmek ve hasta bakımını yönlendirmek için özel olarak hazırlanan uygun bir metin biçiminde hazırlanmış akış şemalarıdır. Temsili bir klinik algoritmada, klinik kararlar ayrıntılı olarak tarif edilmelidir. Bir algoritma beş adımda, bir algoritma kümesi de yedi adım dan oluşur (Margolis, 1983).

Klinik rehber ve protokoller, belirli bir prosedür izlenerek sistematik olarak kanıta dayalı geliştirilmeli, güncel bilimsel bilgilere dayanmalı ve günlük tıbbi uygulamalarda bu önerileri takip etmek mümkün olmalıdır. Ayrıca klinik rehber ve protokoller yeni kanıtlar ortaya çıktığında düzenli olarak güncellenmelidir. Kanıt temelli hazırlanan bu çalışmaların kabul görmüş standartları karşılamasına rağmen, uygulanmalarında istenen sonucun alınabilmesi için uygulayıcı sağlık profesyonelinin deneyimi ve istekliliği de önemlidir. Schiele ve arkadaşları tarafından, 2001 ve 2006 yılları arasında yapılan bir çalışmada, yaşlı hastalarda kılavuzlar tarafından önerilen tedavilerin kullanımı ile mortalite arasında negatif bir ilişki gözlenmiştir. İlgili klinik rehberlere uyum seviyesinin artmasının, yüksek riskli hastalarda, klinik sonuçlara olumlu etkisi olduğu görülmüştür (Schiele vd., 2009).

Klinik rehber ve protokoller, sağlık politikalarının oluşturulmasında büyük önem taşımaktadır. Bunlara uyumun mevcut kaynakların etkin kullanımı, sağlık hizmetlerinde israfın önlenmesi ve finansal koruma ile sürdürülebilirliğe katkısı önemli boyuttadır. Ayrıca bu çalışmalar bilimsel kanıtları ve olası fayda ve zararları ortaya koyarak hekim ve hastanın doğru karar verebilmelerine yardımcı olmakta, hasta sonuçlarını geliştirebilmekte, sağlık çalışanlarının eğitimine katkıda bulunmakta, hasta-sağlık çalışanları arasındaki iletişim kalitesini artırmakta, uygulamadaki varyasyonları azaltabilmekte ve sağlık hizmet kalitesini artırabilmektedir. Bu nedenle de son yıllarda, kanıt temelli yöntemlere duyulan ihtiyaç da giderek artmaktadır.

### 3.Klinik Rehber Geliştirme Standartları

Kılavuz geliştirme standartları, kuruluşların kanıta dayalı yüksek kaliteli kılavuzlar hazırlamalarına yardımcı olan araçlardır. ABD Tıp Enstitüsü ( IOM: Institute of Medicine ) ve NICE gibi kuruluşlar, kendi ülkelerine özgü güvenilir rehberler hazırlanabilmesi için standartlar geliştiren kuruluşlara örnek olarak verilebilir. 2002 yılında kurulan Uluslararası Rehber Ağı (GIN: Guideline International Network) ise 46 ülkeyi temsil eden 93 kuruluş ve 89 bireysel üyeden oluşan bir kılavuz geliştiriciler ağıdır (Ollenschläger vd., 2014). GIN, 2011 yılında da klinik kılavuzların geliştirilmesine ve değerlendirilmesine yardımcı olmak üzere mevcut literatürü gözden geçirerek kılavuz geliştirmede kullanılabilecek standartlar oluşturabilmek amacıyla bir fikir birliği süreci başlatmıştır (Ollenschläger vd., 2014). Dünya Sağlık Örgütü de 2010 yılında, Rehber Geliştirme El Kitabı yayımlamıştır (WHO, 2010). Bu çalışmalar sonucu ortaya çıkan yüksek kaliteli ve güvenilir bir klinik rehber geliştirme sürecinin temel bileşenleri şu şekilde sıralanmaktadır (WHO, 2010):

1. Rehber geliştirme grubunun oluşturulması,
2. Karar verme süreci,
3. Çıkar çatışmaları, mali destek ve sponsor organizasyon,

4. Bir rehberin kapsamının belirlenmesi,
5. Yöntemler,
6. Kanıt incelemeleri,
7. Rehber tavsiyeleri,
8. Kanıt ve tavsiyelerin derecelendirilmesi,
9. Emsal değerlendirmesi ve paydaş görüşlerinin alınması,
10. Rehberin tamamlanması ve güncellenmesi.

Rehber geliştirmede, bir diğer önemli husus ise çok disiplinli uygulanabilirliğe sahip, uygulamaya hazır öneriler için verimli ve şeffaf bir yöntemin kullanıldığı kalite odaklı, kanıta dayalı kılavuzlar üretmektir (Rosenfeld vd., 2012). Bu kapsamda, rehberlerin kalitesini değerlendirmek için 2003 yılında Rehberlerin Araştırma ve Değerlendirme Açısından İncelenmesi Girişimi (AGREE: The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) tarafından 23 maddeden oluşan AGREE ölçeği geliştirilmiştir (Brouwers vd., 2016). 2009 yılında güncellenen AGREE II Ölçeğinin ana ve alt bileşenleri şunlardır (Brouwers vd., 2010):

#### 1. Kapsam ve amaç;

- a. Rehberin tüm hedef(ler)i belirgin şekilde tanımlanmıştır.
- b. Rehberin kapsadığı klinik soru(lar) ayrıntılı olarak tanımlanmıştır.
- c. Rehberin uygulandığı hastalar spesifik olarak tanımlanmıştır.

#### 2. Paydaş katılımı;

- a. Rehber geliştirme grubu, ilgili tüm profesyonel gruplardan bireyleri içerir.
- b. Hastaların görüş ve tercihleri araştırılmıştır.
- c. Rehberi hedef kullanıcıları açıkça tanımlanmıştır.
- d. Rehber, son kullanıcılar arasında pilot olarak uygulanmıştır.

#### 3. Geliştirme titizliği,

- a. Kanıtların araştırılmasında sistematik metotlar kullanılmıştır.
- b. Kanıtların seçiminde kullanılan kriterler açıkça belirtilmiştir.
- c. Tavsiyelerin oluşturulmasında kullanılan metotlar açıkça tanımlanmıştır.
- d. Tavsiyelerin formüle edilmesinde sağlık yararları, yan etkileri ve riskler dikkate alınmıştır.
- e. Tavsiyeler ve destekleyici kanıtlar arasında açık bir bağlantı vardır.
- f. Rehber, yayınlanmadan önce bağımsız uzmanlar tarafından gözden geçirilmiştir.
- g. Rehberin güncellenmesi için bir prosedür sağlanmıştır.

#### 4. Sunumun netliği,

- a. Tavsiyeler, kesin ve açıktır.
- b. Durumun yönetimi için farklı seçenekler açık bir şekilde sunulmuştur.
- c. Temel tavsiyeler kolaylıkla tanımlanabilir.

#### 5. Uygulanabilirlik,

- a. Rehber, uygulama araçlarıyla desteklenir.
- b. Önerilerin uygulanmasında potansiyel organizasyonel engeller tartışılmıştır.
- c. Önerilerin uygulanmasının potansiyel maliyet sonuçları dikkate alınmıştır.
- d. Rehber, gözetim ve/veya denetim için temel gözden geçirme kriterleri sunmaktadır.

#### 6. Editoryal bağımsızlık,

- a. Rehber, editoryal olarak fonlama organından bağımsızdır.

- b. Rehber geliştirme üyelerinin çıkar çatışmaları kaydedilmiştir.

#### 4. Klinik Rehber ve Protokol Çalışmaları

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı çatısı altında, (i) ihtiyaç duyulan rehber ve protokolleri bir platformda toplayıp merkezileştirerek erişilebilirliği kolaylaştırmak, (ii) sunulan sağlık hizmetlerini kanıta dayalı rehberler üzerinden standartlaştırarak sağlık hizmet kalitesini geliştirmek ve iyileştirmek, (iii) eşitsizlikleri ve israfı önlemek, (iv) sağlık profesyonellerine klinik kalite ölçütlerini takip edebilecekleri bir kaynak oluşturmak amacıyla, kanıta dayalı klinik rehber ve protokoller hazırlanmaktadır. Bu klinik rehber ve protokollerin kullanımı ile ilgili bir zorunluluk olmayıp, gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Hazırlanacak klinik rehber ve protokollerde sağlık olguları Ulusal Hastalık Yüküne göre belirlenmektedir. Klinik rehber ve protokoller, öncelikle tüm sağlık profesyonellerine, sağlık hizmeti kullanıcılarına ve yöneticilerine yönelik olarak hazırlanmaktadır. Ayrıca, bu rehber ve protokoller, Daire Başkanlığı koordinasyonunda uzmanlık derneği /meslek kuruluşu, üniversite hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve şehir hastanelerinin alanında uzman profesyonellerinden oluşan multidisipliner bir ekip tarafından hazırlanmakta ve yeni gelen kanıtlar doğrultusunda güncellenmektedir. Tamamlanan klinik protokoller ve rehberler, Genel Müdürlük Yayın Komisyonu tarafından incelendikten sonra yayın numarası ve ISBN numarası alınarak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Daire Başkanlığı ve Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığının web sayfalarında yayımlanmaktadır. Tablo 1’de SAGEM döneminde (2012-2017) yayımlanan klinik protokoller, Tablo 2’de SHGM’ne geçiş sonrası (2017-2020) yayımlanan klinik protokol/ rehberler ve Tablo 3’de ise halen çalışmaları devam eden klinik rehber ve protokollerin listeleri sunulmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021a).

**Tablo 1. SAGEM Döneminde (2017) Yayımlanan Klinik Protokoller**

➤ Prostat Kanseri
➤ Katarakt Cerrahisi
➤ Diz Artroplastisi
➤ Kalça Artroplastisi
➤ İnme
➤ KOAH

**Tablo 2. SHGM’ye Geçiş Sonrası (2018- 2020 ) Yayımlanan Klinik Protokol/ Rehberler**

<b>Protokoller</b>
➤ Anksiyete Bozuklukları
➤ Alzheimer ve Diğer Demans Hastalıkları
➤ Demir Eksikliği ve Demir Eksikliği Anemisi
➤ Diyabet Tedavi ve İzlem
➤ Epilepsi
➤ Hipertansiyon
➤ Koroner Arter Hastalığı
➤ Kolorektal Kanseri
➤ Kronik Böbrek Hastalığı
➤ Mide Kanseri
➤ Migren
➤ Pnömonyozlarda Sağlık Gözetimi, Klinik Tanı, Kayıt, Bildirim ve İzlem

Rehberler
➤ Akut İskemik İnme Klinik Rehberi
➤ Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi

**Tablo 3. 2021 İtibariyle Çalışmaları Devam Eden Klinik Protokoller**

➤ Astım	➤ Geriatri
➤ Bağımlılık Tanı Tedavi ve İzlem	➤ Karaciğer Nakli Canlı Donör Seçimi ve Yaşam Boyu Takip Süreci
➤ Böbrek Nakli Canlı Donör Seçimi ve Yaşam Boyu Takip Süreci	➤ Karaciğer Sirozu
➤ Diş Çene İmplantı Uygulamaları	➤ Obezite Cerrahisi
➤ Diz ve Kalça Artroplastisi (Revizyon)	➤ Omurga İmplantları
➤ Diyaliz Tedavi Yöntemlerinin Seçimi ve Değiştirilmesi	➤ Sezaryen Seçimi
➤ Erken, Geç Ortodontik Tedavilere Yaklaşım	➤ Troid Kanseri Tanı Tedavi ve İzlem

Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan klinik rehber ve protokollerin yaygınlaştırılması ve kullanımı ile ilgili çalışmalar, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı ile iş birliği içerisinde yürütülmektedir. Klinik uygulamalarla ilgili iyileştirilebilecek alanların belirlenerek sürekli iyileşmenin sağlanması amacıyla da hazırlanan klinik rehber ve protokollerin konusunu oluşturan sağlık olguları ile ilgili, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı tarafından belirlenen kalite indikatörleri, Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme rehberlerinde tanımlanan kurallar çerçevesinde ve sahadan toplanan verilerle izlenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021b).

## 5. Kısıtlılıklar

Çalışma da sadece, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı tarafından Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde hazırlanan klinik rehber ve protokollere yer verilmiştir. Bakanlık çatısı altında yürütülen başka çalışmalarında olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından da 1. ve 2. basamak sağlık hizmeti sunan sağlık kurumlarına yönelik hazırlanan klinik rehberlerin olduğu da unutulmamalıdır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

## 6. Sonuç

Klinik kalitenin iyileştirilmesi için gerekli yapısal dönüşüm 2003 yılında, Sağlıkta Dönüşüm programı içerisindeki hedefler arasında yer almıştır. Sonrasında, 2012 yılında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurumsal bir yapıya kavuşturulmuştur. Yine aynı yıl klinik kalite programı ile klinik kaliteye verilen önem iyice ön plana çıkmaya başlamıştır. Bu kapsamda SAGEM ve SHGM bünyesinde, klinik rehber ve protokollerin hazırlanması, yaygınlaştırılması ve izlenmesi çalışmaları dinamik bir yapıya bürünerek devam etmektedir. “Vatandaşlarımızın sağlığını korumak, geliştirmek ve herkesin hakkaniyet içinde kaliteli sağlık hizmetine erişmesini sağlamak” nihai amacına hizmet eden ve uzun zamandır büyük özveri ve emekle hazırlanan bu yapının sürekli gelişimi ve devamlılığının sağlanması daha iyi klinik sonuçlar için elzemdir. Daha iyi klinik sonuçlar için klinik kalite kültürünün geliştirilebilmesi, mevcut kaynakların etkin kullanılabilmesi, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği, bu sistemin ilgili tüm taraflarca sahiplenilmesi ve desteklenmesi ile mümkündür.



## 7. Kaynakça

1. Brouwers, MC., Kerkvliet, K., Spithoff, K., on behalf of the AGREE Next Steps Consortium (2016). The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;352:i1152. doi: 10.1136/bmj.i1152.
2. Brouwers, MC., Kho, ME., Browman, GP., et al & AGREE Next Steps Consortium (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 182(18), E839–E842. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>.
3. Cook, DJ., Greengold, NL., Ellrodt, AG. (1997). The relation between systematic reviews and practice guidelines. *Ann Intern Med* 1997;127:210–6.
4. Field, MJ., Lohr, KN., et al. (1990) *Clinical Practice Guidelines*. In: 1st ed. Washington DC: National Academy Press 1990:1-166.
5. Halk Sağlık Genel Müdürlüğü (2021). Rehberler. <https://hsgm.saglik.gov.tr/yayinlarimiz/rehberler.html>, Erişim:04.05.2021.
6. Institute of Medicine (1990). *Clinical practice guidelines: directions of a new program*. Committee to advise the public health service on clinical practice guidelines. Field MJ, Lohr KN, eds. Washington DC: National Academy Press, 1990.
7. Kredo, T., Bernhardsson, S., Machingaidze, S. et al (2016). Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. *Int J Qual Health Care*. 2016 Feb;28(1):122-8. doi: 10.1093/intqhc/mzv115. Epub 2016 Jan 20. PMID: 26796486; PMCID: PMC4767049.
8. Margolis, CZ. (1983). “Uses of Clinical Algorithms” *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 249(5):627-632.
9. Merriman, LM. and Dale, J. (2005). *Clinical protocols, in Clinical Skills in Treating the Foot (Second Edition)*, Churchill Livingstone, 2005. ISBN 9780443071133, <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-07113-3.50001-9>.
10. Ollenschläger, G., Marshall, C., Qureshi, S. et al. (2002). Guidelines International Network (G-I-N). Improving the quality of health care: using international collaboration to inform guideline programmes by founding the Guidelines International Network (G-I-N). *Qual Saf Health Care*. 2004;13:455-60. [PMID: 15576708].
11. Rosenfeld, MR., Shiffman RN., Robertson, P. (2012). *Clinical practice guideline development manual: A quality-driven approach for translating evidence into action*. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 148(1S) S1–S55.
12. Schiele, F., Meneveau, N., Seronde, MF. et al. (2009). Réseau de Cardiologie de Franche Comte. Changes in management of elderly patients with myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2009 Apr;30(8):987-94. doi: 10.1093/eurheartj/ehn601. Epub 2009 Jan 27. PMID: 19176538.
13. Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Ankara
14. Sağlık Bakanlığı (2018). 2019-2023 Stratejik Plan, <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/stratejikplan2019-2023pdf.pdf>, Erişim:04.04.2021.
15. Sağlık Bakanlığı (2020). *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge*. 2021 (<https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/39421/0/saglik-hizmetleri-genel-mudurlugu-daire-baskanliklarinin-gorevlerine-dair-yonergepdf.pdf>), Erişim:03.04. 2021.
16. Sağlık Bakanlığı (2021a). *Klinik Rehber ve Protokoller*. <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/TR-64023/calismalarimiz.html>, Erişim: 21.05.2021.
17. Sağlık Bakanlığı (2021b). *Klinik Kalite Ölçme Değerlendirme Rehberi*, <https://shgmklinikkalite.saglik.gov.tr/Eklenti/40774/0/klinik-kalite-e-rehberpdf.pdf>, Erişim: 20.04.2021.
18. Turner, T., Misso, M., Harris, C. et al. (2008). Development of evidence-based clinical practice guidelines (CPGs): comparing approaches. *Implementation Sci* 3, 45 (2008). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-45>. <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-3-45>, Erişim:28.05.2021

19. WHO (2014). WHO handbook for guideline development, 2. Edition. [https://www.who.int/publications/guidelines/handbook\\_2nd\\_ed.pdf](https://www.who.int/publications/guidelines/handbook_2nd_ed.pdf), Erişim:08.03.2021.
20. WHO (2010). WHO Handbook for Guideline Development. [https://www.who.int/hiv/topics/mtct/grc\\_handbook\\_mar2010\\_1.pdf](https://www.who.int/hiv/topics/mtct/grc_handbook_mar2010_1.pdf), Erişim:20.03.2021.

Derleme Makalesi

**Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Avrupa Birliği’ne Uyum Çalışmaları: Sorunlar Ve Çözüm Önerileri***Ali ENGİN<sup>1</sup>, Gülcan TECİRLİ<sup>1</sup>, Nejla CAN GÜLER<sup>2</sup>***Öz**

Avrupa Birliği (AB) üyesi ülkeler, belli alanlarda sahip oldukları yetkilerini Birliğe devrederek AB’ye üye ülkelerde doğrudan uygulanan hukuk kuralları yaratma yetkisini verirler. Ancak sağlık hizmetlerine ilişkin düzenlemeler bu kapsamda yer almayıp yerellik ilkesi benimsenmiştir. Diğer yandan aday ülkeler mevzuat uyumu açısından izlenmekte ve tespit edilen hususlar yıllık ilerleme raporları ile kamuoyuna açıklanmaktadır. İlerleme raporları sayesinde ülkeler eksikliklerini görerek uyum kapsamında atılacak adımları planlayabilmektedir. Bu çalışmada, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Avrupa Birliği mevzuat uyumu kapsamında yürütülen çalışmalar, uyum çalışması yapılamayan ya da yeterli ilerleme sağlanamayan alanlar ortaya konulmuştur. Ayrıca Avrupa Birliği’ne tam üyelik yolunda sağlığın yer aldığı alanlarda karşılaşılan sorunlar, Türkiye İlerleme Raporları çerçevesinde irdelenerek tespit edilen sorunlara yönelik çözüm önerileri ortaya konmaya çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Avrupa Birliği, Türkiye- AB İlişkileri, sağlık, müktesebat uyumu, ilerleme raporları.

1. Sağlık Uzmanı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, [ali.engin@saglik.gov.tr](mailto:ali.engin@saglik.gov.tr), <https://orcid.org/0000-0002-6463-6214>
2. Ebe, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, [gulcan.tecirli@saglik.gov.tr](mailto:gulcan.tecirli@saglik.gov.tr), [0000-0001-6244-3753](https://orcid.org/0000-0001-6244-3753)
3. AB Uzmanı, Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, [nejlacan@yahoo.com](mailto:nejlacan@yahoo.com), <https://orcid.org/0000-0003-1232-0848>

Gönderim Tarihi : 08.06.2021

Kabul Tarihi : 29.06.2021

**Atıfta Bulunmak İçin:**

Engin A, Tecirli G, Can Güler N, (2021). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Avrupa Birliği’ne Uyum Çalışmaları: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, *Eurasian Journal Of Health Technology Assessment*, 5(1):55-78.

## **Harmonization With The European Union In Health Services In Turkey: Problems And Solutions**

*Ali ENGİN<sup>1</sup>, Gülcan TECİRLİ<sup>1</sup>, Nejla CAN GÜLER<sup>2</sup>*

### **Abstract**

*European Union (EU) member states delegate their powers in certain areas to the Union, to establish rules of law directly applicable in member states. However, regulations regarding health services were not included in this scope and the principle of subsidiarity was adopted. On the other hand, candidate countries are monitored in terms of compliance with the legislation and the issues identified are announced to the public through country reports annually. Thanks to the progress reports, countries can see their shortcomings and plan the steps to be taken within the scope of harmonization. In this study, the studies carried out by the Ministry of Health of the Republic of Turkey within the scope of harmonization with the European Union legislation, the areas where harmonization could not be made or sufficient progress could not be achieved were revealed. In addition, the problems encountered in the field of health on the way to full membership to the European Union were examined within the framework of the Turkey Progress Reports and suggestions were tried to be brought to the identified problems.*

*Key words: European Union, Turkey-EU Relations, health, acqui alignment, country reports.*

1. Health Expert, General Directorate of Health Services [ali.engin@saglik.gov.tr](mailto:ali.engin@saglik.gov.tr), <https://orcid.org/0000-0002-6463-6214>
2. Midwife( Health Economics) General Directorate of Health Services, [gulcan.tecirli@saglik.gov.tr](mailto:gulcan.tecirli@saglik.gov.tr) , [0000-0001-6244-3753](https://orcid.org/0000-0001-6244-3753)
3. EU Expert, General Directorate of EU and Foreign Affairs, [nejlacan@yahoo.com](mailto:nejlacan@yahoo.com), <https://orcid.org/0000-0003-1232-0848>

Gönderim tarihi : 08.06.2021

Kabul tarihi : 29.06.2021

---

### **Cite This Paper:**

*Engin A, Tecirli G, Can Güler N, (2021). Harmonization With The European Union In Health Services In Turkey: Problems And Solutions, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 5(1):55-78.*

## 1. Giriş

Avrupa Birliği (AB) Antlaşması'nın 2. Maddesinde; "*Birlik, özgürlük, demokrasi, eşitlik, hukukun üstünlüğü ve azınlıklarda dahil olmak üzere insan haklarına saygı ilkeleri üzerine kurulmuştur ve bu değerler .... üye devletler için ortaktır*" hükmü yer almakta olup bu maddeye göre, bu değerleri benimseyerek geliştirmeye hizmet edebilecek her Avrupa devleti, AB'ye üye olabilmektedir (AB Başkanlığı, 2020a). Türkiye'nin de nihai hedefi AB'ye tam üyelik olup bu kapsamda 1959 yılında başlayan süreç devam etmektedir.

Bu çalışmada, Avrupa Birliği ve Türkiye-AB ilişkileri tarihçesi verildikten sonra Avrupa Birliği'ne uyum sürecinde T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından, mevzuat uyumu kapsamında yürütülen çalışmalar, uyum çalışması yapılamayan ya da yeterli ilerleme sağlanamayan alanlar ortaya konulmuştur. Ayrıca Avrupa Birliği'ne tam üyelik yolunda belirlenen alanlarda karşılaşılan sorunlar, Avrupa Birliği Türkiye İlerleme Raporları çerçevesinde irdelenerek tespit edilen sorunlara yönelik çözüm önerileri ortaya koymak amaçlanmıştır.

## 2. Avrupa Birliği Tarihçesi

İkinci Dünya Savaşı sonrası Fransa Dışişleri Bakanı Robert Schuman ve Eski Milletler Cemiyeti 18. Genel Sekreteri Jean Monnet, Avrupa'nın ekonomik, siyasi ve kültürel anlamda birleşmesi, ticaretin serbestleşmesi, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ile ilişkilerin gelişmesi ve birleşik bir Avrupa yaklaşımını esas alan tasarıya dayanarak, Avrupa Devletlerini, 9 Mayıs 1950 tarihinde, kömür ve çelik üretiminde alınan kararları bağımsız ve uluslararası bir kuruma devretmeye davet etmiştir. Jean Monnet'in başkanlığında 1951 yılında imzalanan ve Schuman Deklarasyonu ile ortaya çıkan Avrupa Birleşik Devleti fikrinin ilham kaynağı olan Paris Antlaşması ile Belçika, Federal Almanya, Lüksemburg, Fransa, İtalya ve Hollanda'nın üye olduğu Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu (AKÇT), daha sonra 25 Mart 1957'de imzalanıp 1 Ocak 1958 tarihinde yürürlüğe giren Roma Antlaşması ile Avrupa Ekonomik Topluluğu ve Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu (EURATOM) adı altında iki Topluluk daha kurulmuştur (Erhan vd. 2009; AB Başkanlığı 2020a). 8 Nisan 1965'te imzalanan Füzyon (Birleşme) Antlaşmasıyla, AKÇT, Avrupa Ekonomik Topluluğu ve Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu için ayrı ayrı olan konsey ve komisyonlar birleştirilmiş ve 1 Temmuz 1968'de tüm üye ülkeler arasında gümrük birliği gerçekleştirilmiştir. Daha sonra katılım sağlayan diğer ülkeler çeşitli ayrıcalıklar ile gümrük birliğine girerken Topluluğa üye olmadan gümrük birliğine katılım sağlayan ilk ülke Türkiye olmuştur (Ülger, 2007).

17 Şubat 1987'de Lahey'de imzalanan "Avrupa Tek Senedi" ile mallar dışında kalan emek, sermaye ve hizmetlerin, Avrupa Toplulukları arasında serbest dolaşımının tamamlanması, AET'yi kuran Roma Antlaşması'na sosyal politika, ekonomik ve sosyal uyum, araştırma ve geliştirme, çevre ve parasal kapasite gibi yeni politika alanları eklenmesiyle Avrupa Parlamentosunun yetkilerinin genişletilmesi sağlanmıştır (Ülger, 2007).

12 üye ülkenin Dış İşleri ve Maliye Bakanlarınca 7 Şubat 1992 tarihinde imzalanan ve 1 Kasım 1993'te yürürlüğe giren Maastricht Antlaşması ile Avrupa Ekonomik Topluluğu, Avrupa Birliği (AB) adını almış ve Maastricht Antlaşması'yla AB, "ekonomik ve parasal birlik, ortak dışişleri ve güvenlik politikası (ODGP), adalet ve içişlerinde işbirliği olmak üzere üç temel unsura dayanan yeni bir hukuksal yapı düzenlenmiştir (Maastricht Treaty, 1992).

2 Ekim 1997'de imzalanan ve 1 Mayıs 1999'da yürürlüğe giren Amsterdam Antlaşmasıyla Avrupa vatandaşlığı, adalet ve iç işlerinde işbirliği konuları ön plana çıkmış, AB'nin temel değerlerine güçlü bir biçimde vurgu yapılarak insan haklarını ciddi ve uzun süre ihlal eden üyelere, yaptırım uygulanması kararlaştırılmış, ayrıca üye ülkeler arasında sınırların kaldırılması amacını taşıyan Schengen Antlaşması bu Antlaşma kapsamına alınmıştır (Tecer, 2007).

1 Şubat 2003 tarihinde yürürlüğe giren Nice Antlaşması çerçevesinde; Avrupa Birliği Antlaşması ve Avrupa Topluluğu Antlaşması gözden geçirilerek bu antlaşmalar birleştirilmiştir (Tecer, 2007; Ekmekçi, 2010). 2009 yılında yürürlüğe giren Lizbon Antlaşmasıyla birlikte Avrupa Birliği'nin derinleşme sürecindeki son noktaya gelmiş ve karar alma mekanizmalarındaki sorunların giderilmesi, Birliğin daha demokratik ve etkili işleyen bir yapıya kavuşması hedeflenerek bu hedefe ulaşmak için kapsamlı değişikliklere gidilmiş ve Avrupa Topluluğu'nu kuran Antlaşmanın adı "Avrupa Birliği'nin İşleyişi Hakkında Antlaşma" olarak değiştirilmiştir (AB Başkanlığı, 2020a).

Avrupa Birliği'nin ilk genişlemesi 1973 yılında Danimarka, İngiltere ve İrlanda'nın, ikinci ve üçüncü genişleme ise 1981 yılında Yunanistan, 1986 yılında İspanya ve Portekiz katılımıyla gerçekleşmiştir. 1995 yılında ise Avusturya, Finlandiya ve İsveç katılmıştır. Avrupa Birliği tarihin en büyük genişlemesini 1 Mayıs 2004 tarihinde Çek Cumhuriyeti, Estonya, Güney Kıbrıs Rum Yönetimi, Litvanya, Letonya, Polonya, Malta, Macaristan, Slovenya ve Slovakya'nın katılımı ile gerçekleştirmiştir. 1 Ocak 2007'de ekonomik kriterleri karşılayamayan Bulgaristan ve Romanya Birliğe katılmıştır (Ekmekçi, 2010). Hırvatistan 1 Temmuz 2013'te Avrupa Birliği'ne en son katılan ülke olup 1952'den günümüze Birliğe 28 ülke üye olmuştur. Buna karşın İzlanda Birliğe aday olmayı istememiştir. 2016 yılında İngiltere'de yapılan ve Brexit olarak adlandırılan referandumdan Avrupa Birliği'nden ayrılma yönünde karar çıkmış ve İngiltere, Birlikten ayrılmıştır.

Avrupa Birliğinin hukuki yapısı, Birliğin kuruluşundan itibaren çıkartılan ve sürekli güncellenen AB mevzuatından (müktesebatı) oluşmaktadır. AB hukukunun (müktesebatın) kapsamını; Avrupa Birliği birincil mevzuatı; kurucu antlaşmalar [Avrupa Topluluklarını (AKTC, AET ve EURATOM) kuran Paris ve Roma Antlaşmaları] ve bu antlaşmaları tadil eden Avrupa Tek Senedi, Maastricht Antlaşması, Nice Antlaşması, Amsterdam Antlaşması ve Lizbon Antlaşması ile yeni üyelerin katılımını sağlayan katılım antlaşmaları; birincil mevzuata uygun olarak hazırlanan ve bu mevzuatın uygulanmasına dönük düzenlemeler olarak tanımlanan ikincil mevzuat (tüzük, direktif, karar, görüş ve öneriler) ile uluslararası antlaşmalar, hukukun genel ilkeleri, üye ülkeler arasında yapılan sözleşmeler oluşturmaktadır. AB müktesebatı üye ülkelerin kendi iç hukuklarının üstünde olup, üye ve aday ülkeler tarafından üstlenilmesi zorunludur.

### 3. Türkiye-Avrupa Birliği İlişkileri

Türkiye kurulmasından kısa bir süre sonra Avrupa Ekonomik Topluluğu'na 31 Temmuz 1959'da ortaklık başvurusunda bulunmuştur. AET Bakanlar Konseyi Türkiye'nin başvurusunu kabul ederek, üyelik koşulları sağlanıncaya kadar bir ortaklık antlaşması imzalanmasını önermiştir. Buna istinaden, Türkiye ile Avrupa Birliği ilişkilerinin hukuki temelini oluşturan Ankara Antlaşması 12 Eylül 1963 tarihinde imzalanarak 1 Aralık 1964 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Ankara Antlaşması'nın 28. maddesinde: "Antlaşma'nın işleyişi, Topluluğu kuran Antlaşmadan doğan yükümlülüklerin tümünün Türkiye'ce üstlenilebileceğini gösterdiğinde, Akit Taraflar, Türkiye'nin Topluluğa katılması olanağını incelerler." denilmek suretiyle, "Türkiye-AET ortaklığı nihai hedefinin Türkiye'nin Topluluğa tam üyeliği olduğu ifade edilmiş ve Türkiye'nin AET'ye entegrasyonu için hazırlık, geçiş ve nihai dönem olmak üzere üç devreli bir takvim öngörülmüştür (AB Bakanlığı, 2020a).

1 Aralık 1964 tarihinde taraflar arasındaki ekonomik farklılıkları azaltmayı amaçlayan hazırlık dönemi başlamış ve 13 Kasım 1970 tarihinde imzalanarak 1973 yılında yürürlüğe giren Katma Protokolle hazırlık dönemi sona ermiş ve geçiş dönemine ilişkin koşullar belirlenmiştir. 1970'lerden 1980'lerin ikinci yarısına kadar siyasi ve ekonomik nedenlerden dolayı Türkiye-AB ilişkileri istikrarsız bir seyir izlemiştir. 12 Eylül 1980 askeri darbesini takiben Avrupa Toplulukları tarafından 1963 Ankara Antlaşması askıya alınmış, 16 Eylül 1986'da gerçekleştirilen Türkiye-AET Ortaklık Konseyi toplantısıyla dondurulan ilişkiler yeniden canlanmıştır (Denk, 2016). Türkiye, 14 Nisan 1987 tarihinde, Ankara Antlaşması'nda öngörülen dönemlerin tamamlanmasını beklemezden üyelik başvurusunu yapmış, buna cevaben 18 Aralık 1989'da Komisyon, "Türkiye'nin, Birliğe katılmaya ehil olmakla birlikte, siyasi, sosyal ve ekonomik alanlarda gelişmesi gerektiği ve Topluluğun kendi iç bütünleşmesini tamamlamadan yeni bir üyeyi kabul edemeyeceği" belirterek Ankara (Ortaklık) Antlaşması çerçevesinde ilişkilerin geliştirilmesini önermiştir. 5 Mart 1995'te yapılan Ortaklık Konseyi toplantısından çıkan karar uyarınca 1 Ocak 1996 tarihinde 'Türkiye ile AB arasındaki Gümrük Birliği' yürürlüğe girmiştir (AB Bakanlığı, 2020a). 10-11 Aralık 1999 tarihlerinde yapılan Helsinki Zirvesi'nde, Türkiye'nin adaylığı resmen onaylanmıştır. Türkiye tarafından, AB ile ilişkilerde atılacak adımların belirlenmesi, bu adımların hayata geçirilmesi, yapılacak iş ve işlemlerin koordine edilmesi ve katılım müzakerelerinin yürütülmesi amacıyla çeşitli düzenlemeler ve kurumsal yapılanmalar yapılmıştır. 17 Aralık 2004'te, Brüksel'de yapılan AB Konseyi Zirvesi'nde, Türkiye ile AB'ye tam üyelik müzakerelerine 3 Ekim 2005'te başlanması kararlaştırılmıştır. 3 Ekim 2005'te kabul edilen Türkiye-AB Müzakere Çerçeve Belgesinde müzakerelerin; Kopenhag siyasi kriterlerinin istisnasız uygulanması, reformların derinleştirilmesi ve içselleştirilmesi, AB müktesebatının üstlenilmesi ve uygulanması, sivil toplumla diyalogun güçlendirilmesi ve bu çerçevede hem Türkiye hem de AB ülkeleri kamuoyuna yönelik olarak bir iletişim stratejisinin oluşturulması esasları benimsenmiştir. Müzakerelerin, AB'nin yeni bir üyeyi hazmetme kapasitesi göz önünde bulundurularak açık uçlu olacağı, bazı koşullarda askıya alınabileceği ve Türkiye için üye olması durumunda dahi bazı konular da uzun sürebilecek geçiş dönemleri ile istisnai hükümlerin getirilebileceği vurgulanmıştır (Denk, 2016).

Türkiye'nin AB'ye katılım müzakerelerinin usul ve esaslarını belirleyen "Müzakere Çerçeve Belgesi" müzakerelerin başladığı 3 Ekim 2005 tarihinde kabul edilmiş olup müzakereler, 35 fasıl üzerinden yürütülmektedir. Fasıllar, aday ülkelerin, AB Konseyi

tarafından belirlenen açılış kriterlerini yerine getirme durumuna göre açılır ve yine Konsey tarafından belirlenen kapanış kriterleri yerine getirildiğinde geçici olarak kapatılır. Bir AB üyesi ülkenin bile olumsuz görüş beyan etmesi, fasılların açılmasını veya kapanmasını engelleyebilmektedir. Türkiye'nin, 2005 yılında başlayan ve 35 fasıl üzerinden yürütülen katılım müzakereleri halen açık olan 16 müzakere faslı üstünden sürdürülmekte olup, geçici kapanan tek fasıl da "Bilim ve Araştırma"dır. 2016 yılında en son açılan fasıl ise "Mali ve Bütçesel Hükümler" faslıdır (Dışişleri Bakanlığı, 2017). Katılım müzakerelerindeki son durum Tablo 1 ve 2'de yer almaktadır.

Türkiye'nin Avrupa Birliği'nden giderek uzaklaştığı yönündeki Haziran 2018 tarihli Konsey görüşü Haziran 2019'da da yinelenmiştir. Fiilen durma noktasına gelen katılım müzakereleri nedeniyle yeni fasılların açılması veya kapatılması öngörülmektedir. Diğer yandan Gümrük Birliği'nin güncellenmesi için Aralık 2016'da AB Komisyonu, Türkiye ile müzakerelerin başlatılması yönünde bir Tavsiye kabul etmiştir.


Ayrıca eğitim, sağlık, sosyo-ekonomik konular, belediye altyapısı, insani yardım ve göç yönetimi konularını içeren projeleri destekleyen FRIT kapsamında, Türkiye ve AB arasında verimli bir iş birliği inşa edilmiştir (AB Başkanlığı, 2021).

Tablo 1: Katılım Müzakerelerinde Mevcut Durum 1

 <b>T.C.</b> <b>AVRUPA BİRLİĞİ BAKANLIĞI</b> <b>KATILIM MÜZAKERELERİNDE MEVCUT DURUM</b> <b>(30 Haziran 2016)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Türkiye'nin katılım müzakerelerinde 16 fasıl açılmış, 1 fasıl geçici olarak kapatılmıştır.</li> <li>• 14 fasıl AB Konseyi ve Güney Kıbrıs Rum Yönetimi'nin siyasi nitelikli engellemeleri nedeniyle bloke edilmiş durumdadır.</li> <li>• Türkiye için 33 fasıldaki tarama süreci 2006 yılında sona ermiş olmasına rağmen, 9 fasılın tarama sonu raporu Konsey tarafından henüz onaylanmamıştır. Dolayısıyla bu fasıllardaki muhtemel açılış kriterleri resmi olarak Türkiye'ye bildirilmemiştir.</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">2. Fasıl: İşçilerin Serbest Dolaşımı 13. Fasıl: Balıkçılık 14. Fasıl: Taşımacılık Politikası 15. Fasıl: Enerji 23. Fasıl: Yargı ve Temel Haklar 24. Fasıl: Adalet, Özgürlük ve Güvenlik 30. Fasıl: Dış İlişkiler 31. Fasıl: Dış, Güvenlik ve Savunma Politikası</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teknik açılış kriteri (AK) kesinleşen 7 fasıl bulunmaktadır: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Fasıl: Malların Serbest Dolaşımı (4 AK)</li> <li>3. Fasıl: İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunumu Serbestisi (1 AK)</li> <li>5. Fasıl: Kamu Alımları (3 AK)</li> <li>8. Fasıl: Rekabet Politikası (6 AK)</li> <li>11. Fasıl: Tarım ve Kırsal Kalkınma (5 AK)</li> <li>19. Fasıl: Sosyal Politika ve İstihdam (2 AK)</li> <li>29. Fasıl: Gümrük Birliği (1 AK)</li> </ul> </li> <li>• Ek Protokol Kararı nedeniyle hiçbir fasıl geçici olarak kapatılmamakla birlikte, "İşletme ve Sanayi Politikası" ile "Trans-Avrupa Ağları" fasılları teknik olarak kapatılmaya hazır durumdadır.</li> <li>• Ayrıca 5 fasılda 7 kapanış kriterini (KK) yerine getirdiğimiz Komisyon tarafından yazılı olarak teyit edilmiştir: <ul style="list-style-type: none"> <li>6. Fasıl: Şirketler Hukuku (1 KK)</li> <li>20. Fasıl: İşletme ve Sanayi Politikası (1 KK)</li> <li>21. Fasıl: Trans- Avrupa Ağları (1 KK)</li> <li>28. Fasıl: Tüketicinin ve Sağlıkın Korunması (1 KK)</li> <li>32. Fasıl: Mali Kontrol (3 KK)</li> </ul> </li> </ul>



Tablo 2: Katılım Müzakerelerinde Mevcut Durum 2

 <b>T.C.</b> <b>AVRUPA BİRLİĞİ BAKANLIĞI</b> <b>KATILIM MÜZAKERELERİNDE MEVCUT DURUM</b> <b>(30 Haziran 2016)</b>			
AÇILAN FASILLAR		EK PROTOKOL KARARININ AÇILIŞ KRİTERİ OLDUĞU FASILLAR	
25	BİLİM VE ARAŞTIRMA (Geçici olarak kapatıldı)	1	MALLARIN SERBEST DOLAŞIMI
20	İŞLETME VE SANAYİ POLİTİKASI	3	İŞ KURMA HAKKI VE HİZMET SUNUMU SERBESTİSİ
18	İSTATİSTİK	9	MALİ HİZMETLER
32	MALİ KONTROL	11	TARIM VE KIRSAL KALKINMA
21	TRANS-AVRUPA AĞLARI	13	BALIKÇILIK
28	TÜKETİCİNİN VE SAĞLIĞIN KORUNMASI	14	TAŞIMACILIK POLİTİKASI
6	ŞİRKETLER HUKUKU	29	GÜMRÜK BİRLİĞİ
7	FİKRİ MÜLKİYET HUKUKU	30	DIŞ İLİŞKİLER
10	BİLGİ TOPLUMU VE MEDYA	GKRY'NİN TEK TARAFLI OLARAK BLOKE ETTİĞİ FASILLAR	
4	SERMAYENİN SERBEST DOLAŞIMI		
16	VERGİLENDİRME		
27	ÇEVRE	2	İŞÇİLERİN SERBEST DOLAŞIMI
12	GIDA GÜVENLİĞİ, VETERİNERLİK VE BİTKİ SAĞLIĞI	15	ENERJİ
22	BÖLGESEL POLİTİKA VE YAPISAL ARAÇLARIN KOORDİNASYONU	23	YARGI VE TEMEL HAKLAR
		24	ADALET, ÖZGÜRLÜK VE GÜVENLİK
17	EKONOMİK VE PARASAL POLİTİKA	26	EĞİTİM VE KÜLTÜR
33	MALİ VE BÜTÇESSEL HÜKÜMLER	31	DIŞ GÜVENLİK VE SAVUNMA POLİTİKASI
SİYASİ BLOKAJA TABİ OLMAYAN FASILLAR			
5	KAMU ALIMLARI	34	KURUMLAR (Müzakerelerin sonunda)
8	REKABET POLİTİKASI		
19	SOSYAL POLİTİKA VE İSTİHDAM	35	DIĞER KONULAR (Müzakerelerin sonunda)

Kaynak: [https://www.ab.gov.tr/siteimages/birimler/kpb/katilim\\_muzakerelerinde\\_mevcut\\_durum\\_karti-\\_08072019-\\_tr.pdf](https://www.ab.gov.tr/siteimages/birimler/kpb/katilim_muzakerelerinde_mevcut_durum_karti-_08072019-_tr.pdf) (Erişim Tarihi: 29.03.2021)

Avrupa Birliği tarafından aday ülkelere yönelik gelişmelerin, sorun ve önerilerin yer aldığı ilerleme/ülke raporları hazırlanmaktadır. Türkiye ilerleme raporları ve katılım müzakerelerine göre fasıllar bazında mevcut durum Tablo 3'de yer almaktadır.

Tablo 3: Avrupa Birliği Türkiye İlerleme Raporları ve Katılım Müzakerelerine Göre Mevcut Durum

Türkiye-AB Katılım Müzakereleri Fasılları	Faşın Durumu	Açılış tarihi	Faşın Açıldığı AB Dönem Başkanlığı	Fasılların Hazırlık Durumu
1. Malların Serbest Dolaşımı	Bloke*			oldukça hazırlıklıdır
2. İşçilerin Serbest Dolaşımı	Bloke**			başlangıç aşamasındadır
3. İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunumu Serbestisi	Bloke*			başlangıç aşamasındadır
4. Sermayenin Serbest Dolaşımı	Açık	19.12.2008	Fransa	kısmen hazırlıklıdır
5. Kamu Alımları	Açılabilir Durumda			kısmen hazırlıklıdır
6. Şirketler Hukuku	Açık	17.06.2008	Slovenya	çok ileri düzeydedir
7. Fikri Mülkiyet Hukuku	Açık	17.06.2008	Slovenya	oldukça hazırlıklıdır
8. Rekabet Politikası	Açılabilir Durumda			belirli düzeyde hazırlıklıdır
9. Mali Hizmetler	Bloke*			oldukça hazırlıklıdır
10. Bilgi Toplumu ve Medya	Açık	19.12.2008	Fransa	kısmen hazırlıklıdır
11. Tarım ve Kırsal Kalkınma	Bloke*			belirli düzeyde hazırlıklıdır
12. Gıda Güvenliği, Veterinerlik ve Bitki Sağlığı	Açık	30.06.2010	İspanya	belirli düzeyde hazırlıklıdır
13. Balıkçılık	Bloke*			başlangıç aşamasındadır
14. Taşımacılık Politikası	Bloke*			kısmen hazırlıklıdır
15. Enerji	Bloke**			kısmen hazırlıklıdır
16. Vergilendirme	Açık	30.06.2009	Çekya	kısmen hazırlıklıdır
17. Ekonomik ve Parasal Politika	Açık	14.12.2015	Lüksemburg	kısmen hazırlıklıdır
18. İstatistik	Açık	26.06.2007	Almanya	kısmen hazırlıklıdır
19. Sosyal Politika ve İstihdam	Açılabilir Durumda			kısmen hazırlıklıdır
20. İşletme ve Sanayi Politikası	Açık	29.03.2007	Almanya	oldukça hazırlıklıdır
21. Trans-Avrupa Ağları	Açık	19.12.2007	Portekiz	çok ileri düzeydedir
22. Bölgesel Politikave Yapısal Araçların Koordinasyonu	Açık	05.11.2013	Litvanya	kısmen hazırlıklıdır
23. Yargı ve Temel Haklar	Bloke**			belirli düzeyde hazırlıklıdır
24. Adalet, Özgürlük ve Güvenlik	Bloke**			kısmen hazırlıklıdır
25. Bilim ve Araştırma	Tamamlandı.	12.06.2006	Avusturya	çok ileri düzeydedir
26. Eğitim ve Kültür	Bloke**			kısmen hazırlıklıdır
27. Çevre	Açık	21.12.2009	İsveç	belirli düzeyde hazırlıklıdır
28. Tüketicinin ve Sağlığın Korunması	Açık	19.12.2007	Portekiz	iyi düzeyde hazırlıklıdır
29. Gümrük Birliği	Bloke*			iyi düzeyde hazırlıklıdır
30. Dış İlişkiler	Bloke*			iyi düzeyde hazırlıklıdır
31. Dış, Güvenlik ve Savunma Politikası	Bloke**			kısmen hazırlıklıdır
32. Mali Kontrol	Açık	29.03.2007	Almanya	oldukça hazırlıklıdır
33. Mali ve Bütçesel Hükümler	Açık	30.06.2016	Hollanda	belirli düzeyde hazırlıklıdır
34. Kurumlar				Diğer tüm fasıllar kapandığında açılacaktır
35. Diğer Konular				Diğer tüm fasıllar kapandığında açılacaktır

\*AB Konseyi kararı gereği, Ankara Anlaşması Ek Protokolünün Güney Kıbrıs Rum Yönetimi (GKRY) bağlamında tam olarak uygulanmadığı gerekçesiyle, bloke edilerek "Ek Protokolün tam olarak uygulanması" koşulu yerine getirilene kadar açılmayacak fasıllar.

\*\*GKRY 'nin tek taraflı bloke ettiğini ilan ettiği fasıllar.

Kaynak: Avrupa Birliği Türkiye İlerleme Raporlarından (2019-2020) derlenmiştir.

#### 4. Avrupa Birliği Sağlık Politikası

Avrupa'da sağlık konusunda ortak hareket etme fikri Avrupa Birliğinin kuruluşundan öncesine kadar dayanmakta olup, ekonomik alanda bir birliklilik arayışları devam ederken 1952 yılında Fransa tarafından, üyelerin sağlık kaynaklarının ortak bir havuzda toplanarak uluslararası bir otorite tarafından yürütülmesini esas alan Avrupa Sağlık Topluluğunun (White Pool) kurulması yönünde çalışmalar yapılmış ancak bu yaklaşım destek görmemiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011). Kuruluşundan bu yana, AB'nin sağlık konusuna yaklaşımı değişime uğramış, süreç içerisinde kapsamı artarak gelişim göstermiştir (DPT, 1997). Zaman içerisinde şekillenen AB sağlık politikalarında üye ülkelere yönelik tek bir sağlık modeli dikte edilmeyip Birliğin yerellik (subsidiarite) ilkesi gereği sağlık ile ilgili düzenlemeler her ülkenin kendi tercihine bırakılmıştır.

Bu nedenle, üye ülkelerdeki sağlık politikaları ülkelere özgü olup, ülkeler arasında sağlık mevzuatı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlığın finansmanı ve insan gücü uygulamaları konularında farklılıklar bulunmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin yönetimi ulusal yönetimlerin yetkisinde olup AB sadece yol gösterici ve düzenlemelere uyum sağlamasına yardımcı olan bir role sahiptir. Ülkelerin tek başlarına üstesinden gelemeyeceği ya da birlikte hareket edilmesi halinde daha büyük bir verim elde edilebilecek konular Avrupa Birliği düzeyinde ele alınmaktadır (Akdur, 2006).

##### 4.1. Maastricht Antlaşması

Avrupa Birliğinde sağlığa ilişkin politika ve uygulamaların yasal zemini 1993 yılında Avrupa Birliğini kuran Maastricht Antlaşması ile oluşturulmuş olup bu açıdan reform niteliği taşımaktadır (Işık, 2001). Birlik, Maastricht Antlaşmasının 5. Maddesi ile Birlik vatandaşlarının “yüksek düzeyde bir sağlık koruması elde etmelerine katkı sağlamak” için yetki almıştır (Akdur, 2006).

Halk sağlığını ilgilendiren 129. madde ile Komisyon ilk kez, halk sağlığının iyileştirilmesi ve korunması konusunda şu görevleri üstlenmiştir (Işık, 2001):

1. Topluluk, Üye ülkeler arasında işbirliğini teşvik ederek ve gerekirse faaliyetlerine destek vererek, insan sağlığının yüksek düzeyde korunmasının sağlanmasına yardım edecektir.

Topluluk faaliyetleri, sağlık eğitiminin yanı sıra uyuşturucu bağımlılığı da dâhil hastalıkların ve sağlık sorunlarının, bunların nedenlerinin ve bulaşma yollarının araştırılması yoluyla önlenmesine yönelik olacaktır.

2. Üye Devletler kendi aralarında, Komisyonla irtibat halinde olarak 1. paragrafta belirtilen alanlarda politika ve programlarını koordine edeceklerdir. Komisyon, Üye Devletlerle sıkı işbirliği ile koordinasyonu arttırmak için gerekli her türlü faydalı teşviki sağlayabilir.

3. Topluluk ve üye devletler, halk sağlığı alanında gerçekleştirilecek üçüncü ülkeler ve yetkili uluslararası kuruluşlarla işbirliğini teşvik edecektir.

4. Bu Maddede belirtilen amacın yerine getirilmesine yardımcı olmak için, Konsey: - Madde 189b'de belirtilen prosedüre uygun hareket ederek, Ekonomik ve Sosyal Komite ile Bölgeler Komitesi'ne danıştıktan sonra, üye devlet kanun ve tüzüklerinin uyumlaştırılması hariç, teşvik edici önlemleri kabul edecektir.

- Komisyondan gelen bir önerge üzerine, şartlı çoğunlukla hareket ederek, tavsiyeleri kabul edecektir.

Maastricht Antlaşmasındaki yukarıda sözü edilen maddeler, Birliğin halk sağlığı alanındaki yetkisini “Birincil Hukuk” düzeyine çıkarmakla kalmayıp onun halk sağlığı stratejisi ve düzenlemelerine hukuki bir dayanak oluşturmuştur. Bu gelişmeyi izleyen yıllarda halk sağlığı programları Birliğin en önemli faaliyet alanlarından biri haline gelmiştir (Akdur, 2006).

#### 4.2. Avrupa Birliği Sağlık Politikalarının Amaçları

Avrupa Birliği'nin sağlık politikalarının genel amaçları arasında; halk sağlığının geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve insan sağlığı için tehlike oluşturan unsurların ortadan kaldırılması hususları ön plana çıkmaktadır. Birliğin sağlık politikasının temel amaçları ise;

- AB'de sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmek ve geliştirmek (örneğin: tütün, alkol, diyet, egzersiz ve ilaç bağımlılığı gibi sağlığı etkileyen faktörler üzerine yoğunlaşmak),
- Hastalıkları önlemek veya onlarla mücadele etmek (örneğin: HIV ve kanser gibi hastalıklarla mücadele etmek),
- Genel halk sağlığını geliştirmek (örneğin: kirlilik ilişkili hastalıklar, kazalar, nadir görülen hastalıklar, doping, elektromanyetik alanlar, radyasyon gibi alanlara yoğunlaşmak),
- AB üyesi ülkelerin sağlık sektöründeki gelişmeleri izlemek, analiz etmek, bunlardan politikalar çıkartmak ve onları desteklemek,
- Gerek üye ülkelerde gerekse AB düzeyinde sağlık politikalarının planlanması ve uygulanmasına destek vermek,
- Gelecekte yaşlılık için tıbbi bakım kalitesi ve ekonomik sürdürülebilirliğini sağlamak,
- Diğer Avrupa politikaları uygulanırken sağlık politikasının temel prensiplerinin (örneğin kalite, güvenlik vb.) gözetilmesini sağlamak ve bu prensipleri garantiye almaktır.

Avrupa Birliği sağlık politikasının dayandığı;

- Ortak değerler; dayanışma, herkesi kapsama, hakkaniyet, sağlık hizmetlerine erişim,
- Sağlık hizmetlerine ilişkin ilkeler ise; kalite, sürdürülebilirlik, güvenlik, hasta katılımı, hakkını arama, mahremiyet ve gizlilik, kanıta ve etiğe dayalı bakım hizmeti sunma, şeklinde sıralanabilir (Yıldırım ve Yıldırım, 2015).

#### 4.3. EU4Health 2021-2027

Bilindiği gibi COVID-19 Pandemisi tüm dünyada olduğu gibi Avrupa'da da hastalar, sağlık personeli ve sağlık sistemleri üzerinde büyük bir etki oluşturmuştur. AB, COVID-19 ve benzeri sağlık krizlerine karşı sağlık sistemlerinin esnekliğini ele almak için kriz müdahalesinin ötesine geçecek EU4Health programını başlatmıştır. (AB) 2021/522 Tüzüğü ile kurulan EU4Health, AB ülkelerinden veya programla ilişkili AB dışı ülkelere uygun kuruluşlara, sağlık kuruluşlarına ve STK'lara finansman sağlayacaktır. EU4Health ile AB'de katma değeri olan, AB ülkelerinin politikalarını tamamlayan ve EU4Health'in bir veya birkaç hedefini takip eden eylemlere cari fiyatlarla 5,3 milyar € yatırım planlanmıştır.

Program kapsamında 4 genel hedefin altında 10 özel hedef belirlenmiştir. Bu hedefler:

- (i) Birlik içinde sağlığı iyileştirmek ve teşvik etmek;

- hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme,
- uluslararası sağlık girişimleri ve işbirliği,
- (ii) Sınır ötesi sağlık tehditleriyle mücadele etmek;
  - sınır ötesi sağlık tehditlerine karşı önleme, hazırlık ve müdahale,
  - krizle ilgili temel ürünlerin ulusal bazda stoklanmasını sağlamak,
  - sağlık ve destek personeli rezervi oluşturmak,
- (iii) Tıbbi ürünleri, tıbbi cihazları ve krizle ilgili ürünleri iyileştirmek;
  - tıbbi ürünleri, tıbbi cihazları ve krizle ilgili ürünleri erişilebilir ve uygun fiyatlı hale getirmek,
- (iv) Sağlık sistemlerini, dayanıklılıklarını ve kaynak verimliliğini güçlendirmek;
  - sağlık verilerinin güçlendirilmesi, dijital araçlar ve hizmetler, sağlık hizmetlerinin dijital dönüşümü,
  - sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi,
  - AB sağlık mevzuatı ve kanıta dayalı karar vermenin geliştirilmesi ve uygulanması,
  - ulusal sağlık sistemleri arasında entegrasyon, şeklinde sıralanabilir.

EU4Health ile acil sağlık önceliklerine yatırım yapılarak bir Avrupa Sağlık Birliği'ne giden yolun açılması planlanmaktadır. Programın acil öncelikli alanları:

- COVID-19 krizine yanıt ve AB'nin sınır ötesi sağlık tehditlerine karşı direncini güçlendirme,
- Avrupa Kanseri Yen Planı,
- Avrupa İçin İlaç Stratejisi, olarak belirlenmiştir.

Diğer yandan; sağlık sistemlerinin dijitalleştirilmesi, antimikrobiyal dirençli enfeksiyonların sayısının azaltılması ve aşılama oranlarının iyileştirilmesi, gibi diğer alanlar da desteklenecektir.

Ayrıca Program kapsamında nadir hastalıklar için Avrupa Referans Ağları gibi başarılı girişimler genişletilecek ve küresel sağlık tehditleri ve zorlukları konusunda uluslararası işbirliği sürdürülmeye devam edilecektir (EU4Health, 2021).

## 5. Türkiye'nin Sağlık Alanında Avrupa Birliğine Uyum Çalışmaları

### 5.1. Müzakere Fasılları ve Sağlık Alanı

Avrupa Birliği ile Türkiye arasında 35 müzakere faslı başlığında yürütülmekte olan tam üyelik müzakerelerinde sağlığı ilgilendiren konular tek bir fasıl altında yer almayıp müzakere fasıllarına dağılmıştır. Bu nedenle çalışmalar doğrudan Sağlık Bakanlığı tarafından veya ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği ve koordinasyonla yürütülmektedir. Doğrudan veya dolaylı olarak Sağlık Bakanlığı faaliyet alanında yer alan sağlık konularının fasıllara göre dağılımı Tablo 4'de yer almaktadır. Tablodan da görüleceği gibi üyeliğin gerekliliklerinin yerine getirilmesinde, uyum sağlanacak mevzuat alanları içinde sağlık konuları önemli olup sağlığa ilişkin konular birçok fasıl içinde yer almaktadır.

Tablo 4: Sağlık Bakanlığı Faaliyet Alanında Bulunan Müzakere Fasılları

BAKANLIĞIMIZIN DOĞRUDAN SORUMLU OLDUĞU FASILLAR	BAKANLIĞIMIZIN DİĞER KURUMLARA KATKI VERDİĞİ FASILLAR
<b>Malların Serbest Dolaşımı</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tıbbi Cihazlar</li> <li>- Oyuncaklar</li> <li>- Kozmetikler</li> <li>- Tıbbi Ürünler</li> <li>- Deterjanlar</li> <li>- Doğal Mineralli Sular</li> <li>- Yatay Mevzuat (Ürün Güvenliği)</li> </ul>	<b>İşçilerin Serbest Dolaşımı</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sağlık Sigortası Kartı konusunda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı verilmektedir.</li> </ul>
<b>İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tıp Doktorları</li> <li>- Diş Hekimleri</li> <li>- Eczacılar</li> <li>- Hemşireler</li> <li>- Ebeler</li> </ul>	<b>Sosyal Politikalar ve İstihdam</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- İş Sağlığı ve Güvenliği konusunda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı verilmektedir.</li> </ul>
<b>Tüketicinin ve Sağlığının Korunması</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bulaşıcı Hastalıklar</li> <li>- Organ-Doku-Hücre</li> <li>- Kan ve Kan Bileşenleri</li> <li>- Tütün-Alkol</li> <li>- Ruh Sağlığı</li> <li>- Beslenme ve Fiziksel Aktivite</li> <li>- Kanser</li> <li>- Elektromanyetik Alanlar (Çevre ve Orman Bakanlığı'na devredilmiş olup Bakanlığımız katkı vermeye devam etmektedir)</li> </ul>	<b>Yargı ve Temel Haklar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- İnsan hakları, işkence ve kötü muameleyle mücadele konularında İçişleri Bakanlığı ile Adalet Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı verilmektedir.</li> </ul>
<b>Çevre</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biyosidal Ürünler</li> <li>- İçme Suları</li> <li>- Yüzme Suları</li> </ul>	<b>Adalet, Özgürlük ve Güvenlik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uyuşturucu ile mücadele ve iltica-göç konularında İçişleri Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı verilmektedir.</li> </ul>
<b>Enerji</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tıbbi Işınlamalar ve Radyoloji</li> </ul>	<b>Gıda Güvenliği, Veterinerlik ve Bitki Sağlığı</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gıda güvenliği konusunda Tarım Bakanlığı'nın mevzuat uyum çalışmalarına katkı verilmektedir.</li> </ul>
	<b>İstatistik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sağlık istatistikleri konusunda Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) çalışmalarına katkı verilmektedir.</li> </ul>
	<b>Fikri Mülkiyet Hukuku</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tıbbi ürünlerde ek koruma sertifikası konusunda Türk Patent Enstitüsü (TPE) koordinatörlüğündeki çalışmalara katkı verilmektedir.</li> </ul>

Kaynak: Türkiye'nin AB Müktesebatına Uyum Programı, Ulusal Programlar ve ilgili belgelerden yararlanılarak hazırlanmıştır.

Not: Tabloda yer alan "malların serbest dolaşımı" faslında yer alan "oyuncaklar ve deterjanlar" ilgili mevzuat gereği Gümrük ve Ticaret Bakanlığı'na devredilmiştir.

Avrupa Komisyonu'nun hazırlayıp, Konsey'in onaylamasıyla, AB Resmî Gazetesi'nde yayımlanan ve aday ülkeler için yol haritası niteliğinde olan Türkiye için hazırlanan Katılım Ortaklığı Belgesinde sağlıkla ilgili ilke ve öncelikler;

- Kadınlara ve gençlere özel önem verilerek eğitim ve sağlık alanındaki seviyenin iyileştirilmesine devam edilmesi,
- Doku, hücre, kan ve tütün alanlarını da içeren tüketici ve sağlıkla ilgili müktesebata uyumun artırılması, idari yapıların kapasitesinin sağlanması,
- Ruh sağlığı hizmetlerinde kurumsallaşma, toplumsal tabanlı hizmetler oluşturulması ve ruh sağlığı bakımı için yeterli miktarda mali kaynağın tahsis edilmesi (AB Bakanlığı, 2008) şeklinde sıralanabilir.

## 5.2. Ulusal Eylem Planları ve Sağlık Alanı

Ulusal Eylem Planı; AB Komisyonu tarafından hazırlanan Katılım Ortaklığı Belgelerine karşılık olarak AB müktesebatına uyum sağlamak amacıyla aday ülkenin mevzuatında yapacağı düzenlemeler, gerekli mali ve beşerî kaynaklar, geliştirilmesi gereken idari yapı ve tüm bu hususlara ilişkin kısa ve orta vadeli öncelikler takvimini içeren, bağlayıcı hüküm bulunmayan ulusal belgelerdir (AB Bakanlığı, 2017). Türkiye tarafından hazırlanan ve yayımlanan "AB'ye Katılım İçin Ulusal Eylem Planı (2016-2019)"nda yer alan sağlıkla ilgili konular Tablo 5'de verilmektedir.

Tablo 5: AB'ye Katılım İçin Ulusal Eylem Planı'nda (2016-2019) Yer Alan Sağlık ile İlgili Düzenlemeler

<b>FASIL 1: MALLARIN SERBEST DOLAŞIMI</b>		
<b>Değiştirilecek/Yeni Çıkarılacak Mevzuat</b>	<b>Uyum Sağlanması Öngörülen AB Mevzuatı</b>	<b>Sorumlu Kurum</b>
Ruhsatlandırılmış veya Ruhsatlandırma Başvurusu Yapılmış Beşeri Tıbbi Ürünlerdeki Değişikliklere Dair Yönetmelik (RG: 23.05.2005/ 25823)	Beşeri Tıbbi Ürünlerdeki ve Veteriner Tıbbi Ürünlerdeki Ruhsatlandırmaya dair Varyasyonlara ilişkin (AT) 1234/2008 ve bu tüzükte değişiklik yapan (AB) 712/2012 sayılı Tüzük	SB
Beşeri Tıbbi Ürünlerin Ambalaj Bilgileri, Kullanma Talimatı ve Takibi Yönetmeliği	Beşeri Tıbbi Ürünlerle ilişkin 2001/83/AT sayılı Direktifte Değişiklik Yapan 2011/62/AB sayılı Direktif	SB ve TİTCK
Vücut Dışında Kullanılan (In Vitro) Tıbbi Tanı Cihazları Yönetmelik (RG: 09.01.2007/ 26398)	Vücut Dışında Kullanılan (In Vitro) Tıbbi Tanı Cihazlarına ilişkin 98/79/AT sayılı Direktifte Değişiklik Yapan 2011/100/AB sayılı Direktif	SB
Beşeri Tıbbi Ürünlerin İmalathaneleri Hakkında Yönetmelik (RG: 27.04.2013/ 28630)	Beşeri Tıbbi Ürünler İyi İmalat Uygulamaları Kılavuzu ve İlkelerine ilişkin 2003/94/AT sayılı Direktif ve Beşeri Tıbbi Ürünlerle ilişkin 2001/83/AT Sayılı Direktifte Değişiklik Yapan 2011/62/AB sayılı Direktif	SB
Ecza Depoları ve Ecza Depolarında Bulundurulmuş Ürünler Hakkında Yönetmelik (RG: 20.10.1999/ 23852)	Beşeri Tıbbi Ürünlerle ilişkin 2001/83/AT sayılı Direktif 2013/C 343/01 sayılı Beşeri Tıbbi Ürünler İyi Dağıtım Uygulamaları Kılavuzu	SB
Kozmetik Yönetmeliği (RG: 23.05.2005/ 25823)	Kozmetik Ürünlerle İlişkin (AT) 1223/2009 sayılı Tüzük	SB
Hayvansal Kaynaklı Dokular Kullanılarak İmal Edilen Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği	Hayvansal Kaynaklı Dokular Kullanılarak İmal Edilen Tıbbi Cihazlara ilişkin (AB) 722/2012 sayılı Tüzük	SB
Vücut Dışında Kullanılan (In Vitro) Tıbbi Tanı Cihazları için Ortak Teknik Özellikler Tebliği (RG: 07.04.2005/ 25779)	Vücut Dışında Kullanılan (In Vitro) Tıbbi Tanı Cihazları için Ortak Teknik Özelliklere ilişkin 2002/364/AT sayılı Kararda Değişiklik Yapan 2009/886/AT sayılı Karar ve 2011/869/AB sayılı Karar	SB
Tip IA ve Tip IB Bildirimleri İçin Dosya Şartları Üzerine Kılavuz	(AT) 1234/2008 sayılı tüzükte belirtilen prosedürlerin yürütülmesi için yayımlanan 2013/C 223/01 sayılı Beşeri ve Veteriner Tıbbi Ürünler Varyasyon Kılavuzu	SB
Tıbbi Cihazlar Alanındaki Onaylanmış Kuruluşların Denetimi ve Değerlendirmesi Hakkında Kılavuz	Tıbbi Cihazlar Alanındaki Onaylanmış Kuruluşlarca Gerçekleştirilen Denetim ve Değerlendirmelere ilişkin 2013/473/AB sayılı Tavsiye Kararı	SB
Beşeri Tıbbi Ürünler İyi Dağıtım Uygulamaları Kılavuzu	2013/C 343/01 sayılı Beşeri Tıbbi Ürünler İyi Dağıtım Uygulamaları Kılavuzu	SB
Hammaddelerin İyi Dağıtım Uygulamaları Kılavuzu	Beşeri Tıbbi Ürünlerde Kullanılacak Etkin Maddelerin İyi Dağıtım Uygulamalarına İlişkin 2015/C 95/01 sayılı (AEA) Kılavuzu	SB ve TİTCK
<b>FASIL 14: TAŞIMACILIK POLİTİKASI</b>		
Denizcilik Çalışma Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun	Avrupa Armatörler Birliği ve Avrupa Ulaştırma Çalışanları Federasyonu'nun 2006 Denizcilik Çalışma Sözleşmesi Üzerine İmzaladığı Anlaşmayı Uygulamaya Koyan ve 1999/63/AT Sayılı Direktifi Tadil Eden 2009/13/AT sayılı Direktif	ÇSGB, SB

<b>FASIL 19: SOSYAL POLİTİKA VE İSTİHDAM</b>		
Deniz İş Kanunu (RG: 29.04.1967/12586)	Gemi adamlarının çalışma sürelerine ilişkin 99/63/AT sayılı Direktif 2006 tarihli ILO Denizcilik Çalışma Sözleşmesi'nin uygulanmasına ilişkin 2009/13/AT sayılı Direktif	ÇSGB, UDH, SB
<b>FASIL 27: ÇEVRE VE İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ</b>		
Büyük Endüstriyel Kazaların Önlenmesi ve Etkilerinin Azaltılması Hakkındaki Yönetmelik (RG: 30.12.2013/ 28867)	96/82/AT sayılı Direktifi (Seveso II) değiştiren ve sonradan ilga edecek olan, Tehlikeli Maddeler İçeren Büyük Kaza Risklerinin Kontrolüne İlişkin 2012/18/AB sayılı Direktif (Seveso III)	ÇSGB, ÇSB, SB
Yüzme Suyu Kalitesinin Yönetimine Dair Yönetmelik	76/160/AET sayılı Direktifi yürürlükten kaldıran Yüzme Suyu Kalitesinin Yönetimine ilişkin 2006/7/AT sayılı Direktif	SB, ÇSB
Biyosidal Ürünlerin Piyasada Bulundurulması ve Kullanımına İlişkin Yönetmelik	Biyosidal Ürünlerle İlişkin (AB) 528/2012 sayılı Tüzük	SB
*Biyosidal Ürünlerle İlişkin Düzenleyici Etki Analizi		SB
<b>FASIL 28: TÜKETİCİNİN VE SAĞLIĞIN KORUNMASI</b>		
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğinde (RG: 01.02.2012/ 28191)	Nakil Amaçlı İnsan Organlarının Kalite ve Güvenlik Standartlarına ilişkin 2010/53/AB sayılı Direktif	SB
Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde (RG: 30.05.2007/ 26537)	Bulaşıcı Hastalıkların Topluluk Ağına Raporlanmasına Yönelik Vaka Tanımlarını Belirleyen 2012/506/AB sayılı Karar	SB
İnsan Doku ve Hücreleri ile Bunlarla İlgili Merkezlerin Kalite ve Güvenliği Hakkında Yönetmelik (RG: 27.10.2010/ 27742)	İnsan Doku ve Hücrelerinin Testine İlişkin Çeşitli Teknik Gerekliliklere Dair 2012/39/AB sayılı Direktif  İnsan Doku ve Hücreleri Alanında Denetimler, Kontrol Önlemleri ve Personelin Eğitimi ve Niteliklerine İlişkin Kılavuz İlkeleri Belirleyen 2010/453/AB sayılı Karar	SB
Sınır ötesi ciddi sağlık tehditlerine ilişkin uygun düzenlemenin yapılması	Sınır ötesi Ciddi Sağlık Tehditlerine ilişkin 1082/2013/AB sayılı Karar	SB, AFAD, TOB

**Kaynak:** Avrupa Birliği Bakanlığı (2017) Ulusal Eylem Planından (2016-2019) yararlanılarak hazırlanmıştır.

**SB:** Sağlık Bakanlığı, **UDH:** Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı,

**ÇSGB:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, **ÇSB:** Çevre ve Şehircilik Bakanlığı,

**AFAD:** Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, **TOB:** Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı,

**MEB:** Milli Eğitim Bakanlığı, **TİTCK:** Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Tablonun incelenmesinden de görüleceği gibi sağlık konuları ağırlıklı olarak “Malların Serbest Dolaşımı” ve “Tüketicinin ve Sağlığın Korunması” fasıllarında yer almaktadır. Ancak diğer fasıllarda yer alıp sağlık kapsamında olan konular da bulunmaktadır.



### **5.3. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planında Yer Alan Avrupa Birliği'ne İlişkin Hususlar**

Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planında AB'ye uyum sürecine ilişkin hususlar, **ilaç ve tıbbi cihazlar** başlığı altına yer almaktadır. Planda ; AB yeni tıbbi cihaz direktiflerinin uygulanabilmesi için laboratuvar test, analiz ve ürün belgelendirme süreçlerinde görev alabilecek personelin eğitilmesi; uluslararası desteklerden klinik araştırmalar için alınan payın artırılmasına sağlamaya yönelik Türkiye'nin görünürlüğünü artıracak ağlara üyelikler yapılması; onaylanmış kuruluşların AB yeni tıbbi cihaz direktifleri gerekliliklerini yerine getirmesi; ulusal onaylanmış kuruluşlar ve imalatçıların AB yeni tıbbi cihaz direktiflerine uyum için gerekli bilgiye sahip olması; onaylanmış kuruluşların yeni regülasyonlara uyumu ve denetimi; kozmetik ve tıbbi cihaz konularında AB Komisyonu'nun da yapılan teknik çalışmalara efektif katılım sağlanması, AB desteklerinden daha etkin faydalanılması (Sağlık Bakanlığı, 2019), hususları yer almaktadır.

## **6. Avrupa Birliği Komisyonu Tarafından Hazırlanan Türkiye İlerleme/Ülke Raporları ve Sağlık Alanı**

Avrupa Komisyonu aday ülkelerin Kopenhag kriterlerine uyum konusunda kaydettiği gelişmeleri 1998 yılından itibaren yıllık olarak değerlendirerek aday ülkelere yönelik ilerleme raporları yayımlamaktadır. Raporlar 2016 yılına kadar "İlerleme Raporu", sonrasında ise "Ülke Raporu" olarak adlandırılmıştır. Ülke raporları, Komisyonunun değerlendirme ve görüşlerini yansıtan tek taraflı bir belgedir. Bu bölümde, ağırlıklı olarak son ülke raporu olan 2020 Türkiye İlerleme raporunda yer alan sağlıkla ilgili hususlar üzerinden değerlendirmeler yapılacaktır.

Türkiye için yayımlanan raporlarda temel olarak; tüketicinin ve sağlığın korunması, tütün kontrolü, sağlıkta eşitsizlik, halk sağlığı, ruh sağlığı, taklit ve korsan malların ticareti, örgütlü suçlar, Roman vatandaşlar, bulaşıcı hastalıklar, hücre ve organ, doku, kan ve kan bileşenlerinin hazırlanması, iş sağlığı ve güvenliği, sektörler arası işbirliği, HIV/AIDS, mesleki yeterliliklerin karşılıklı tanınması, toplum sağlığı istatistikleri, doğumda yaşam beklentisi, Türkiye'de kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları, sağlık tehditleriyle ilgili görevlerin yerine getirilmesi için idari kapasitesinin geliştirilmesi, ulusal sağlık bilgi sisteminde tutulan verilerin güvenliğinin ve gizliliğinin sağlanması, tüketici şikâyetlerine ilişkin hakem heyetlerinin düzgün işlemesi, beslenme, iyi laboratuvar uygulamaları, kanserle mücadele, organ bağış konuları yer almıştır (Türkiye İlerleme Raporu, 2019; 2020).

### **6.1. Üyelik Gerekliliklerinin Yerine Getirilebilme Kapasitesi**

#### **Fasıl 1: Malların Serbest Dolaşımı**

Birçok ürünün ticaretinin ortak kural ve usuller çerçevesinde tüm AB'de serbestçe yapılabilmesini sağlayan malların serbest dolaşımı ilkesi, ürünlerin ait oldukları ülke kurallarına tabi olduğu durumlarda, bu kuralların ticarete haksız engeller getirmesini önlemektedir.

**2020 Türkiye İlerleme Raporunda sağlık alanında beklentiler;** Raporda Türkiye'nin uyguladığı bazı teknik engeller ile bazı malların serbest dolaşımına engel olmaya devam ettiği ve Gümrük Birliği kapsamındaki yükümlülüklerini ihlal ederek AB ürünleri

aleyhine ayrımcılığın devam ettiği belirtilmektedir. Gelecek dönemler için Türkiye'den beklentiler:

- Gözetim rejimi, ihracat kısıtlamaları gibi malların serbest dolaşımı önündeki tarife dışı engellerin ortadan kaldırılması,
- Başta beşerî tıbbi ürünler olmak üzere, üretimin yerinin değiştirilmesini veya yerel katkı gerekliliklerini şart koşan planların yeniden gözden geçirilmesi,
- Piyasa gözetimi ve denetimi faaliyetlerinin kapsam ve etkililiğinin artırılması,
- Karşılıklı tanıma ilkesine istinaden, bir üye ülkede satışa sunulan ürünlere AB müktesebatının uygulanması gerektiği,
- Mart 2020 ayında bazı kişisel koruyucu donanımın ihracatı için ön izin şartı getirildiği,

şeklinde belirtilmiştir. Açıklamada yer alan bazı tıbbi ekipman ve özel hijyen ürünleri için uygulanan ihracat kısıtlamaları Mayıs 2020'de kaldırılmıştır.

**Düzenlenmemiş Alanlara ilişkin;** “Düzenlenmemiş alanlar için Temmuz 2013’den itibaren karşılıklı tanıma konusunda yasal bir çerçeve bulunduğu, ancak Türkiye’den gelen bildirim sayısının 2018’de 26 iken 2019’da 9’a düştüğü ve bu sayının yetersiz olduğu belirtilmiştir.

### **Düzenlenmiş Alanlar:**

**Sektörel Düzenlemeler:** 2020 raporunda, Türkiye’de ölçü aletleri ve in-vitro tıbbi tanı cihazlarına yönelik mevzuatın yürürlükte olduğu ancak Türkiye tarafından beşerî tıbbi ürünlere ilişkin AB iyi imalat uygulamaları sertifikalarını kabul edilmediği belirtilmiştir. Diğer yandan Türkiye’deki mevzuatın, Kimyasalların Kaydı, Değerlendirilmesi, İzni ve Kısıtlanması hakkında Avrupa Parlamentosu ve Konsey Tüzüğü (REACH)’ne kısmen uyumlu olduğu, beşerî tıbbi ürünler ile tarım ve ormancılık traktörlerine ilişkin AB ürünleri için pazara erişim engelleri oluşturan yerel üretim şartının dayatıldığı ifade edilmektedir. Ayrıca Türkiye’nin, AB müktesebatına uyum kapsamında çıkarılan Kozmetik Yönetmeliği’ne aykırı olarak, ithal kozmetik ürünlerinin piyasaya arzından önce güvenlik değerlendirme raporlarının ilgili kurumlara sunulması gerekmektedir.

Usule ilişkin tedbirler kapsamında; gümrük yetkilileri ve polis kuvvetlerinin birlikte yürüttüğü sıkı bir takip ve izleme sistemiyle ilaç üretim, dağıtım ve tedariki ile uğraşan iktisadi işletmelere yönelik özel bir düzenleme ve lisanslama sistemi bulunmaktadır.

Uyuşturucu hammaddeleri ile ilgilenen ekonomik aktörler için spesifik bir lisanslama ve kayıt sistemiyle, gümrük otoriteleri ve polis işbirliği içinde sıkı takip ve izleme sistemi mevcuttur (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

### **Fasıl 3: İş Kurma Hakkı ve Hizmet Sunumu Serbestisi**

AB’de yerleşik gerçek ve tüzel kişilerin, herhangi bir AB Üye Devletinde iş kurma ve sınır ötesi hizmet sunma hakkı vardır ve belirli meslekler için yeterliliklerin karşılıklı tanınmasına ilişkin kurallar bulunmaktadır.

Mesleki Yeterlilik Kurumu tarafından mesleki yeterliliklerin karşılıklı tanınması için meslek standartlarını yayımlanmaktadır. Bazı düzenlenmiş meslekler için mütakabiliyet

şartlarının aranmasına devam edilmektedir. Ancak dil ve vatandaşlık şartları hâlâ kaldırılmamış olup mevzuatın AB müktesebatı ile uyumlu hale getirilmesi çalışmalarının yapılması önerilmektedir (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

### **Fasıl 7: Fikri Mülkiyet Hukuku**

Türkiye tarafından, AB fikrî mülkiyet hakları, telif hakları ve bağlantılı hakların korunmasına ilişkin kurallar uyumlaştırılmıştır. Ancak Türkiye taklit kozmetik ürünleri, parfüm, içecek, tekstil ürünleri, kişisel aksesuar ve ayakkabı üretiminde üst sırada yer almakta ve açık pazarlar ile uluslararası fuarlarda bu ürünler satılmaktadır. Devam eden benzer başka bir sorun ise lisanssız yazılım kullanımınıdır (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

### **Fasıl 12: Gıda Güvenliği, Veterinerlik ve Bitki Sağlığı Politikası**

Gıda güvenliği mevzuatına ilişkin, gıda katkı maddeleri ve saflık kriterleri, takviye edici gıdalar, aroma verici maddeler ve gıda enzimleri gibi konularda AB müktesebatıyla uyumda ilerleme kaydedilmiştir. Gıda İşleme Yönetmeliği yayımlanmış diyet gıdalar ile bebek ve devam formüllerine ilişkin mevzuat kabul edilmiştir (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

### **Fasıl 18: İstatistik**

Sağlık istatistiklerinde, ölüm nedeni ve sağlığa ilişkin verilerde uyum oldukça yüksek olmakla birlikte sağlık harcamaları ve parasal olmayan sağlık hizmetleri verilerine ilişkin daha fazla ilerleme kaydedilmesi gerekmektedir (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

### **Fasıl 19: Sosyal Politika ve İstihdam**

**İş sağlığı ve güvenliği alanındaki** mevzuat büyük ölçüde AB direktifiyle uyumludur. Ancak meslek hastalıklarını teşhis ve önleme sisteminin güçlendirilmesi ve resmi istatistiklerin yayınlanması beklenmektedir.

**Sosyal içerme ve sosyal koruma alanında**, yaşlılar ve ağır engelli bireyleri kapsayan evde bakım için mali yardımlar devam etmiştir. Ancak kaliteli sosyal hizmet sunumuna ivedilikle ihtiyaç vardır. Ayrıca sosyal hizmet ve sosyal yardımlar arasındaki koordinasyonun iyileştirilmesi gerekmektedir (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

### **Fasıl 27: Çevre ve İklim Değişikliği**

**Atık yönetiminde** yasal çerçeve AB müktesebatıyla kısmen uyumludur. Atıkların ayrıştırılması, geri dönüştürülmesi ve tıbbi atıkların arıtılmasında kapasite ve uyum artmıştır. Ancak bölgesel ve yerel düzeyde, atık yönetimi planlarının uygulanması için daha fazla çaba sarf edilmesi gerekmektedir.

**Su kalitesi alanında**, mevzuat uyumu ileri düzeyde olup yürütme ve uygulamanın iyileştirilmesi gerekmektedir. İçme Suyu Havzalarının Korunması Hakkında Kanun Mart 2020'de değiştirilmiş, yapılan yatırımlar sonucunda, atık su arıtma kapasitesi artmış ve Eylül 2019'da yüzme suyuyla ilgili yönetmelik kabul edilmiştir. Ancak AB Deniz Stratejisiyle uyum hâlâ sağlanamamıştır.

**Kimyasallar alanında**, su kalitesine benzer şekilde genel mevzuat uyumu ileri düzeyde olup yürütme ve uygulama yeterli değildir. 2020'de biyosidal ürünler hakkında AB müktesebatına uyumu amaçlayan bir yasa kabul edilmiştir.

**Sivil koruma konusunda**, COVID-19 salgını ve acil durumlarda, mali ve insan kaynaklarının yanında yasal çerçeve ve kurumsal kapasitenin güçlendirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca UCPM çerçevesinde iş birliğinin artırılması vurgulanmıştır (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

### **Fasıl 28-Tüketici ve Sağlıkın Korunması:**

AB mevzuatı, tüketicileri, tehlikeli taklitler, ürün güvenliği ve hatalı ürünlerden koruma sağlamayı da ele almaktadır. Bu kapsamda kan, doku, hücre ve organ, tütün kontrolü, hasta hakları ve bulaşıcı hastalıklar için yüksek standartların sağlanması amaçlanmaktadır.

İlerleme Raporlarında; tüketici ve sağlığın korunmasına ilişkin AB halk sağlığı müktesebatını uygulamak için gerekli yapılanmanın kurulmasında bazı ilerlemeler kaydedildiği ancak daha önceki önerilerin tam uygulanmadığı ve gelecek yıllarda özellikle;

- Tüketici grupları ile daha iyi koordinasyon ve işbirliği ile tüketicilerin etkin korunması,
- Merkezi ve il düzeyinde halk sağlığı konularını ele almak için kurumsal/idari kapasitenin, sektörler arası işbirliğinin, finansal kaynakların artırılması gerekmektedir.

**Halk sağlığı** alanında AB müktesebatına uyum konusunda bir miktar ilerleme sağlandığı belirtilmiştir. Türkiye'de yaşanan tütün kaynaklı hastalıklardan bahsedilerek, yapılan düzenlemelerin, özellikle 18 yaşından küçükler için sigara satışı yasağının caydırıcı etkisi olması ve satışların azaltılması beklenmektedir. Bulaşıcı hastalıklar ve sağlığa yönelik ciddi sınır ötesi tehditler konularında önemli başarı sağlanmıştır. Bulaşıcı Hastalıklar Rehberi ve sağlığa yönelik tehdit(ler) durumunda sağlık personeli tarafından il düzeyinde izlenecek prosedürler uygulamaya koyularak güncellenmiştir. Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrol Esaslarına İlişkin Uygulama Yönetmeliği değiştirilmiş, olgu tanımları ile bildirilmesi zorunlu hastalık sayısı 73'ten 80'e yükselmiştir. Ulusal ve uluslararası bir halk sağlığı tehdidi durumunda, 15 Mart 2019 tarihinde yayınlanan genelgeyle, merkezi ve yerel kamu otoritelerinin rol ve sorumlulukları belirlenmiştir. Küresel ve bölgesel antimikrobiyal direnç (AMR) eylem planı doğrultusunda antibiyotik kullanım politikaları ve AMR kontrol mekanizmaları belirlenmiştir. Kan bankası sisteminin, kan, doku, hücre ve organ kapasitelerinin artırılması ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Çevrimiçi hemo-vijilans yazılım programında iyileştirmeler yapılarak Ocak 2020'de izleme sisteminin testi başlamıştır.

AB müktesebatına uyum çalışmaları kapsamında organ mevzuatının uyumunda ilerleme kaydedilmemiştir. Dokular ve hücrelere ilişkin mevcut mevzuat revizyon altındadır. Advers olaylar ve reaksiyonlar da dahil donörden alıcıya nakil süreçlerinin tüm aşamalarını izlemek için sistem kurulmuştur. Doku, kan, organ ve hücre alanında

uygulama için hem yerel hem de merkezi düzeyde idari kapasitenin güçlendirilmesi gerekmektedir.

Ruh sağlığı alanında önemli bir gelişme kaydedilememiştir. Ayrıca olumsuz ekonomik ve işgücü piyasası koşulları, etkili evrensel sağlık sigortası için kısıtlamalar yaratmaya devam etmektedir (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

COVID-19 salgınında sağlık tesisleri ve tıp uzmanlarının yükünü en aza indirmek için tedbirler alınmıştır. Ayrıca bulaşıcı hastalıklar konusundaki DSÖ Uluslararası Sağlık Tüzüğü ve AB Direktifleri doğrultusunda faaliyetler gerçekleştirilmiştir.

Türk sağlık sistemi COVID-19 salgını ile etkili şekilde başa çıkmaktadır. Tüm bireylere sosyal güvenlik kapsamına bakılmaksızın test ve hastanede yatma hakkı verilmiştir. Ancak, sağlık sisteminin kapasitesine ilişkin dış değerlendirme mevcut değildir. Türkiye COVID-19'u kontrol altına almak ve özellikle yaşlı ve genç nüfusun sıkı bir şekilde korunması için uygulanacak önlemlerin belirlenmesine yönelik olarak uzmanlardan oluşan bir görev gücü oluşturmuş ve Haziran 2020'de Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)) ile veri paylaşımına başlamıştır.

## 6.2. Öncelikli Temel Haklar

**Temel haklar: siyasi kriterler ve hukukun üstünlüğü bölümünde;** COVID-19 salgınına yer verilerek, COVID-19'a müdahalesini desteklemek, özellikle de savunmasız durumda olan mültecileri desteklemek ve bazı Katılım Öncesi Mali Yardım Aracı (IPA) programlarının uygulama sürelerini uzatmak amacıyla AB fonlarını yeniden başlatıldığına yer verilmiştir (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

**Mülteciler ve Yerinden Edilmiş Kişiler başlığında;** Türkiye, yaklaşık 3,6 milyon Suriyeli ve 370.000 diğer milletlerden insanın ihtiyacını karşılamaktadır (GİGM, 2020). COVID-19 salgını nedeniyle AB-Türkiye Bildirisi kapsamında iade ve yeniden yerleşim operasyonları askıya alınmış ve Türkiye mültecilere destek sağlamak için önemli çabalar sürdürmektedir. Mülteciler sağlık hizmetlerine ve eğitime daha geniş erişim sağlamakta olup birçok şehirde belediyeler mültecilere çeşitli hizmetler sunmaktadır (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

**Yargı ve Temel Haklar başlığında;** Türkiye'de otizmli, down sendromlu ve diğer gelişimsel bozukluğu olan bireylerle ilgili araştırma komisyonu kurulmuş, ilk Ulusal Otizm Eylem Planı Aralık 2019'da tamamlanmış ancak bu eylem planı yenilenmemiştir. Ruh sağlığı mevzuatı ve kurumlarını denetleyecek bağımsız bir kuruluş bulunmamaktadır. Biseksüel, lezbiyen, gay, intersex ve transseksüel (LGBTI) kişilerin temel haklarının korunmasında ciddi sorunlar olup eşcinsellik psikoseksüel bir hastalık/rahatsızlık olarak tanımlayan askeri disiplin ve tıbbi mevzuatında değişikliğe gidilmesi gerekmektedir (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

**Uyuşturucuyla Mücadele Alanında İşbirliği başlığında;** kurumsal yapılanma ve yasal uyum konusunda Uyuşturucuya Karşı Mücadele Yüksek Kurulu uyuşturucu politikaları, kurumlararası koordinasyon ve izlemeden sorumlu olup, sekreteryasını Sağlık Bakanlığı yürütmektedir (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

***Sığınmacılar konusunda;*** mültecilere verilen kimlik kartının, kişinin Türkiye’de kalmasını yasallaştırmakta ve **ulusal sağlık sigortası** programına, ücretsiz tercümanlık hizmetlerine, devlet okullarına ve sosyal yardımlara erişimini sağladığı, sağlık alanında ise Türkiye’deki Mülteciler için Mali Yardım Programı [Facility for Refugees in Turkey (FRIT)] kapsamında iki hastanenin inşa edilmekte ve göçmenlere yönelik sağlık merkezlerinde sağlık çalışanları istihdam edilerek hizmet verildiği yer almıştır (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

***Temel Haklar: Ekonomik Kalkınma ve Rekabetçilik başlığında;*** Şubat 2019’da Sağlık Bakanlığı’na bağlı Uluslararası Sağlık Hizmetleri (USHAŞ) adlı anonim bir şirket kurulmuştur. Ağırlıklı olarak sağlık turizminin teşvikiyle ilgilenen Şirket, ilaç ve tıbbi cihazların kamu alımlarını gerçekleştirme yetkisine sahip olup COVID-19 salgını sonrasında kişisel koruyucu ekipman temini hususunda faaliyet göstermiştir (Türkiye İlerleme Raporu, 2020).

## 8. Sonuç ve Öneriler

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin, yakın döneme kadar çoğunlukla dış etkilerden uzak, ülkenin kendi iç dinamikleri içerisinde bir değişim ve gelişim geçirdiği ancak son yirmi yılda özellikle Avrupa Birliği ile ilişkilerin artması ve müzakere sürecinin başlamasının da etkisiyle bu reform ve dönüşüm sürecinin hızlanarak devam ettiği görülmektedir.

Avrupa Birliği'nin ortak bir sağlık politikasının olmaması, sağlığa yönelik ayrı müzakere faslının bulunmaması ve sağlık konularının fasıllar içerisinde dağılmış halde, birçok farklı alanla ilişkili olması gibi hususlar mevzuat uyum çalışmalarını zorlaştırmaktadır. Kurumlar arasındaki eşgüdüm sayesinde AB'ye uyumda önemli ilerlemeler kaydedilmekle birlikte bu çalışmalar yeterli olmayıp, ilgili taraflar arasında daha fazla işbirliği sağlanarak gerekli adımların etkili bir biçimde atılması gerekmektedir.

Sağlık alanında Avrupa Birliği'ne uyum çalışmaları çerçevesinde tespit edilen eksiklikleri gidermek amacıyla AB-Türkiye ortaklığına yönelik imzalanan anlaşma, protokol ve Ortaklık Konseyi Kararları ile Türkiye tarafından hazırlanan "Ulusal Programlar", "Türkiye'nin AB Müktesebatına Uyum Programı (2007-2013)" ve "Ulusal Eylem Planı (2016-2019)"nda yer alan hükümler kapsamında, ilgili mevzuat düzenlemelerinin zamanında yapılarak hayata geçirilmesi, yaşanan birçok sorunu büyük ölçüde ortadan kaldıracaktır.

Türkiye İlerleme Raporlarında sağlık alanında; tüketicinin ve sağlığın korunması, tütün kontrolü, sağlıkta eşitsizlik, halk sağlığı, ruh sağlığı, taklit ve korsan malların ticareti, örgütlü suçlar, Roman vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi, bulaşıcı hastalıklar, kan, doku, hücre ve organ, kan ve kan bileşenlerinin hazırlanması, iş sağlığı ve güvenliği, sektörler arası işbirliği, HIV/AIDS, kamu sağlığı istatistikleri; doğumda beklenen yaşam süresi, kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları, sağlık tehditlerine yönelik işlemlerin yürütülmesi için idari kapasitenin artırılması, ulusal sağlık bilgi sisteminde tutulan verilerin gizlilik ve güvenliğinin sağlanması, beslenme, iyi laboratuvar uygulamaları, organ bağıışı, kanserle mücadele konu başlıkları yer almaktadır.

Sürecin mevcut durumu, yürütülen çalışmalar ve uyuma yönelik tespit edilen eksiklerin ortaya konmasında önemli bir araç olan ilerleme raporlarında; bulaşıcı hastalıklar, tıbbi ürünlerin, tıbbi cihazların, kan ve kan ürünlerinin AB mevzuatına uyumunun çok yüksek olduğu görüldüğü ancak uygulamada sorunlar yaşandığı belirtilerek, yaşanan bazı sorunlar için geliştirilen çözüm önerileri şu şekilde sıralanmıştır;

- Türkiye'de kullanılmakta olan sağlık istatistiklerinin Avrupa Birliği sağlık istatistikleri ile uyumlu hale getirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimleri tarafından Türkiye İstatistik Kurumunun katılımı ile bir ortak çalışma yürütülmesi,
- Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı'nın ortak katılımı ile tutuklu ve hükümlülerin sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan sorunların tüm boyutları ele alınarak bu sorunların ortadan kaldırılmasına yönelik atılacak adımlar ve yol haritasını ortaya koyacak bir eylem planı oluşturulması,
- Avrupa Birliği'nin ruh sağlığı alanına yönelik kurumsal yapı ve mevcut uygulamalarının gözden geçirilerek, gerektiğinde 2011 yılında yürürlüğe giren Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın (2011-2023) bu doğrultuda revize edilmesi,

- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı koordinatörlüğünde yürütülen “Roman Vatandaşlara Yönelik Strateji (2016-2021)” nin 2016-2018 yıllarını kapsayan birinci aşaması tamamlanmış olup 2019-2021 yıllarını kapsayan II. aşama eylem planı devam etmektedir . Bu plan çerçevesinde Roman vatandaşların eğitim, sağlık, sosyal ve kültürel imkânlardan daha fazla yararlanmasının sağlanması noktasında Sağlık Bakanlığı’na atılması gereken adımların takip edilmesi,
- Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın hiçbir ayırım yapılmaksızın Türkiye’de yaşayan tüm vatandaşların (transseksüeller dahil) doğal ve anayasal bir hakkı olduğu hususunda sağlık çalışanlarının farkındalığın arttırılmasına yönelik çalışmaların yürütülmesi,
- Bakanlık merkez birimleri ve taşra teşkilatı tarafından değişik amaçlarla farklı şekillerde birbirinden bağımsız bir biçimde elde edilmekte olan sağlık verilerinin Avrupa Birliği’nin veri gizliliği ve güvenliği ile ilgili düzenlemelerin dikkate alınarak geliştirilmesi,
- Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünün daha aktif rol alabilmesi amacıyla gerek merkez gerekse taşra teşkilatının idari, teknik ve personel yönünden güçlendirilmesi ve kara, deniz ve havayolu üzerinden yoğun giriş yapılan kilit noktalarda sağlık hizmet kapasitesinin, sınır aşan sağlık tehditlerini tespit edip gerekli tedbirleri uygulayabilecek şekilde güçlendirilmesi,
- Son dönemde hızla artan uyuşturucu kullanımı ve madde bağımlılığı nedeniyle ihtiyaca yeterince cevap veremeyen mevcut Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri (AMATEM) ve Çocuk Madde Bağımlılığı Tedavi merkezlerinin (ÇEMATEM) sayı ve hizmet kapasitesinin hızla artırılması ve yatırım programında yer alan AMATEM ve ÇEMATEM yatırımlarına öncelik verilmesi,
- Sağlık hizmet sunumunun olmazsa olmazı olan sağlık personeli kapasitesinin belirli bir takvim dâhilinde arttırılarak en kısa zamanda Avrupa Birliği ortalamalarına ulaştırılması,
- Malların serbest dolaşımı önündeki tarife dışı engellerin kaldırılması,
- Başta beşerî tıbbi ürünler olmak üzere, yerel katkı şartlarının ya da üretim yerinin değiştirilmesi gibi şartların olduğu planların yeniden gözden geçirilmesi,
- Piyasa gözetim ve denetim önlemlerinin kapsamının ve etkililiğinin artırılması, önerileri yapılmıştır (İlerleme raporları 2019;2020).

*Sağlık alanında AB mevzuat uyum çalışmalarının mevcut durumu, eksiklik ve sorunları ile İlerleme raporunda yer alan görüşleri dikkate alarak yapılan genel değerlendirmede;*

- Avrupa Birliği ile son dönemde yaşanan olumsuz gelişmelerin de etkisiyle uyum sürecinde yaşanan durgunluğun giderilmesi, AB ile ilgili oluşan negatif havanın tersine döndürülmesi ve günlük gelişmelerin etkisinde kalınmadan ülkemiz için gerekli adımların daha hızlı ve kararlı bir biçimde atılması amacıyla ilgi, motivasyon ve farkındalığın artırılmasına yönelik faaliyetler yürütülmesi,
- Avrupa Birliği Türkiye ilerleme raporlarında belirtilen sağlık konularındaki sorunlara yönelik bazı adımlar atılmış olmasına karşın bunların ilerleme raporlarına tam yansımadağı ve Birlik ile Türkiye arasında iletişim kanallarının sağlıklı işlemediği düşünülmektedir. Bunun giderilmesi amacıyla ilerleme raporlarında özellikle vurgulanan sorunların giderilmesine yönelik yapılan çalışmalar ve diğer tüm çalışmaların yeni ilerleme raporu yayımlanmadan önce Avrupa Birliğine iletilmek üzere TC. Dış İşleri Bakanlığı-Avrupa Birliği Başkanlığına düzenli olarak bildirilmesi,



- Avrupa Birliğinin, sağlık politikasındaki g¼ncel değişimlerin ve T¼rkiye’de sağlık hizmetleri sunumuna katkı sağlayacak iyi uygulama ¼rneklerinden azami ¼lç¼de faydalanılabilmesi amacıyla ilgili birimlerce takip edilerek Bakanlığın bilgilendirilmesi,
- T¼rkiye’de sunulan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlayacak Avrupa Birliği hibe ve kredileri ile finanse edilen proje ve çalışmalara y¼nelik tanıtım, eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinin artırılması,
- Sağlık alanında yapılan mevzuat d¼zenlemelerinin emek, zaman ve kaynak israfına neden olunmaması amacıyla taslak aşamasında Avrupa Birliği m¼ktesebatına uyumlu şekilde hazırlanması ve yayımlanabilmesi i¼in Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel M¼d¼rl¼đ¼ g¼r¼ř¼n¼n alınması,

hususları dikkate alınarak yapılacak mevzuat uyumu çalışmalarının daha hızlı, etkili ve verimli bir bi¼imde y¼r¼t¼leceđi d¼ř¼n¼lmektedir.

Sonuç olarak, Avrupa Birliği’nin esas aldığı sağlık hizmetlerin hakkaniyete uygun, kapsayıcı, ulaşılabilir ve s¼rd¼r¼lebilir olması gibi ¼lkemizin de benimsediği temel ilkelerin hayata ge¼irilip daha iyiye g¼t¼r¼lmesi amacıyla şimdiye kadar devam ettirilen uyum çalışmaları ve reformların, tam ¼yelik s¼resinde karşılaşılan olumsuzlukların etkisinde kalınmadan daha da hızlanarak devam ettirilmesinin, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve uluslararası standartlarda verilmesine b¼y¼k katkı sağlayacaktır.

## Kaynakça

1. AB Genişleme Politikasına İlişkin 2020 Bilgilendirmesi, 2020 Türkiye Raporu, [https://www.ab.gov.tr/siteimages/trkiye\\_raporustrateji\\_belgesi\\_2020/turkey\\_report\\_30.10.2020.pdf](https://www.ab.gov.tr/siteimages/trkiye_raporustrateji_belgesi_2020/turkey_report_30.10.2020.pdf), Erişim Tarihi: 29.03.2021.
2. Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Uyumu, Ankara Üniversitesi Basımevi.
3. Avrupa Birliği Bakanlığı, 2008, *AB İle İlişkiler/Temel Belgeler/Katılım Ortaklığı Belgeleri/Türkiye Katılım Ortaklığı Belgesi*, [https://www.ab.gov.tr/files/AB\\_Iliskileri/AdaylikSureci/Kob/Turkiye\\_Kat\\_Ort\\_Belg\\_2007.pdf](https://www.ab.gov.tr/files/AB_Iliskileri/AdaylikSureci/Kob/Turkiye_Kat_Ort_Belg_2007.pdf), Erişim Tarihi: 28.04.2021.
4. Avrupa Birliği Bakanlığı, 2017, *AB'ye Katılım için Ulusal Eylem Planı (2016-2019)*, <http://www.ab.gov.tr/files/5%20Ekim/uepkitapcik2016-2019.pdf> Erişim Tarihi: 28.03.2021.
5. Avrupa Birliği Başkanlığı (2016). İlerleme Raporu, Katılım Müzakerelerinde Mevcut Durum, [https://www.ab.gov.tr/siteimages/birimler/kpb/katilim\\_muzakerelerinde\\_mevcut\\_durum\\_karti-08072019-tr.pdf](https://www.ab.gov.tr/siteimages/birimler/kpb/katilim_muzakerelerinde_mevcut_durum_karti-08072019-tr.pdf), Erişim Tarihi: 29.03.2021.
6. Avrupa Birliği Başkanlığı (2019). 2019 Türkiye Raporu, [https://ab.gov.tr/siteimages/birimler/kpb/2019\\_trkiye\\_raporu-tr.pdf](https://ab.gov.tr/siteimages/birimler/kpb/2019_trkiye_raporu-tr.pdf), Erişim Tarihi: 29.03.2021.
7. Avrupa Birliği Başkanlığı (2020). 2020 Türkiye Raporu, [https://www.ab.gov.tr/siteimages/trkiye\\_raporustrateji\\_belgesi\\_2020/turkey\\_report\\_30.10.2020.pdf](https://www.ab.gov.tr/siteimages/trkiye_raporustrateji_belgesi_2020/turkey_report_30.10.2020.pdf), Erişim Tarihi: 29.03.2021.
8. Avrupa Birliği Başkanlığı (2020a). Bir Bakışta Avrupa Birliği, Avrupa Birliğinin Tarihçesi, <https://ab.gov.tr/105.html>, Erişim Tarihi: 29.03.2021.
9. Avrupa Birliği Başkanlığı (2020b). Bir Bakışta Avrupa Birliği, AB Yapısı ve İşleyişi, [https://ab.gov.tr/bir-bakista-ab\\_3.html](https://ab.gov.tr/bir-bakista-ab_3.html), Erişim Tarihi: 23.05.2021.
10. Avrupa Topluluğu Araştırma ve Uygulama Merkezi. (2017). *AB Kronolojisi*. ATAUM Veri Tabanı. (<http://ataum.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/360/2017/02/AB-Kronolojisi.pdf>)
11. Denk, E. (2016). *Türkiye Avrupa Birliği İlişkileri*. ATAUM Veri Tabanı. <http://ataum.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/209/2017/03/Turkiye-Avrupa-Birligi-Iliskileri-Kitabi.pdf> Erişim Tarihi: 03.04.2021.
12. Devlet Planlama Teşkilatı (1997). *Türkiye ve Avrupa Birliği'ndeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması*, DPT veri tabanı. [www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/Download/2985/saglik.pdf](http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/Download/2985/saglik.pdf), Erişim Tarihi: 27.07.2017.
13. Dışişleri Bakanlığı. (2017). *Türkiye-AB İlişkileri*, <http://www.mfa.gov.tr/turkiye-ab-iliskilerine-genel-bakis.tr.mfa>, Erişim Tarihi: 27.07.2017.
14. Erhan, Ç. Senemoğlu, D. Baykal, S. Ed. (2009). *Avrupa Birliği Temel Konular*. İmaj Yayınevi.
15. EU4Health 2021-2027 – a vision for a healthier European Union, [https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health\\_en](https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_en), Erişim Tarihi: 28.06.2021.
16. European Parliament, Treaty on European Union (TEU), Maastricht Treaty, <https://www.europarl.europa.eu/about-parliament/en/in-the-past/the-parliament-and-the-treaties/maastricht-treaty>, Erişim Tarihi: 25.05.2021.
17. Işık, N. (2001). Avrupa Birliği ve Sağlık. Sağlık Bakanlığı Veri Tabanı. <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1405,abiliskilerivesaglikpdf.pdf>, Erişim Tarihi: 08.07.2017.
18. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı(2019), <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan.pdf> Erişim Tarihi: 23.05.2021.
19. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Avrupa Birliği Ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları, Ekmekçi, B. E. (Ed.) (2010).. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/333>, Erişim Tarihi: 20.05.2021.
20. Tecer, M. (2007). *Avrupa Birliği ve Türkiye, Sorular-Yanıtlar*. Bizim Büro Basımevi
21. Ülger, İ. K. (2007). *Avrupa Birliği'nin ABC'si*. (4. Baskı). Ankara: Sinemis Yayınları.
22. Yıldırım, H. H. Yıldırım, T. (2011), *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları
23. Yıldırım, H. H. Yıldırım, T. (2015), *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Sağlık Sistemleri*. (3. Baskı). Ankara: ABSAM Yayınları

