

HIV/AIDS Hastalık Yükünün ve Harcamalarının Analizi

Analysis of Burden of Disease and Spending of HIV/AIDS

¹Arzu Yiğit

¹Süleyman Demirel
Üniversitesi-İİBF-
Sağlık Yönetimi
Bölümü

Sorumlu Yazar:

Dr. Öğr. Üyesi. Arzu
Yiğit

Tel: 05554934050

Fax: 0246 - 237 09 20

E-mail:

arzuyigt@sdu.edu.tr

Özet

Amaç: Bu araştırmanın amacı küresel boyutta ve Türkiye ölçeğinde HIV/AIDS hastalık yükünü ve bu hastalık için yapılan sağlık harcamalarını analiz etmektir.

Gereçler ve Yöntemler: Araştırmada hastalık yükü engelliğe bağlı yaşam yılı (disability adjusted life years-DALY) yaklaşımına göre tanımlayıcı bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada HIV/AIDS hastalık yükü ve sağlık harcamaları verileri Global Burden of Disease Collaborative Network ve Global Burden of Disease (GBD) 2017 veri tabanından alınmıştır.

Bulgular: HIV/AIDS hastalık yükü 2017 yılında en yüksek Afrika, en düşük ise Doğu Akdeniz ve Batı Pasifik Bölgesinde görülmüştür. Türkiye’de ise bu hastalığın 1990 yılında 100.000 kişide 0,69 (G.A; 0,02-1,07) kişide görülürken 2017 yılında 18 kat artış ile 13,27 (G.A; 10,67-16,02) kişide görüldüğü saptanmıştır. Küresel düzeyde HIV/AIDS için finansman kaynağının % 47,9’u uluslararası kuruluşlarca yapılan kalkınma yardımı, % 47,4’ü kamu, %2.8’i cepten ödeme ve %1,8’i özel sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Türkiye de ise HIV/AIDS hastalığı %99 oranında kamu gelirleri tarafından finanse edilmektedir. HIV/AIDS sağlık harcamaları gerek küresel düzeyde gerekse Türkiye’de yaklaşık %60’ tanı ve tedavi, %40 ise önleme ve diğer sağlık hizmetleri için kullanılmaktadır. Türkiye’de HIV/AIDS için yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içerisinde % 0,6’lik paya sahip olduğu tahmin edilmektedir

Sonuç: Bir ülkede HIV/AIDS’in önlemesi için güçlü sağlık sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca nüfusun % 90’ı HIV statülerini bilmeli, HIV’leri bilenlerin% 90’ı tedavi edilmeli ve tedavi edilenlerin % 90’ı ise viral olarak bastırılmasına yönelik sağlık plan ve politikası geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV/AIDS, Hastalık Yükü, Sağlık Harcaması, DALY

Abstract

Objective: The aim of this research is to analyze the global burden of HIV/AIDS and health expenditures for this disease in Turkey.

Material and methods: A descriptive study was conducted based on the disability adjusted life years (DALY) approach of the burden of disease. In the study, HIV/AIDS disease burden and health expenditure data were taken from the Global Burden of Disease Collaborative Network and Global Burden of Disease (GBD) 2017 database.

Results: The burden of HIV/AIDS disease was highest in Africa and lowest in the Eastern Mediterranean and Western Pacific region in 2017. This disease in Turkey in 1990 was 0.69 per 100,000 people (C.I; 0.02-1.07) in 2017 there was an 18-fold increase of 13.27 (C.I.; 10.67-16.02). At the level, 47.9% of funding for HIV/AIDS consists of development assistance provided by international organizations, 47.4% is public, 2.8% is out-of-pocket payments, and 1.8% is private healthcare spending. In Turkey, HIV/AIDS is funded by 99% of public revenue. In addition to HIV/AIDS health expenditures at the global level and in turkey, approximately 60% are used in diagnosis and treatment and 40% in prevention and other health services.. Health expenditures for HIV/AIDS are estimated to have a 0.6% percent share of total health expenditures in Turkey

Conclusion: Strong health systems are needed to prevent HIV/AIDS in a country. In addition, 90% of the population should know their HIV status, 90% of those who know HIV should be treated, and 90% of those who are treated should develop health plans and policies for viral suppression.

Key words: HIV / AIDS, burden of disease, health expenditures, DALY

Giriş

HIV/AIDS hem bulaşma yolu hem de neden olduğu klinik durum nedeniyle ciddi bir enfeksiyon hastalığı olup dünyanın en ciddi halk sağlığı sorunlarından ve dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. (1,2). İnsan immün yetmezlik virüsü (Human Immunodeficiency Virus/HIV) edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromunun (Acquired Immunodeficiency Syndrome/AIDS) etiyolojik ajanıdır (3) dünyada ilk HIV/AIDS vakası 1981 yılında saptanmıştır. Türkiye'de ilk HIV pozitif vaka 1985 yılında rapor edilmiştir. Türkiye'de vakaların büyük çoğunluğunu 15-49 yaş arası gençler oluşturmaktadır ve kadın vakaların sayısı giderek artmaktadır. (4).

UNAIDS (Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı) 2018 verilerine göre; dünya genelinde 37,9 milyon HIV/AIDS'li insan yaşamaktadır. Epideminin başlamasından günümüze 32 milyon insan AIDS kaynaklı hastalıklardan ölmüştür. Bu hastalık ile yaşayan tüm insanların yaklaşık % 79'u HIV/AIDS'li olduklarını bilmekte % 62'si ise tedaviye erişebilmektedir(5). Dünya çapında 15-49 yaş arası yetişkinlerin tahmini % 0,8'i HIV ile yaşamaktadır. Hastalığın yükünde ülkeler ve bölgeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin Afrika bölgesi, her 25 yetişkinden biri (% 3,9) HIV ile yaşamakta ve dünya çapında HIV ile yaşayan insanların üçte ikisinden fazlasını bu bölge oluşturmaktadır(6).

HIV/AIDS küresel olarak toplum sağlığını tehdit eden bir hastalık (7) olup özellikle Afrika ülkelerinin kalkınmasında, ekonomik büyümesinde ve yoksulluk ile mücadelesinde büyük tehditlerden biridir.

(8). Tarihsel olarak, HIV / AIDS'in neden olduğu erkek ölümlerinin sayısı kadınlardan daha fazladır. Bununla birlikte, eğilimler ülkeye, Sosyo-Demografik Endeks'e (SDI) veya yaş grubuna göre değişmektedir.

HIV/AIDS'in önlenmesi ve tedavisinde önemli ilerlemelere rağmen, yeni HIV ve AIDS enfeksiyonlarının yükü ülke çapında önemli ölçüde değişmektedir(9).

HIV/AIDS hastalığı hem küresel bir halk sağlığı sorunu olup hem de bir ülkede sosyal ve ekonomik sorunlara neden olan problemdir. Özellikle düşük gelirli ülkelerde bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşması bu hastalığın küresel olarak hastalık yükünün analiz edilmesini zorunlu kılmaktadır.

Hastalık yükü kavramı erken yaşlardaki ölümler ile ölümle sonuçlanmayan ancak uzun dönemli fonksiyon bozukluğuna sebep olan morbidite ve risk faktörlerini ifade etmektedir (10). Ülkelerin hastalık yükünü hesaplamasının temel nedeni sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların kıt olmasından kaynaklanmaktadır. Kıt kaynakların hangi sağlık programlarına tahsis edilmesi gerektiğine hastalık yükü çalışmaları katkıda bulunmaktadır.

Sağlık harcamaları küresel ekonominin bir payı olarak büyüdükçe, sağlık harcamalarının hastalıklar arasında nasıl dağıldığını ve ulusal sağlık harcamalarının nasıl farklılaştığını bilmek önemlidir. Sağlık harcamalarını, finansmanın kaynağını ve fonların farklı ülkeler, nüfuslar ve hastalıklar arasındaki dağılımını değerlendirmek, sağlık fonlarının optimal ve eşit bir şekilde kullanılmasını sağlamak için çok önemlidir (11).

Bu araştırmanın amacı küresel boyutta HIV/AIDS hastalık yükünü ve bu hastalık için yapılan sağlık harcamalarını analiz etmek ve bu kapsamda Türkiye ile diğer bölgeleri karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler

Araştırmada HIV/AIDS hastalığının yükü engelliğe ayarlı yaşam yılı (disability-adjusted life year –DALY) yaklaşımı ile analiz edilmiştir. HIV/AIDS hastalık yükü ve sağlık harcamaları verileri Global Burden of Disease Collaborative Network (12) ve Global Burden of Disease (GBD) 2017 çalışmasından alınmıştır (13). Araştırmada ikincil veriler kullanılmış olup verilere GBD web sitesinden erişilmiştir. Elde edilen veriler HIV-AIDS hastalık yükü ve harcamalar ile ilgili tanımlayıcı istatistik analizleri yapılmıştır.

Araştırmada HIV/AIDS hastalığının yükü–DALY yaklaşımı ile analiz edildiği için bu kavram ile ilgili aşağıda kısaca bilgi verilmiştir.

DALY, küresel hastalık yükünü tahmin etmek için mortalite ve morbiditeyi tek bir ölçü ile birleştiren özet bir sağlık ölçütüdür. 1 DALY, 1 sağlıklı yaşam yılından kaybı ifade etmektedir(14–16). DALY, hastalıkların ekonomik yükünü tahmin etmede yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir(17).

DALY'nin, engellilikte geçirilen yaşam yılı (years lost due to disability-YLD) ve kaybedilen yaşam yılı (years of life lost-YLL) olmak üzere iki bileşeni bulunmaktadır. DALY= YLL+YLD formülü ile hesaplanmaktadır. YLL, erken ölümün bir ölçütü iken YLD ise insanların sağlığı bozan ancak ölüme neden olmayan hastalıklar ve yaralanmalar ile geçirilen zaman ölçütüdür (15,16,18).

Araştırma kapsamında ülkeler Sosyo Demografik İndeks (Socio-demographic

Index-SDI) göre gruplandırılarak analiz edilmiştir. SDI, Ülkelerin veya diğer coğrafi alanların kalkınma spektrumunda nerede bulunduğunu tanımlayan özet bir ölçüttür. 0 ila 1 ölçeğinde ifade edilen SDI, küresel hastalık yükü çalışmasındaki tüm alanların kişi başına gelir sıralamasının, ortalama eğitim kazanımının ve doğurganlık oranlarının birleşik ortalamasıdır(18).

Bulgular

Küresel HIV-AIDS hastalık yükü bölgeler karşılaştırması Tablo 1’de sunulmuştur. Buna göre HIV/AIDS hastalığı 2017 yılında 100.000 kişide 3.944 (G.A; 3,678-4.221) kişi ile en yüksek Afrika bölgesinde görülür iken 138 (G.A; 79-303) kişi ile Doğu Akdeniz Bölgesi ve 143 (G.A; 132-159) kişi ile Batı Pasifik Bölgesi en düşük

değere sahiptir. Ülkelerin sosyo demografik indeks sınıflandırılmasına göre düşük sosyo demografik indekse sahip ülkelerde bu oran oldukça yüksek iken yüksek indekse sahip ülkelerde ise oldukça düşüktür. HIV/AIDS ile yaşayan insanların büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde bulunmakta olup yaklaşık üçe ikisi Sahra Altı Afrika’da yaşamaktadır.

HIV-AIDS hastalık yükü küresel düzeyde 1990 yılında 100.000 kişide %95 güven aralığında 387 (G.A. 349-429) kişi iken 2017 yılında ise yaklaşık %84 artış ile 713 (G.A; 670-755)kişi olarak tespit edilmiştir. Türkiye’de ise 1990 yılında 100.000 kişide % 0,69 (G.A; 0,02-1,07) kişi iken 2017 yılında ise 18 kat artış ile 13,27 (G.A; 10,67-16,02) kişi olarak saptanmıştır.

Tablo 1: Küresel HIV-AIDS Hastalık Yükü (1990-2017)

Bölge Sınıfları	1990 DALYs*(%95 G.A)	2017 DALYs* (%95 G.A)	Değişim (1990-2017)
Global	387 (349-429)	713 (670-755)	0,84
WHO Bölgeleri			
Afrika Bölgesi	3320 (2931-3757)	3944 (3678-4221)	0,19
Doğu Akdeniz Bölgesi	18 (10-37)	138 (79-303)	6,67
Avrupa Bölgesi	101 (98-105)	183 (175-193)	0,81
Amerika Bölgesi	346 (332-368)	281 (261-310)	-0,19
Güneydoğu Asya Bölgesi	9 (7-11)	238 (217-273)	25,44
Batı Pasifik Bölgesi	22 (19-24)	143 (132-159)	5,50
Sosyo Demografik İndeks			
Düşük SDI	1781 (1511-2083)	1274 (1172-1394)	-0,28
Düşük-Orta SDI	449 (373-546)	1242 (1113-1386)	1,77
Orta SDI	60 (55-65)	654 (609-708)	9,90
Yüksek-Orta SDI	66 (65-69)	176 (168-186)	1,67
Yüksek SDI	216 (209-225)	60 (51-71)	-0,72
Türkiye	0,69 (0,02-1,07)	13,27 (10,67-16,02)	18,23

DALYs, disability-adjusted life years; *100,000 Nüfusa Düşen; SDI, Sosyo Demografik İndeks

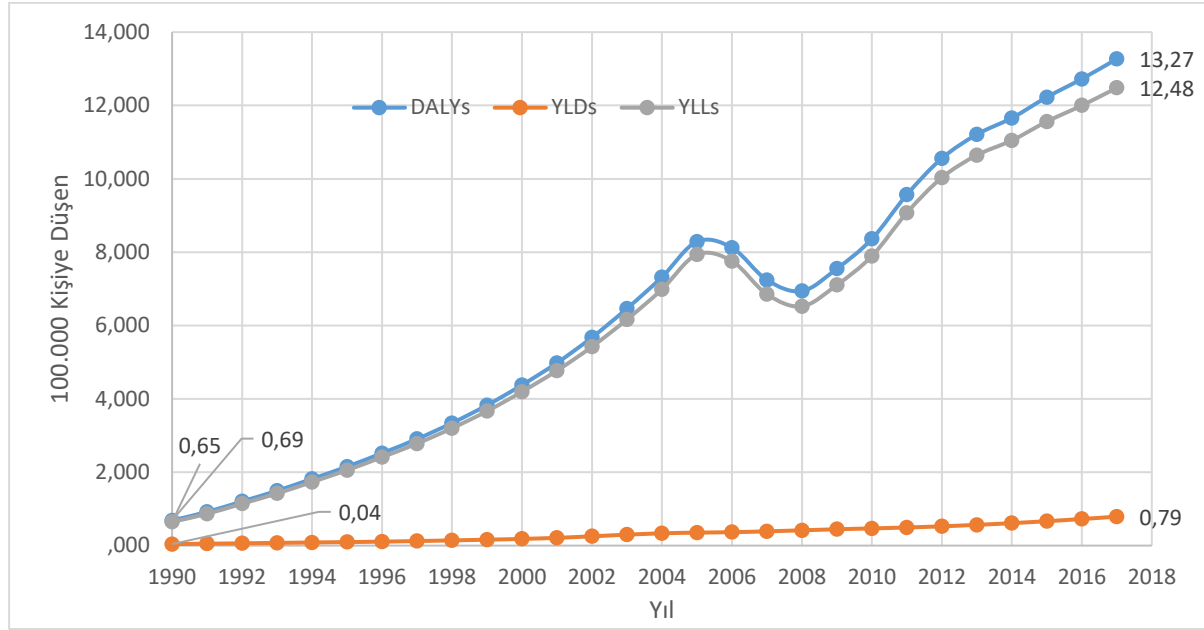
Türkiye’nin 1990-2017 yıllarını kapsayan HIV-AIDS hastalığına ilişkin YLL, YLD ve DALY yüklerini gösteren grafik Şekil 1’de verilmiştir. Buna göre YLL olarak ifade edilen erken ölüm sebebiyle kaybedilen yaşam yılının (100.000 kişiye

düşen) 1990 yılından 2017 yılına doğru büyük bir hızla artarak 0,65’den 12,48’e çıktığı tespit edilmiştir. Yalnızca 2004-2008 yılları arasında eğim çizgisinde düşme görülmektedir. Engelliğe bağlı yaşam yıllarının göstergesi olan YLD

değerinin (100.000 kişiye düşen) 1990 yılında 0,04 iken 2017 yılında 0,79'a yükseldiği görülmektedir. Toplam hastalık yükü olarak ifade ettiğimiz DALY'de ise 1990 yılına göre 2017 yılında kayda değer bir artış (18 kat) olduğu saptanmıştır.

Türkiye'de HIV-AIDS hastalık yükünün cinsiyete göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Buna göre bu hastalığın kadınlara göre erkeklerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Tablo 2).

Şekil 1. Türkiye'de HIV-AIDS Hastalığının YLL, YLD ve DALY Yükleri (1990-2017)



YLL, Years of Life Lost; YLD, Years Lost due to Disability, DALY, Disability-Adjusted Life Year

Tablo 2: Türkiye'de HIV-AIDS Hastalık Yükünün Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	YLL	YLD	DALY
Erkek	15,36(18,6-12,06)	1,03(1,9-0,55)	16,39(19,85-12,88)
Kadın	9,59(11,71-7,53)	0,55(0,98-0,29)	10,14(12,27-8,02)
Toplam	12,48(15,05-9,81)	0,79(1,42-0,42)	13,27(16,02-10,67)

Dünya Sağlık Örgütü 2017 verilerine göre toplam 7,8 trilyon dolar küresel sağlık harcaması yapılmıştır (2). Türkiye'de ise TÜİK verilerine göre 165.Milyar TL toplam sağlık harcaması yapılmıştır(19). Global Burden of Disease Collaborative Network 2017 verilerine göre (12) HIV-AIDS için 20.245.508 Bin \$ sağlık harcaması yapılmaktadır. Küresel düzeyde HIV/AIDS için finansman kaynağı % 47,9 uluslararası kuruluşlarca yapılan kalkınma

yardımı, % 47,4 kamu, %2,8 cepten yapılan ödeme ile %1,8 özel sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Ülkelerin Dünya Bankası sınıflandırmasına göre düşük gelirli ülkelerde HIV/AIDS finansman kaynağı %83,6 oranında kalkınma yardımlarından oluşurken bu oran gelirli ülkelerde %50,8'e gerilemektedir. Üst ve orta gelirli ülkelerde ise temel finansman kaynağı %85,7 oranında kamudur. GBD sınıflandırmasına

göre Sahra altı Afrika bölgesinde HIV/AIDS finansman kaynağı %54,9 kalkınma yardımlarından oluşur iken diğer bölgelerde kamu kaynakları ile finanse edilmektedir. Kalkınma yardımı: kalkınma ajansları tarafından düşük gelirli ve orta gelirli ülkelere temel ihtiyaçlar ve sağlığın sürdürülmesi veya geliştirilmesi amacıyla sağlanan mali ve aynı kaynaklardır(20).

Türkiye de ise HIV/AIDS hastalığı %99 oranında kamu gelirleri ile finanse edilmektedir. HIV/AIDS sağlık harcamaları gerek küresel düzeyde gerekse bölge sınıflandırmalarında yaklaşık %60 tanı ve tedavi, %40 ise önleme ve diğer sağlık hizmetleri için kullanılmaktadır. Türkiye’de de buna benzer bir dağılım bulunmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. 2017 Küresel HIV/AIDS Sağlık Harcaması, Finansman ve Program Türü

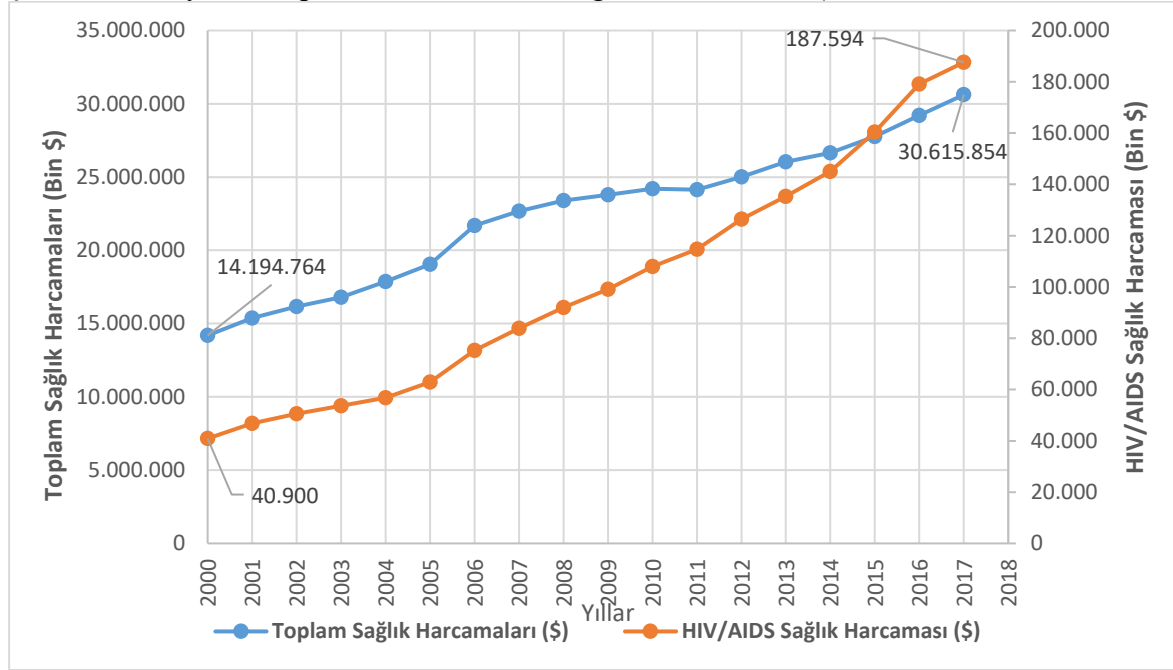
Bölge Sınıflandırması	Toplam HIV/AIDS Sağlık Harcaması (Bin USD)	HIV/AIDS Finansman Kaynağı (%)				HIV/AIDS Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (%)		
		Kamu	Özel	Cepten Ödeme	Kalkınma Yardımı	Tanı ve Tedavi	Önleme	Diğer
Global	20.245.508	47,4	1,8	2,8	47,9	60,6	16,8	22,5
Dünya Bankası Sınıflandırma								
Düşük Gelirli Ülkeler	2.608.391	13,1	0,7	2,7	83,6	48,6	21,4	29,9
Düşük--Orta Gelirli Ülkeler	3.953.759	41,8	1,5	5,9	50,8	50,6	19,6	29,7
Üst-Orta Gelirli Ülkeler	8.943.045	85,7	3,2	2,9	8,0	68,6	14,1	17,1
GBD Sınıflandırması								
Orta ve Doğu Avrupa ile Orta								
Asya	776.278	83,5	0,7	1,3	14,4	66,5	20,6	12,7
Yüksek Gelirli Ülkeler	446.942	99,6	0,2	0,2	0,0	81,1	1,4	17,3
Latin Amerika ve Karayipler	3.288.350	81,9	5,5	6,4	5,9	70,1	16,3	13,3
Kuzey Afrika ve Orta Doğu	490.106	89,5	0,4	3,6	6,4	45,7	37,8	16,0
Güney Asya	611.729	72,7	3,6	5,4	18,1	45,3	13,9	40,5
Güneydoğu ve Doğu Asya ile Okyanusya								
Sahra Altı Afrika	2.231.224	87,9	0,2	0,9	10,9	49,3	15,6	34,8
Türkiye	7.660.565	39,6	2,0	3,5	54,9	60,2	16,7	23,1
Max.	187.594	99,0	0,1	0,9	0,0	64,4	23,5	11,6
Min.		99,6	5,5	6,4	83,6	81,1	37,8	40,5
		13,1	0,1	0,2	0,0	45,3	1,4	11,6

Türkiye’de HIV/AIDS hastalığı için yapılan sağlık harcaması 2000-2017 yılları arasında 4.5 kat artmıştır. HIV/AIDS için yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içerisinde % 0,6’lık paya sahip olduğu tahmin edilmektedir (Şekil 2).

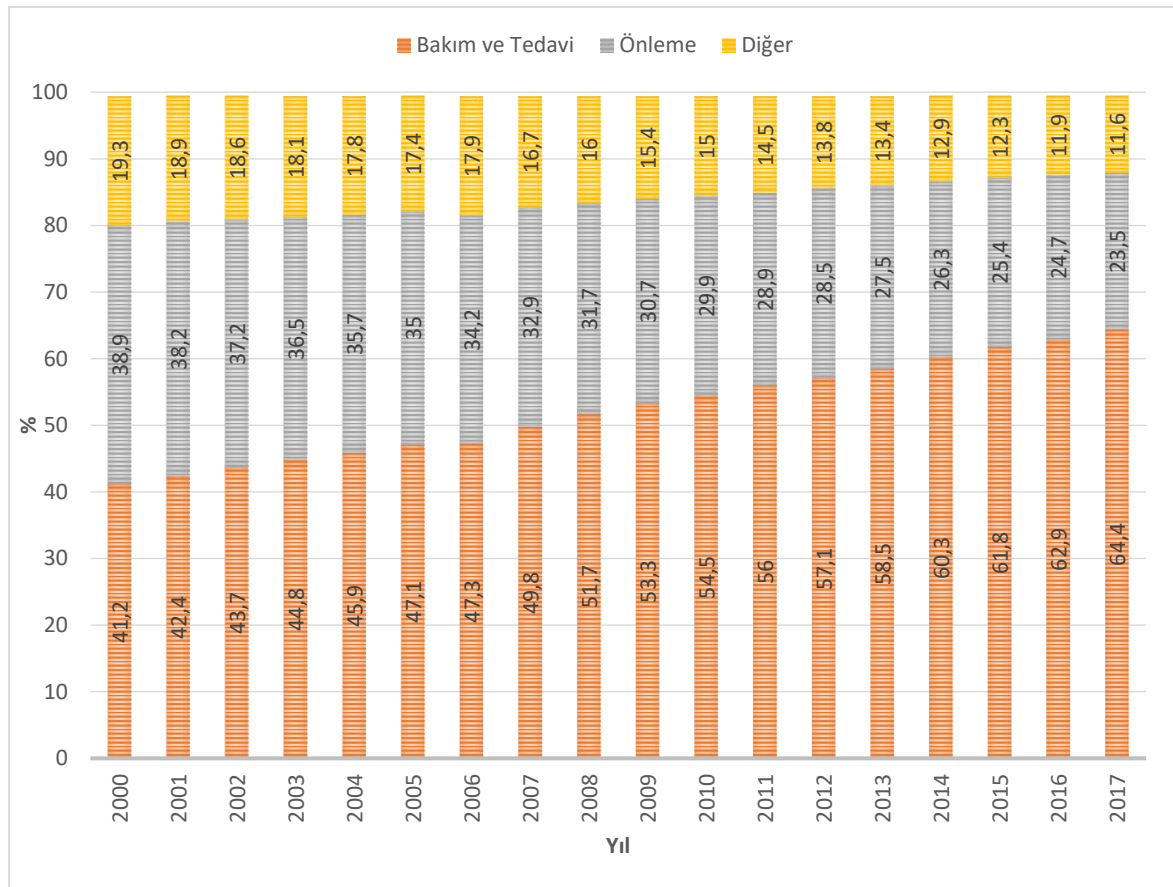
HIV/AIDS’de erken tanı ve tedavinin başlatılması, enfekte olmuş hastaların düzenli olarak plazma viral yükü açısından

izlenmesi, doğru ve duyarlı testlerin kullanılması HIV’in önlenmesine katkı sağlayacaktır (3). Türkiye’de HIV-AIDS harcamalarının fonksiyonel dağılımı Şekil 3’de verilmiştir. Buna göre 1990-2017 yılı aralığına bakıldığında tanı ve tedavi harcamalarının artış eğilimi gösterdiği, buna karşılık önlenme ve diğer hizmetler için yapılan harcamaların yıllar itibariyle azaldığı tespit edilmiştir.

Şekil 2. Türkiye’de Toplam ve HIV/AIDS Sağlık Harcamaları (2000-2017)



Şekil 3. Türkiye’de HIV-AIDS Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı (1990-2017).



Tartışma

HIV/AIDS; 1981 yılında ilk ortaya çıktığı yıllarda tedavisi olmayan ölümcül bir hastalıkken günümüzde geliştirilen birçok tedavi protokolü ile ömür boyu izlenmesi ve tedavi edilmesi gereken kronik bir hastalık haline gelmiştir (21,22). Dünya çapında HIV / AIDS salgını tedavi etmede kayda değer ilerleme sağlanmıştır. Özellikle düşük gelirli ülkelerde HIV ölümlerinin azaltılmasında, anneden çocuğa geçişin önlenmesi ve büyük ölçüde HIV için kalkınma yardımı ile finanse edilen programlar yoluyla büyük ilerleme kaydedilmiştir(23).

Küresel HIV/AIDS mortalitesindeki son düşümlere rağmen, HIV/AIDS küresel DALY'lerin önde gelen nedenlerinden biridir. Dünyada HIV/AIDS yükünün dağılımı demografik veriler ve bölgeler arasında farklılıklar bulunmaktadır (24). Afrika, Hindistan, Tayland gibi Asya ülkelerinde HIV/AIDS vaka sayıları diğer bölge ve ülkelere göre oldukça yüksektir. Bu farklılığın en önemli nedeni gelişmiş ülkelerin etkin eğitim programları ile hastalığı ve korunma yollarını insanlara öğretebilmeyi başarmış olmasıdır(4).

HIV/AIDS'in sosyal yapısı onu en damgalayıcı tıbbi konulardan biri haline getirmiştir. HIV/AIDS sonucu korku yaşanmakta ve bu korku önyargılı hareket edilmesine ve HIV/AIDS ile enfekte bireylere yönelik ayrımcılığa yol açabilmektedir (21). Bu durum sağlık programının etkili bir şekilde yürütülmesinde en önemli sosyal sorunlardan biridir.

HIV/AIDS hastalık yükünü tespit etmek kıt kaynakların etkili bir şekilde sağlık programlarına tahsis edilmesi ve etkili HIV/AIDS müdahaleleri ve tedavileri için

fon sağlanması açısından kritik öneme sahiptir(24).

Dünyanın toplam nüfusu yaklaşık 7,5 milyar olup, yaklaşık 37.9 milyon insan HIV ile yaşamaktadır(5). Bu durum ülkelerin bu hastalık için çok yüksek seviyelerde finansal kaynak tahsis ettiğini göstermektedir. Özellikle kişi başı sağlık harcaması çok düşük ülkeler bu hastalığın hastalık yükünü düşürmede oldukça zorlanmaktadır. Uluslararası yardım kuruluşları kalkınma yardımı yaparak bu hastalığın tanı, tedavi ve önleminde önemli bir finansman kaynağı olmaktadır. Bu yardımın temel nedenlerinden birisi özellikle salgın hastalıkların diğer bölge ülkeleri tehdit etmesidir. Özellikle HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalık yükünü sadece bir ülke veya kıtada değil küresel olarak tüm kıta ve ülkelerde düşürülmesi gerekmektedir. 2020 yılında yaşanan tüm dünya ülkelerinde pandemi olarak ilan edilen covid-19 salgını bunun bir tipik örneğidir.

Sonuç

Bir ülkede HIV/AIDS'in önlenmesi, tanı ve tedavi hizmetlerine erişimin sağlanması için güçlü sağlık sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkeler sağlık bilgi sistem alt yapılarını geliştirmesi HIV/AIDS sağlık programlarını etkin bir şekilde yönetebilmelerine yardımcı olacaktır. Örneğin Covid 19 salgını Güney Kore güçlü bir sağlık bilgi sistemi ile yönetmiştir. Bu kapsamda bir diğer önemli konu HIV ile yaşayan insanlara karşı damgalama ve ayrımcılığı önleyecek gerekli önlemlerinde alınması da aynı derecede önemlidir.

Türkiye'de HIV-AIDS 1990-2017 yılları arasında yaklaşık 18 kat artmıştır. Bu

nedenle HIV/AIDS'in 90-90-90 küresel hedeflerine ulaşmasında destek sağlamalıdır. Bu küresel hedeflere dayanarak, Türkiye'de nüfusun% 90'ı HIV statülerini bilmeli, HIV'lerini bilenlerin% 90'ı tedavi edilmeli ve tedavi edilenlerin % 90'ı ise viral olarak bastırılmasına yönelik sağlık plan ve politikası geliştirilmelidir.

Kaynaklar

1. Tasdelen-F. N, Tanyel, Esra; Sarıkaya-Genç, H.; Tülek N. HIV/AIDS Olgularının Değerlendirilmesi. KLİMİK Derg. 2009;22(1):18–20.
2. WHO. Global spending on health: a world in transition. Geneva: World Health Organization. 2019.
3. Aslan FG, Altındış M. Current Diagnostic Algorithm of HIV and Emerging Prevention Methods. Türk Mikrobiyoloji Cemiy Derg. 2017;47(2):47–60.
4. Tümer A, Ünal S. HIV/AIDS Epidemiyolojisi ve Korunma. Sos Polit Çalışmaları Derg. 2001;4(1):1–8.
5. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics 2019 fact sheet. 2020. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>. Erişim Tarihi: 01.02.2020.
6. WHO. Global Health Observatory (GHO) Data. 2020. Erişim Tarihi: 01.02.2020 <https://www.who.int/gho/hiv/en/>.
7. UNAIDS Annual Report. Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector World Health Organization. 2009.
8. Whiteside A. Poverty and HIV/AIDS in Africa. Third World Q. 2002;23(2):313–32.
9. Talbert-Slagle KM, Canavan ME, Rogan EM, Curry LA, Bradley EH. State variation in HIV/AIDS health outcomes: The effect of spending on social services and public health. Aids. 2016;30(4):657–63.
10. Sağlık Bakanlığı. Küresel Hastalık Yükü 2017 Türkiye Sonuçları. Editör: Başara B.B, Çağlar İ.S, Aygün A, Özdemir T.A, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Ankara; 2019.
11. Dieleman JL, Haakenstad A, Micah A, Moses M, Abbafati C, Acharya P, et al. Spending on health and HIV/AIDS: domestic health spending and development assistance in 188 countries, 1995–2015. Lancet. 2018;391(10132):1799–829.
12. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global HIV/AIDS Spending 2000–2017. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020.
13. Global Health Data Exchange. GBD 2017 Data. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020.
14. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 4th ed. Oxford University Press. New York: Oxford University Press; 2015.
15. Murray CJL, Lopez AD. Measuring the global burden of disease. N Engl J Med. 2013;369(5):448–57.
16. Murray CJL, Acharya AK. Understanding DALYs. J Health Econ. 1997;16(6):703–30.
17. Yiğit A, Yiğit V. Economic Burden of Obesity-Related Comorbidities in Turkey. Gümüşhane Univ J Heal Sci. 2019;8(3):223–30.
18. IHME. IHME HIV Atlas. Global Burden of Disease Terms. 2020. <https://hiv.ihme.services/about>. Erişim Tarihi: 0102.2020
19. TÜİK. No Title. Sağlık Harcamaları İstatistikleri. 2020. p. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084. Erişim Tarihi: 01.02.2020.

20. IHME. Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME. 2018.
21. Akgül Ö. Takip Edilen HIV/AIDS Olgularındaki İntestinal Parazitlerin Konvansiyonel ve Moleküler Yöntemler İle Saptanması [Internet]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul; 2016. Available from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
22. Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the gap: Increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS One*. 2013;8(12):6–13.
23. Wang H, Wolock TM, Carter A, Nguyen G, Kyu HH, Gakidou E, et al. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV*. 2016;3(8):e361–87.
24. Ortblad KF, Lozano R, Murray CJL. The burden of HIV: Insights from the global burden of disease study 2010. *AIDS*. 2013;27(13):2003–17.

