

**TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE
GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP
(GETAT)**

Yönetim, Politika ve Gelecek Vizyonu

Editör

Dr. Öğr. Üyesi Cuma ÇAKMAK

yaz
yayınları

**TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI
TIP (GETAT)**

Yönetim, Politika ve Gelecek Vizyonu

Editör

Dr. Öğr. Üyesi Cuma ÇAKMAK

yaz
yayınları

2026

**TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE
GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI
TIP (GETAT):**

Yönetim, Politika ve Gelecek Vizyonu

Editor: Dr. Öğr. Üyesi Cuma ÇAKMAK

ORCID: 0000-0002-4409-9669

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-8996-27-2

Mart 2026 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/ AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

*Gönderilen yazılar kör hakemlik sürecinden geçirilmiştir ve iThenticate programı kapsamında değerlendirilmiş olup maksimum %20 oranında benzerlik yüzdesine sahiptir. Gönderilen yazının akademik, etik ve yasal sorumluluğu yazar/yazarlarına aittir.

ÖNSÖZ

Sağlık sistemleri, toplumların değişen ihtiyaçları, bilimsel gelişmeler ve kültürel birikimlerin etkisiyle sürekli bir dönüşüm içerisinde. Son yıllarda dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamalarına olan ilgi giderek artmaktadır. Bireylerin bütüncül sağlık yaklaşımına yönelmesi, kronik hastalıkların artışı ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik arayışlar, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının sağlık hizmetleri içerisindeki yerini daha görünür kılmıştır. Bu durum, söz konusu uygulamaların sağlık sistemleri içerisinde bilimsel, yönetsel ve politika boyutlarıyla ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, tarihsel ve kültürel kökleri oldukça derin olan bir mirasa sahiptir. Bununla birlikte modern sağlık sistemleri içerisinde bu uygulamaların bilimsel, etik ve yönetsel bir çerçevede ele alınması, sağlık politikalarının önemli gündem başlıklarından biri haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği, güvenliği ve sürdürülebilirliği açısından GETAT uygulamalarının yönetim, politika ve düzenleyici boyutlarının kapsamlı biçimde değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

“Türkiye Sağlık Sisteminde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT): Yönetim, Politika ve Gelecek Vizyonu” başlıklı bu eser, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını Türkiye sağlık sistemi bağlamında çok boyutlu bir şekilde ele almak amacıyla hazırlanmıştır. On üç bölümden oluşan bu kitapta, GETAT uygulamalarının sağlık sistemi içindeki yeri; yönetsel yapısı, politika ve mevzuat boyutu, finansman ve insan kaynakları süreçleri, kalite ve hasta güvenliği yaklaşımları, etik ve hukuki çerçevesi gibi konular farklı perspektiflerden değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra sağlık turizmi, toplumsal algı, uluslararası uygulamalar ve geleceğe yönelik stratejik yaklaşımlar da ele alınarak alanın mevcut durumu ve geleceğine ilişkin kapsamlı bir çerçeve sunulmaktadır.

Alanında uzman akademisyenlerin katkılarıyla hazırlanan bu kitabın; sağlık yönetimi, sağlık politikaları ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanında çalışan araştırmacılar, sağlık yöneticileri, politika yapıcılar ve uygulayıcılar için önemli bir başvuru kaynağı olması amaçlanmaktadır. Aynı zamanda eserin, Türkiye’de GETAT alanında yürütülecek akademik çalışmaların gelişmesine ve sağlık sisteminde bu uygulamaların daha sistematik bir şekilde değerlendirilmesine katkı sağlaması temenni edilmektedir.

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında bilgi ve deneyimleriyle katkı sağlayan tüm bölüm yazarlarına içten teşekkürlerimi sunarım. Kitabın hazırlanma sürecinde emeği geçen herkese şükranlarımı ifade eder, eserin Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanında yürütülecek akademik çalışmalara, sağlık politikalarının geliştirilmesine ve sağlık hizmetlerinin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmasına katkı sağlamasını temenni ederim.

Saygılarımla,

Dr. Öğr. Üyesi Cuma ÇAKMAK

Editör

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	4
İÇİNDEKİLER.....	5
BİRİNCİ BÖLÜM	
TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP	7
<i>İsmail BİÇER</i>	
İKİNCİ BÖLÜM	
TÜRKİYE’DE GETAT POLİTİKALARI ve MEVZUAT ÇERÇEVESİ.....	20
<i>Esra SEVİMLİ</i>	
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	
KAMU VE ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA GETAT HİZMETLERİNİN YÖNETİMİ..	36
<i>Cuma SUNGUR, Ramazan KIRAÇ, Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ</i>	
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	
GETAT HİZMETLERİNDE FİNANSMAN VE SAĞLIK EKONOMİSİ.....	51
<i>İlknur ARSLAN ARAS</i>	
BEŞİNCİ BÖLÜM	
GETAT HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ.....	68
<i>Furkan SAVAR</i>	
ALTINCI BÖLÜM	
GETAT ÜRÜNLERİ TIBBİ BİTKİLER VE TEDARİK ZİNCİRİ YÖNETİMİ	84
<i>Arif Selim EREN, Ayşe YILMAZ İRGİN</i>	
YEDİNCİ BÖLÜM	
GETAT HİZMETLERİNDE KALİTE, AKREDİTASYON VE HASTA GÜVENLİĞİ.....	110
<i>Duygu DENİZ ÇELİK</i>	

SEKİZİNCİ BÖLÜM

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARININ ETİK VE YASAL BOYUTLARI	123
---	-----

Yasin ARAS

DOKUZUNCU BÖLÜM

SAĞLIK TURİZMİ BAĞLAMINDA GETAT UYGULAMALARI	137
--	-----

Haşim ÇAPAR

ONUNCU BÖLÜM

GETAT HİZMETLERİNDE TOPLUMSAL ALGI VE İLETİŞİM	156
--	-----

Muhammed Şafi ALPASLAN, Cuma ÇAKMAK

ON BİRİNCİ BÖLÜM

ULUSLARARASI SAĞLIK SİSTEMLERİNDE GETAT UYGULAMALARI	176
--	-----

Halil DEMİR

ON İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE GETAT'IN GELECEK VİZYONU	206
--	-----

İlknur KAR

ON ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GETAT HİZMETLERİNDE STRATEJİK PLANLAMA	233
--	-----

Gülçin ÇALIŞKAN SEYFELİ

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP

İsmail BİÇER¹

1.GİRİŞ

Geleneksel tıp, farklı tarihî ve kültürel bağlamlardan kaynaklanan, sağlık bakımı ve iyilik hâli için kodlanmış veya kodlanmamış sistemleri ifade etmektedir. Bu sistemler, uygulamalar, beceriler, bilgi ve felsefeleri içerir ve biyotıptan farklıdır ve öncesine dayanmaktadır. Geleneksel tıp, deneyim temelli bir kökenden bilimle evrilerek günümüzde kullanılmaktadır. Ayrıca, doğaya dayalı tedaviler ve zihin, beden ile çevrenin dengesini yeniden sağlamak için bütünsel, kişiselleştirilmiş yaklaşımları vurgulamaktadır. Tamamlayıcı tıp, bir ülkenin ana akım tıbbının parçası olmayan ek sağlık bakım uygulamalarını ifade eder. Kanıta dayalı tamamlayıcı tıp, ana akım tıbbı destekleme potansiyeline sahiptir ve insanların sağlık ile iyilik hâli ihtiyaçlarını daha kapsamlı biçimde karşılayabilir. Bu yaklaşımlar, modern tıbbın yanında kullanılarak bütüncül sağlığı hedeflemekte ve hastaların rahatlaması, bağışıklık güçlenmesi gibi amaçlar taşımaktadır. İnsanlar ihtiyaçlarına uygun sağlık hizmetlerini seçme konusunda daha fazla yetki kazandıkça, sağlık hizmetleri de insan odaklı bakım sunma zorluğuna uyum sağlamak için sürekli olarak değişmektedir. İster hükümet öncülüğünde ister halk öncülüğünde olsun, geleneksel ve tamamlayıcı tıp ile modern tıbbı birleştiren bütüncülleştirici tıp uygulamaları giderek popülerlik kazanmaktadır (World Health Organization, 2025a).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT), çeşitli toplumların kültürel inançlarına, teorilerine ve deneyimlerine dayanan çok çeşitli sağlık uygulamaları ve ürünlerini içermektedir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, geleneksel bilgi, kültürel uygulamalar, tarih ve coğrafi bağlamlara derinlemesine yerleşmiştir (Kim, Kim, Shin, Jang, & Ko, 2020; Lakshmi vd., 2015). Yüzyıllardır geleneksel, yerel ve atalara ait bilgiler, hanelerde ve topluluklarda sağlığın ayrılmaz bir kaynağı olmuş ve birçok bölgede sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 194 Üye Devleti'nden 170'i bitkisel ilaçlar, akupunktur, yoga, yerli terapiler ve diğer geleneksel tıp sistemlerinin kullanımına ilişkin bildirimde bulunmaktadır. Birçok ülke geleneksel tıbbı değerli bir sağlık hizmeti kaynağı olarak tanımakta ve uygulamaları, ürünleri ve uygulayıcıları ulusal sistemlerine entegre etmek için adımlar atmaktadır (Traditional Medicine, 2023).

Günümüzde geleneksel tıbbın küresel bir olgu haline geldiği görülmektedir; talep artmakta, hastalar sağlıkları ve iyi oluşları üzerinde daha fazla yetki ve sahiplik aramakta ve daha bütünsel kişiselleştirilmiş sağlık hizmetleri talep etmektedir. Milyonlarca insan için,

¹ Öğr. Gör. Dr., Pamukkale Üniversitesi Çivril Atasay Kamer Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, ismailbiceer@gmail.com, ORCID: 0000-0003-1878-0546

özellikle uzak ve kırsal bölgelerde yaşayanlar açısından, kültürel olarak kabul edilebilir, erişilebilir ve uygun maliyetli bakım sunması nedeniyle geleneksel tıp hâlâ sağlık ve iyi oluş için ilk tercih olmaya devam etmektedir (Traditional Medicine, 2023). Buna karşın küresel sağlık araştırma fonlarının şu anda %1'inden azı geleneksel tıba ayrılmaktadır. Araştırmaya yapılan yatırım eksikliği, sağlam bir kanıt temeli oluşturma çabalarını zayıflatmaktadır. DSÖ'nün geleneksel tıp üzerindeki çalışmaları, politika ve uygulamaları, küresel standartları ve düzenlemeleri bilgilendirecek kanıt ve veri taleplerine ülke düzeyinden gelen yanıtlarla oluşmaktadır. GETAT uygulamaları 1990'lı yıllardan sonra dünya genelinde ve ülkemizde giderek artış göstermiştir. DSÖ'nün 2000 yılı verilerine göre GETAT uygulamalarının görülme sıklığı Afrika'da %80, Kanada'da %70, Avustralya'da %48, ABD'de %42, Belçika'da %38 ve Fransa'da %49 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde ise çalışma sayısının az olması nedeniyle kesin veriler bulunmamakla birlikte GETAT uygulamalarının görülme sıklığının %42-%70 aralığında olduğu belirtilmektedir (Tütüncü, 2017).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın sağlık sistemlerine, özellikle birincil sağlık hizmetlerine entegrasyonu, evrensel sağlık kapsamını ilerletmek ve küresel sağlık zorluklarını ele almak için, dünya genelinde sağlıkta eşitliği sağlama amacıyla giderek önemli bir strateji olarak görülmektedir (Hoenders vd., 2024; Park ve Canaway, 2019). 2018 yılında DSÖ üye devletlerinden 98'i geleneksel ve tamamlayıcı tıp konularında ulusal politikalar geliştirmiş, 109'u ulusal yasalar veya düzenlemeler yürürlüğe koymuş ve 124'ü bitkisel ilaçları düzenleyen düzenlemeler getirmiştir (World Health Organization, 2018). DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi 2014-2023, üye devletlere halk sağlığında geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın rolünü güçlendirmek için politika ve eylem planları geliştirmede destek olmayı amaçlamaktadır. Bu küresel stratejinin bir diğer önemli hedefi de geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı sağlık hizmetlerine ve öz bakım uygulamalarına entegre ederek evrensel sağlık kapsamını teşvik etmektir (World Health Organization, 2013). Aynı şekilde Küresel Geleneksel Tıp Stratejisi 2025-2034 de üye devletlerin ulusal kapasiteleri, öncelikleri, ilgili mevzuat, kültür ve koşullarına uygun olarak ulusal stratejik planlar ve eylemler tasarlama ve uygulamalarını desteklemeyi ve uygun olduğu hallerde, güvenli ve kanıta dayalı geleneksel, tamamlayıcı ve bütünleştirici tıbbı ulusal ve yerel sağlık sistemlerine entegre etmeyi amaçlamaktadır (World Health Organization, 2025a).

Optimal sonuçlara ulaşılabilmesi için, sağlık hizmetlerinin farklı tıbbi disiplinler arasında kesintisiz bir şekilde koordine edilmesi ve bireysel refahı önceliklendirmesi gerekmektedir. Güvenli, etkili ve sürdürülebilir GETAT uygulamalarının sisteme entegrasyonu, sağlık ve esenliği destekleyen bir yaklaşıma önemli ölçüde katkıda bulunabilir. Kanıta dayalı uygulamalar, sürekli kalite güvencesi ve düzenleyici mekanizmalar, GETAT'ın sağlık hizmetlerine etkin bir biçimde dahil edilmesini destekleyen temel unsurlardır.

2.GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIBBIN TANIMI VE KAPSAMI

Literatürde uzun süre devam eden terminoloji karmaşası ve özellikle alternatif tıp teriminin çağrıştırdığı bilim dışı algı, DSÖ gibi uluslararası kuruluşların yürüttüğü tartışmalar sonucunda kavramsal bir düzenlemeyi gerekli kılmıştır. DSÖ, bu bağlamda artık tedaviye alternatif olabileceği vurgusuyla Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp kavramını tercih etmektedir. Bu yeni isimlendirmedeki temel bakış açısı ve ayrım noktası, tıbbın kendisinin bir alternatifinin

olamayacağıdır. Zira tıp (yani bilimsel teşhis ve tedavi sistematigi), sağlık ve hastalığa dair en kapsamlı bilgiyi temsil etmektedir. Bu nedenle, bahsedilen yöntemler tüm tıbbi sürece alternatif olmak yerine, yalnızca mevcut bilimsel tedavilere ya da korunma yöntemlerine bir alternatif veya tamamlayıcı olabilir. Bu ayrım, geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerin modern tıbbın yetkisini ve temel prensiplerini reddetmediğini, aksine onun yanında veya yerine belirli tedavi seçenekleri sunduğunu netleştirmeyi amaçlamaktadır.

2.1. Dünya Sağlık Örgütü Tanımları ve Kavramlar

1990’lardan bu yana, GETAT uygulamalarının popülaritesi özellikle gelişmiş ülkelerde önemli ölçüde artmıştır. Bu küresel yükselişte; nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve kimyasal ilaçların olası olumsuz reaksiyonlarına yönelik artan toplumsal endişeler temel faktörler olarak görülmektedir. GETAT’a yapılan harcamaların önemli ve hızla büyüyor olması, bu alanı sadece kültürel bir miras değil, aynı zamanda küresel sağlık sistemi için kritik, ekonomik ve sosyal bir bileşen haline getirmiştir.

DSÖ’nün Küresel Geleneksel Tıp Stratejisi 2025-2034 belgesinde tanımlanan kavramlar, bu alandaki mevcut ve net yaklaşımı ortaya koymaktadır:

Geleneksel Tıp (GT): Farklı tarihi ve kültürel bağlamlardan kaynaklanan, uygulamalar, beceriler, bilgi ve felsefeleri kapsayan, sağlık bakımı ve esenliğe yönelik kodlanmış veya kodlanmamış sistemleri ifade etmektedir. Bu sistemler biyotıptan (modern tıp) ayrıdır ve ondan önceye dayanır; deneyime dayalı bir kökenden gelerek güncel kullanım için bilimle birlikte evrimleşmektedir. GT, zihin, beden ve çevre dengesini yeniden tesis etmek amacıyla doğa temelli tedavilere ve bütüncül, kişiselleştirilmiş yaklaşımlara vurgu yapmaktadır (World Health Organization, 2025a). Geleneksel tedavi yöntemleri ise genel tanımıyla, hastalıkların teşhisi, tedavisi veya sağlığın korunması amacıyla, farklı medeniyetlere özgü kuramlar, dini inanışlar ve geçmiş tecrübelerden süzülerek ortaya çıkmış olan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünü olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2019).

Tamamlayıcı Tıp (TT): Bir ülkenin ana akım tıbbının bir parçası olmayan, ek sağlık bakım uygulamalarını ifade etmektedir. Kanıta dayalı tamamlayıcı tıp, ana akım tıbbi destekleme potansiyeline sahiptir ve insanların sağlık ile iyilik hali ihtiyaçlarını daha kapsamlı biçimde karşılayabilir (World Health Organization, 2025a).

Alternatif Tıp: Tıp fakültesinde öğretilmeyen, sahada uygulanmayan, sağlık sigortası kapsamında olmayan ve kanıta dayalı herhangi bir etkinliği bulunmayan prosedür olarak tanımlanmaktadır (Talhaoğlu, 2021). Bu eleştirel tanım, DSÖ’nün bu terimi terk etme gerekçesini destekler niteliktedir.

2.2. Entegre Tıp ve Kavramsal Birleştirme

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüleri’nin bir parçası olan Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünsel Sağlık Merkezi, bu terapi ve teknikleri toplu olarak ifade etmek için “tamamlayıcı sağlık yaklaşımları” ifadesini, alternatif tıbbın modern tıbbı dahil edilmesini tartışmak için ise “entegre tıp” ifadesini kullanmaktadır. Bu noktada geleneksel ve tamamlayıcı tıp kavramları arasındaki ayrımları ortadan kaldırarak bu yaklaşımları bir araya getirmek amacıyla entegre tıp kavramı ve modeli kullanılmaya başlamıştır. Arizona Üniversitesi’nde bu modelin gelişiminde kilit rol oynayan isimlerden Victoria Maizes’e göre Entegre Tıp, “vücudun

doğuştan gelen iyileşme yeteneğine saygı duyan, hasta ve hekim arasındaki ilişkiye değer veren ve uygun olduğu durumlarda iyileşmeyi kolaylaştırmak için tamamlayıcı ve alternatif tıbbi entegre eden” bir yaklaşımdır. Bu model, tıbbi yalnızca hastalık tedavisine odaklanmaktan çıkararak, sağlık ve iyileşme eksenine yeniden konumlandırır. Entegre Tıp, hastaların kendi sağlık süreçlerine aktif olarak katılan, fiziksel bedenlerinin yanı sıra zihinleri ve ruhları ile de ele alınan bütüncül bireyler olarak görülmesini savunmaktadır (Hart, 2008). Entegre Tıp, DSÖ’nün Küresel Geleneksel Tıp Stratejisi 2025-2034’te, biyomedikal ve geleneksel ve/veya tamamlayıcı tıbbi bilgi, beceri ve uygulamaların birleşimiyle sağlık ve iyilik haline disiplinler arası ve kanıta dayalı bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2025a).

2.3. Küresel Terminografi

DSÖ, geleneksel tıp terimini, gelişmekte olan ülkelere (Afrika, Latin Amerika, Güneydoğu Asya ve/veya Batı Pasifik) özgü, tarihsel kökleri derin olan yerli tıp uygulamalarına (Geleneksel Çin Tıbbı, Hindu Ayurveda, Arap Unani ve çeşitli yerli tıp biçimleri) atfetmektedir. DSÖ, gelişmiş ülkelerden bahsederken tamamlayıcı ve alternatif tıp terimini kullanmaktadır (Xu & Chen, 2012). DSÖ’nün bu netleştirme çabalarına rağmen, küresel çapta terminoloji birliği sağlanamamıştır. Zira, ülkelerin geleneksel uygulamalara yönelik tutumlarına ve sağlık sistemlerine entegrasyon seviyelerine bağlı olarak, Geleneksel Tıp ve Tamamlayıcı Tıp kavramları yerine; halk hekimliği, doğal tıp, folklorik tıp, bütünsel tıp ve destekleyici tıp gibi farklı adlandırmalar da hâlen kullanılmaktadır (Mollahaliloğlu vd., 2015).

Ağırlıklı sağlık sistemi allopatik tıp (modern tıp) temelli olan ya da GT’nin ulusal sağlık sistemine dâhil edilmediği ülkelerde, GT “tamamlayıcı”, “alternatif” veya “konvansiyonel olmayan” tıp olarak adlandırılır. Geleneksel tıp terimi, dünyanın yerli sağlık geleneklerini ifade ederken; tamamlayıcı ve alternatif tıp terimi, biyomedikal ana akımın dışında kalan, bir ülkenin kendi geleneğinin parçası olmayan ve özellikle sanayileşmiş ülkelerde hâkim sağlık sistemine entegre edilmemiş sağlık uygulamalarını ifade etmektedir. Konvansiyonel tıp; modern tıp veya biyotıp olarak da adlandırılan, günümüzün standart sağlık sistemini ifade eder. Buna karşılık; doğal tıp, konvansiyonel olmayan tıp veya bütüncül tıp gibi terimler, bu standart sistemin dışındaki uygulamaları tanımlamak için kullanılır. Bazı literatürlerde; tamamlayıcı, alternatif ve konvansiyonel olmayan tıp terimleri, geleneksel tıp kavramı ile eş anlamlı olarak kullanılabilmektedir (Bent, 2008).

Journal of Alternative and Complementary Medicine’in kurucu editörü Dr. Micozzi, konuya dair felsefi bir bakış açısı sunarak, “Bilim ana akım ve alternatif terimlerini kullanmamalıdır. Bilim, bilimdir” demiştir. Bu yaklaşım, bir tedavi yönteminin değeri veya yeri hakkında kararın; kültürel geleneğe ya da sisteme entegrasyon düzeyine göre değil, yalnızca bilimsel kanıt düzeyine göre verilmesi gerektiğini savunmaktadır (Xu ve Chen, 2012). Bu entegre yaklaşım (entegre Tıp), nihayetinde daha güvenli, daha etkili ve hasta merkezli bir sağlık sistemine yol açacağı öngörülmektedir.

2.4. Türkiye’de GETAT Uygulamalarının Kapsamı ve Kategorizasyonu

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp alanında uluslararası eğilimlere paralel bir yaklaşım benimsemiştir. Türkiye mevzuatında bu

uygulamalar, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği (27 Ekim 2014, Sayı: 29158) adı altında resmileştirilmiştir. Türkiye, bu isimle DSÖ'nün alternatif tıp terimini dışlayan, entegre tıp modelini hedefleyen terminolojisini kullanmaktadır. Bu yönetmeliğin temel amacı, GETAT uygulamalarının kapsamını belirlemek, bu uygulamaları bilimsel ve etik kurallara uygun hale getirmek ve yetkisiz uygulamaların önüne geçerek hastaların güvenliğini sağlamaktır (Resmi Gazete, 2017).

Yönetmelik, güncel durumda 15 temel yöntemi yasal olarak tanımakta ve bu uygulamaların bütüncül bakış açısıyla uyumunu yansıtan, müdahale şekilleri ve bilimsel temel türlerine göre kategorizasyonunu göstermektedir (Tablo1).

Tablo 1. Yasal Olarak Tanınan GETAT Yöntemleri ve Sınıflandırmaları

Uygulama	Kısa Tanım	Kategorizasyon (Müdahale/Temel)
Akupunktur	Vücuttaki spesifik noktalara iğne batırılarak enerji ve iyileşme mekanizmalarının uyarılması.	İnvaziv/Enerjiye Dayalı
Kupa Uygulaması	Negatif basınç (vakum) yoluyla dolaşımın düzenlenmesi (ıslak veya kuru kupa).	Yarı-İnvaziv/Manuel
Sülük Uygulaması	Tıbbi sülüklerin salgıladığı biyoaktif maddelerle kan dolaşımının düzenlenmesi ve destekleyici tedavi.	Biyolojik Temelli/Yarı-İnvaziv
Ozon Uygulaması	Ozon gazının (O ₃) vücuda farklı yollarla verilerek dolaşım ve bağışıklığın desteklenmesi.	İnvaziv/Biyolojik Temelli
Fitoterapi	Bilimsel yöntemlerle hazırlanmış bitkisel kaynaklı ürünlerin tedavi amaçlı kullanılması.	Biyolojik Temelli
Mezoterapi	Çeşitli maddelerin (vitamin, mineral, ilaç) cildin orta tabakasına mikro enjeksiyonlarla uygulanması.	İnvaziv/Biyolojik Temelli
Proloterapi	Vücudun iyileşme sürecini tetiklemek amacıyla eklem ve bağ dokularına tahriş edici solüsyonların enjekte edilmesi.	İnvaziv/Biyolojik Temelli
Kayropratik	Omurga ve kas-iskelet sistemi bozukluklarının manipülasyon teknikleriyle teşhis ve tedavisi.	Manipülatif/Manuel
Osteopati	Kas, eklem ve bağ dokularına uygulanan manipülasyonlarla vücudun kendini iyileştirme gücünü destekleme.	Manipülatif/Manuel
Hipnoz	Kişinin dikkatini yoğunlaştırdığı, telkine açık bir trans hali oluşturularak kullanılması.	Zihin-Beden
Müzik Terapi	Tedavi ve rehabilitasyon amaçlı olarak müziğin ve müzikal öğelerin kullanılması.	Zihin-Beden
Apiterapi	Arı ürünleri (bal, polen, propolis vb.) kullanılarak yapılan tedaviler.	Biyolojik Temelli
Refleksoloji	El ve ayaklardaki belirli refleks bölgelerinin manuel olarak uyarılması.	Non-İnvazif/Manuel
Homeopati	Aşırı seyreltilmiş maddelerin, hastanın semptomlarına benzer semptomları tedavi etmek için kullanıldığı sistem.	Non-İnvazif/Biyolojik Temelli

Not: Bu tablo, T.C. Sağlık Bakanlığı "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" (27 Ekim 2014) esas alınarak hazırlanmıştır.

Bu kategorizasyon, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp'ın temel felsefesi olan bütüncül (holistik) bakış açısının uygulama düzeyinde nasıl gerçekleştiğini net bir şekilde göstermektedir. Holistik yaklaşım, insanı yalnızca biyolojik bir varlık olarak değil, ruh, zihin ve beden bütünlüğü içinde ele alır ve sağlığı bu boyutlar arasındaki uyum ve denge durumu olarak tanımlamaktadır. Geleneksel yaklaşımlar, hastalığın sadece yüzeysel semptomlarını değil, bu bütünlüğü bozan kök nedenleri ve dengesizlikleri hedef almaktadır. Tablo 1'de

sınıflandırılan uygulamalar, bütüncül sağlığın farklı katmanlarına doğrudan müdahale etmektedir:

- *Zihin-Beden Uygulamaları (Hipnoz, Müzik Terapi):* Duygusal dengeyi, stresi ve zihinsel durumu yöneterek iyileşme sürecine doğrudan zihinsel ve ruhsal boyutta katkı sağlamaktadır. Bu yöntemler, psikolojik refahın fizyolojik süreçler üzerindeki etkisini optimize etmeyi amaçlamaktadır.
- *Manipülatif ve Manuel Uygulamalar (Kayropraktik, Osteopati):* Bedenin yapısal bütünlüğüne, hareket mekaniğine ve sinir sistemi işlevine odaklanarak fiziki dengeyi ve hareket özgürlüğünü yeniden kurmaktır.
- *Biyolojik Temelli Uygulamalar (Fitoterapi, Ozon, Sülük):* Vücudun kimyasal dengesini, dolaşımını ve doğal iyileşme gücünü destekleyerek biyolojik boyutta etki etmektedir. Bu uygulamalar, doğadan gelen maddelerle vücudun kendini onarma yeteneğini tetiklemektedir.

Bu disiplinler arası çeşitlilik, modern tıbbın sıklıkla odaklandığı indirgemeci (reductionist) yaklaşımdan farklı olarak, hastanın tüm boyutlarına aynı anda hitap etme ve böylece daha güvenli ve etkili bir hasta merkezli sağlık sistemi oluşturma kararlılığını pekiştirmektedir. Türkiye'nin bu kadar geniş bir yelpazeyi yasal olarak tanınması, bütüncül bir sağlık anlayışına verdiği önemi göstermektedir.

3.DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE TARİHSEL GELİŞİM

3.1. Dünyada GETAT

GETAT, antik uygarlıklardan modern sağlık sistemlerine uzanan uzun bir evrim geçirmiştir. Kökeni M.Ö. 3000'lere dayanan Çin akupunktur ve Ayurveda gibi sistemler, Asya'da bütüncül yaklaşımlarla gelişirken, Batı'da Hipokrat dönemi hacamat, bitkisel tedaviler ve masaj uygulamaları ön plana çıkmaktadır. 19. yüzyılda biyotıbbın yükselişiyle alternatif olarak ayrıışan bu uygulamalar, endüstriyel devrim sonrası kentleşme ve kronik hastalık artışıyla 20. yüzyılda yeniden popülerlik kazanmış, halk arasında konvansiyonel tıbbın sınırlarını aşan tamamlayıcı seçenekler olarak konumlanmıştır (Biçer & Balçık, 2019). Geleneksel ve alternatif tıp kavramları, Avrupa'da 19. yüzyılda, biyotıbbın yanında varlığını sürdüren fakat ondan farklılaşan teşhis ve tedavi yaklaşımlarını adlandırmak için ortaya çıkmıştır. Bu alan; geleneksel, alternatif ya da tamamlayıcı tıp başlıkları altında toplanan, birbirinden oldukça farklı uygulamaları barındıran, sınırları belirsiz bir kategori niteliğindedir. Kavramın kendisi ilk olarak ABD, Kanada ve İngiltere gibi İngilizce konuşulan ülkelerde geliştirilmiş, ardından başka ülke ve dillere de benzer biçimde aktarılmıştır. Günümüzde de “geleneksel” ve “tamamlayıcı” tıp terimlerinin, Çin, Japonya, Hindistan gibi Asya ve Doğu Asya ülkelerine kıyasla Batı toplumlarında daha sık kullanıldığı görülmektedir (Polat, 2025).

Geleneksel tıp uygulamaları ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye büyük farklılıklar göstermektedir. Çünkü kültür, tarih, kişisel tutumlar ve felsefe gibi etkenlerden etkilenmektedir. Birçok durumda, bunların kuramları ve uygulamaları, konvansiyonel tıptan oldukça farklılık göstermektedir. Geleneksel tıpta hastalığın önlenmesi, tanısı, iyileştirilmesi ve tedavisi ile ilgili kuram ve kavramlar (hem bitkisel ilaçlar hem de geleneksel girişim temelli tedaviler) tarihsel

olarak hasta bireye yönelik bütüncül bir yaklaşıma dayanmakta ve bozukluklar fiziksel, duygusal, zihinsel, ruhsal ve çevresel düzeylerde aynı anda, kültürel arka plan dikkate alınarak ele alınmaktadır. Sonuç olarak, geleneksel tıp sistemlerinin çoğu bitkisel ilaçlar veya geleneksel girişim temelli tedavilerle, sağlıklı beslenmeyi ve alışkanlıkları teşvik eden belirli davranışsal kuralları birlikte kullanılmaktadır.

Geleneksel tıp, yalnızca gelişmekte olan ülkelerde yoksulların birinci basamak sağlık hizmeti için kullanılmaya devam etmekle kalmayıp, aynı zamanda konvansiyonel tıbbın ulusal sağlık sistemi içinde baskın olduğu ülkelerde de kullanılmaktadır. Pek çok yüzyıla yayılan varlığına ve son on yıldaki yaygın ve kapsamlı kullanımına karşın, geleneksel tıp çoğu ülkede resmen tanınmamıştır. Geleneksel tıp uygulamalarının uzun tarihsel geçmişi, kuşaktan kuşağa aktarılan deneyim de dâhil olmak üzere, geleneksel tıbbın güvenliğini ve etkinliğini göstermiştir. Bununla birlikte, uzun süredir yerleşik uygulamalardan elde edilen bilgi ve deneyim de göz önünde bulundurularak, güvenliği ve etkinliği hakkında ek kanıt sağlamak için geleneksel tıbbın bilimsel araştırması ve değerlendirilmesi gereklidir (Mordeniz, 2019). Geleneksel tıbbın dünya çapında kullanımındaki muazzam artışla birlikte, bitkisel ilaçların ve geleneksel girişim temelli tedavilerin güvenliği ve etkinliği ile kalite kontrolü hem sağlık otoriteleri hem de kamu için önemli bir kaygı hâline gelmiştir. Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp, halkın farkındalığında ve tıp araştırmacılarının gündeminde giderek artan bir paya sahiptir. Birçok sanayileşmiş ülkede nüfusun yaklaşık yarısı GETAT kullanmaktadır; örneğin ABD’de %42, Avustralya’da %48, Fransa’da %49, Kanada’da %70 oranında; bu oran gelişmekte olan ülkelerde ise Çin’de %40, Şili’de %71, Kolombiya’da %40 ve Afrika ülkelerinde %80’e kadar çıkabilmektedir. Hükümetler ve araştırmacılar başta olmak üzere pek çok kesim, DSÖ’den, geleneksel tıbbın doğru biçimde kullanılıp kullanılmadığını saptamak ve geleneksel tıbbın araştırılması ile değerlendirilmesinin nasıl yürütüleceğini belirlemek için standartlar, teknik rehberlik ve bilgi sağlamasını giderek daha çok talep etmektedir.

1991 yılından bu yana DSÖ, bitkisel ilaçların değerlendirilmesine yönelik kılavuzlar, bitkisel ilaçların güvenliği ve etkinliğinin değerlendirilmesine ilişkin araştırma kılavuzları ve akupunktur üzerine klinik araştırma kılavuzları gibi bir dizi teknik kılavuz geliştirmiş ve yayımlamıştır. Ancak bu kılavuzlar, geleneksel tıbbın araştırılması ve değerlendirilmesindeki çok sayıdaki zorlu konuyu kapsamak için hâlâ yeterli değildir. 1997’de, ABD Maryland, Bethesda’daki Ulusal Sağlık Enstitüleri Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi’nin desteğiyle, DSÖ’nün gayri resmî bir toplantısında geleneksel tıbbın araştırılması ve değerlendirilmesine yönelik yöntem taslak kılavuzları geliştirilmiştir (World Health Organization, 2004). 1999–2018 yılları arasında DSÖ üye devletler arasında GETAT ulusal politikalarının gelişimindeki sürekli bir artış yaşanmıştır. GETAT konusunda ulusal bir politikası bulunan ülke sayısı 1999’da 25, 2005’te 45, 2012’de 79 ve 2018 yılına gelindiğinde, 194 üye devletin yarısından fazlasını oluşturan toplam 98 ülkeden oluşmaktadır (World Health Organization, 2019).

Alma-Ata (1978) ve Astana (2018) Bildirgeleri’nden, Evrensel Sağlık Kapsamına İlişkin Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nun 74/2 (2019) ve 78/4 (2023) sayılı kararlarına uzanan süreçte biriken kanıtlar, hükümetleri güvenli ve kanıta dayalı GETAT uygulamalarını ulusal sağlık sistemlerine entegre etmenin yollarını araştırmaya çağırmaktadır. Bu belgeler, geleneksel tıbbın erişilebilirliği artırma ve bütüncül yaklaşımları güçlendirme potansiyelini

vurgulamaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, GETAT'ın birinci basamak sağlık hizmetlerindeki rolü bu çağrıların merkezindedir. Son otuz yılda DSÖ, GETAT alanındaki küresel gelişimi çeşitli boyutlarıyla izlemiştir. Bitkisel ilaçların düzenlenmesine ilişkin ilk kapsamlı değerlendirmeler (1998), GETAT'ın hukuki statüsünü inceleyen çalışmalar (2001), ulusal politika ve düzenlemelere yönelik anketler (2005), GETAT'ın küresel dağılımı ve kullanımını haritalandıran küresel atlas (2005) ve bunu izleyen küresel GETAT raporu (2019) bu süreçte öne çıkan başlıca çalışmalardır. Birlikte ele alındığında bu raporlar, ülkeler arasındaki politikalar, düzenleyici çerçeveler ve uygulama modellerine ilişkin önemli ve karşılaştırmalı içgörüler sunmaktadır (World Health Organization, 2025b). 2025 yılında gerçekleştirilen 78. Dünya Sağlık Asamblesi, 2025–2034 dönemini kapsayan DSÖ Küresel Geleneksel Tıp Stratejisi'ni benimsemiş ve bu kapsamda; sağlam araştırmalar ve veriyle desteklenen GETAT kanıt temelinin güçlendirilmesi, uygun düzenleyici mekanizmalar yoluyla kalite ve güvenliğin artırılması, Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı'nı ilerletecek biçimde sağlık sistemlerine entegrasyonun teşvik edilmesi ve kapsayıcı faydalar ile sürdürülebilir kalkınmayı desteklemek üzere sektörler arası ortaklıkların ve toplum katılımının genişletilmesi gibi stratejik hedefler ortaya konmuştur. Bu stratejik hedeflere ulaşılabilmesi için üye devletler, standartlaştırılmış, güvenilir ve karşılaştırılabilir verilere duyulan ihtiyacı kabul etmektedir. Söz konusu küresel anket ve buna bağlı gösterge panelleri, GETAT verilerinin; Uluslararası Hastalık Sınıflandırması ICD-11 dâhil olmak üzere küresel veri standartlarıyla uyumlu hâle getirilmesi, rutin sağlık bilgi sistemlerine, nüfus temelli araştırmalara, tesis temelli raporlamaya ve kullanıcı geri bildirimlerine dâhil edilmesi yönündeki çabaların temel unsurlarından birini oluşturmaktadır. Birlikte ele alındığında bu veri kaynakları, dünya genelinde GETAT'a erişim, kullanım, güvenlik, kalite ve sonuçlara ilişkin kapsamlı bir tablo ortaya koyma potansiyeline sahiptir (World Health Organization, 2025b). Bu entegrasyon sürecinin dünya genelinde hız kazanmasıyla birlikte DSÖ, artık yalnızca birbirini tamamlayan ilaçlar ve tıbbi yaklaşımlar üzerinde değil, aynı zamanda giderek artan ölçüde bütünleşen uygulamalar üzerinde de yoğunlaşmaktadır.

3.2. Türkiye'de GETAT

Türkiye'de GETAT hizmet sunumuna ilişkin kurumsal altyapı büyük ölçüde genişlerken, toplumdaki kullanım yaygınlığının da oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde, Türkiye'de GETAT kullanım oranı %60,5 olarak saptanmış; bu bulgu, yetişkin nüfusun önemli bir bölümünün yaşamının herhangi bir döneminde en az bir geleneksel veya tamamlayıcı tıp yöntemine başvurduğunu göstermiştir (Biçer ve Balçık, 2019). Söz konusu oran, mevzuat ve merkez sayılarındaki artışın, halkın GETAT'a yönelik talebiyle paralel seyrettiğini ortaya koyması bakımından dikkat çekicidir.

Türkiye'de geleneksel tıp uygulamalarının ilk yasal çerçevesi, 1991 yılında yayımlanan Akupunktur Tedavi Yönetmeliği ile atılmıştır. 2001 yılında İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde Tamamlayıcı Tıp Bölümü kurulmuş; 2003 yılında ise Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Danışma Kurulu kurulmuştur (Kalyon, 2007). Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2012'de Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuş; 2014 reformuyla ise "Alternatif" ifadesi kaldırılarak Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları (GETAT) Daire Başkanlığı adıyla yeniden yapılandırılmıştır (Polat, 2025). Türkiye'de GETAT uygulamalarının yaygınlaşması, farklı kurumlar, kuruluşlar ve sağlık profesyonelleri arasında

devam eden tartışmalara rağmen hız kesmeden ilerlemektedir. Sağlık Bakanlığı GETAT Daire Başkanlığı, bu alandaki güncel verileri yıllık raporlarla kamuoyuyla paylaşmaktadır. 2015'te 12 uygulama merkezi ve 35 üniteyle sınırlıyken, 2018'de bu rakamlar 56 merkeze ve 549 üniteye yükselmiş; 2022'de ise 75 merkez ve 1949 üniteye ulaşmıştır. 2024 verilerine göre, Sağlık Bakanlığı ve üniversitelere bağlı toplam 79 GETAT uygulama merkezi ile %71'ini muayenehanelerin oluşturduğu 2410 ünite faaliyet göstermektedir. Bu ünitelerin yaklaşık yarısı (1068 adet) Marmara Bölgesi'nde yoğunlaşmış olup; İç Anadolu'da 489, Ege'de 336, Akdeniz'de 273, Karadeniz'de 132, Güneydoğu Anadolu'da 64 ve Doğu Anadolu'da 48 ünite bulunmaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022). Bu dağılım, nüfus yoğunluğu ve altyapı gelişmişliğine paralel bir yayılmayı yansıtmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2024 Performans Programı'nda, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kanıta dayalı standartlarla ulusal ve uluslararası düzeyde güvenli kullanımının yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Bu çerçevede, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, usulsüz ve yetersiz bilgiye dayalı uygulamaları önlemek amacıyla 27 Ekim 2014'te ilgili yönetmeliği Resmî Gazete'de yayımlamıştır. Yönetmelik uyarınca, yalnızca hekimler ve diş hekimleri bu yöntemleri uygulayabilir; ayrıca belirli eğitim programlarını başarıyla tamamlayan sağlık profesyonellerine yetki tanınmıştır (Dinçer, 2025).

4. SAĞLIK YÖNETİMİ DİSİPLİNİ AÇISINDAN GETAT'IN ÖNEMİ

Sağlık yönetimi disiplini, yalnızca hastane operasyonlarını koordine etmek değil, aynı zamanda değişen hasta beklentilerini ve küresel sağlık trendlerini stratejik bir vizyonla yönetmektir. Günümüzde GETAT, marjinal bir alan olmaktan çıkarak “Bütünleşik Tıp” kavramı altında modern sağlık sistemlerinin merkezine yerleşmiştir. (Adams, 2007). Geleneksel tıp ile modern biyomedikal yaklaşımların kanıta dayalı bir şekilde birleştirilmesi olarak tanımlanan bütünleşik tıp, sağlık yöneticileri için hastayı sadece biyolojik bir mekanizma değil; zihin, beden ve ruh bütünü olarak ele alan yeni bir yönetim paradigması sunmaktadır. Bu dönüşüm, yöneticilerin hizmet sunum modellerini hastalık odaklı yapıdan sağlık ve iyilik hali odaklı yapıya kaydırmasını zorunlu kılmıştır (Navarra, 2004).

Sağlık yöneticileri açısından GETAT'ın en somut önemi ekonomik büyüklüğüdür. Küresel pazarda GETAT uygulamalarına yapılan harcamalar milyarlarca doları bulmaktadır. Örneğin, ABD'de yapılan araştırmalar, tüketicilerin GETAT pratisyenlerine yaptığı ziyaret sayısının (yaklaşık 629 milyon), birinci basamak hekim ziyaretlerini (386 milyon) geride bıraktığını göstermektedir. Bu durum, sağlık kurumları için devasa bir “cepten harcama” pazarı anlamına gelmektedir (Robson, 2020). Ekonomik yönetim açısından GETAT, maliyet-etkililik ve maliyet minimizasyonu analizlerinde kritik bir rol oynar. Bazı GETAT uygulamalarının (örneğin kronik ağrı yönetiminde akupunktur veya kaygı yönetiminde gevşeme terapileri), pahalı teknolojik müdahalelere veya uzun süreli ilaç kullanımına göre daha düşük maliyetli alternatifler sunabildiği gözlemlenmiştir. Sağlık yöneticileri, bu hizmetleri kurumsal yapıya dahil ederek hem kurumun finansal sürdürülebilirliğini artırabilir hem de sınırlı sağlık kaynaklarının daha verimli dağılımını sağlayabilirler (Kayne, 2009).

GETAT hizmetlerinin sunumu, geleneksel hastane yapısından farklı bir klinik tasarım ve iş akışı gerektirir. Sağlık yöneticileri; hekimlerin, hemşirelerin ve GETAT pratisyenlerinin bir arada çalıştığı çok disiplinli ekipleri koordine etmekle yükümlüdür. Kaynaklar, bu iş birliği

sürecinde yedi farklı etkileşim modeli (paralel, danışma, iş birlikçi, koordineli, çok disiplinli, disiplinler arası ve bütünleşik) tanımlamaktadır. Yöneticinin görevi, kurumun kültürel ve operasyonel yapısına en uygun modeli seçerek hasta güvenliğini ve hizmet kalitesini optimize etmektir (Kayne, 2009). Klinik tasarımında, GETAT hastalarının beklentilerine uygun olarak daha uzun konsültasyon süreleri (genellikle 40-90 dakika) ve hastayı merkeze alan bir ortam planlanmalıdır. Ayrıca, sosyal hizmet modeli çerçevesinde hasta destek grupları ve akran danışmanlığı gibi yapıların kurulması, hastanın tedaviye uyumunu ve memnuniyetini artıran yönetsel stratejilerdir.

GETAT uygulamalarının sağlık yönetimi disiplinindeki en büyük zorluklarından biri, hizmetlerin standartlaştırılması ve uygulayıcı yetkinliklerinin doğrulanmasıdır. Yöneticiler, diploma değirmenleri olarak adlandırılan sahte eğitim kurumlarından alınan yetkisiz sertifikalara karşı dikkatli olmalı ve yalnızca akredite kurumlardan eğitim almış personeli istihdam etmelidir (Snyder, 2007). GETAT uzmanlarının lisanslanması ve uygulama sınırlarının belirlenmesi, kurumsal risk yönetiminin temelini oluşturur. Sağlık yöneticileri, personelin uygun klinik protokolleri izlediğinden ve yasal düzenlemelere uyduğundan emin olmak için sürekli denetim mekanizmaları kurmalıdır. Özellikle bitkisel ürünlerin standardizasyonu ve ilaç etkileşimleri konusundaki riskler, hastane eczaneleri ve farmakovijilans birimleri tarafından sıkı takip edilmelidir.

GETAT uygulamaları, beraberinde ciddi malpraktis ve hukuki sorumluluk riskleri getirir. Yöneticiler için en kritik alanlardan biri bilgilendirilmiş onam sürecidir. Hastanın, önerilen GETAT yönteminin riskleri, faydaları ve kanıta dayalı durumu hakkında tam olarak bilgilendirilmesi, kurumu olası davalardan korur. Ayrıca, yanlış teşhis veya tedavide gecikme riskleri de yönetsel bir endişe kaynağıdır. Bir GETAT pratisyeninin, hastadaki ciddi bir semptomu (örneğin beyin tümörü kaynaklı baş ağrısını) sadece tamamlayıcı yöntemlerle yönetmeye çalışması ve tıbbi yönlendirme yapmaması, kurum için ağır hukuki sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle yöneticiler, GETAT ve konvansiyonel tıp arasında kesintisiz bir iletişim köprüsü kurmalı ve hastaların GETAT kullanımını hekimlerine bildirmelerini teşvik eden protokoller oluşturmalarıdır (Snyder, 2007).

Sağlık yönetimi, hastanın değerlerine ve inançlarına saygı duyma sanatıdır. GETAT kullanıcıları genellikle daha eğitilmiş, kendi sağlığı üzerinde kontrol sahibi olmak isteyen ve bütüncül yaklaşımlara inanan bireylerdir. Sağlık yöneticileri, bu hasta grubunun sadakatini kazanmak için kurumsal hizmetleri hastanın dünya görüşüyle uyumlu hale getirmelidir. Hatırlanan iyilik hali ve plasebo etkisinin iyileşme sürecindeki gücü, sağlık yönetiminde hasta memnuniyetini artıran psikolojik faktörler olarak yönetilmelidir.

Türkiye’de GETAT, kamu, özel ve üniversite hastaneleri bünyesinde açılan uygulama merkezleri aracılığıyla sisteme dahil edilmiştir. Bu model, DSÖ’nün geleneksel tıbbın ulusal sağlık sistemlerine entegre edilmesi yönündeki stratejik hedefleriyle tam bir uyum içerisindedir. Sağlık yöneticileri açısından bu durum, kontrolsüz ve denetimsiz bir alanı, güvenlik ve kalite standartlarının uygulandığı modern bir sağlık tesisi ortamına taşımak anlamına gelmektedir. Böylece, hastaların güvenli olmayan uygulamalardan korunması ve tedavilerin profesyonel bir denetim altında yürütülmesi hedeflenmektedir.

Sağlık yönetimi disiplini açısından GETAT; dağınık bir pazarın kontrol altına alınması, hasta güvenliğinin sağlanması ve maliyet-etkin bir hizmet modelinin inşası anlamına gelir. Sağlık yöneticisi, bu süreçte sadece bir idareci değil, aynı zamanda farklı iyileşme geleneklerini bilimsel bir süzgeçten geçirerek hastaya sunan stratejik bir entegratördür. GETAT'ın kurumsal sisteme dahil edilmesi; yasal riskleri minimize eden, etik standartları koruyan ve hastayı merkeze alan bir vizyonla mümkün olabilir. Geleceğin sağlık sistemleri, bu iki dünyayı (geleneksel ve modern) doğru koordine edebilen yöneticilerin elinde şekillenecektir (Adams, 2007).

KAYNAKÇA

- Adams, J. (2007). *Researching complementary and alternative medicine*. Routledge London. Retrieved from <https://api.taylorfrancis.com/content/books/mono/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9780203019986&type=googlepdf>
- Bent, S. (2008). Herbal medicine in the United States: Review of efficacy, safety, and regulation: grand rounds at University of California, San Francisco Medical Center. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 854–859.
- Biçer, İ., & Balçık, P. Y. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye Ve Seçilen Ülkelerinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 245–257.
- Dinçer, M. (2025). Sağlık Turizminde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp. *Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN*, 12.
- Hart, J. (2008). *Alternative vs. Traditional Medicine: Similarities, Differences, and How to Bridge the Gap*. Retrieved from <https://www.empowher.com/media/reference/alternative-vs-traditional-medicine-similarities-differences-and-how-bridge-gap>
- Hoenders, R., Ghelman, R., Portella, C., Simmons, S., Locke, A., Cramer, H., ... Jong, M. (2024). A review of the WHO strategy on traditional, complementary, and integrative medicine from the perspective of academic consortia for integrative medicine and health. *Frontiers in Medicine*, 11, 1395698.
- Kalyon, T. A. (2007). Akupunktur Tedavisi. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53.
- Kayne, S. B. (2009). *Complementary and alternative medicine*. Pharmaceutical Press.
- Kim, J. K., Kim, K. H., Shin, Y. C., Jang, B.-H., & Ko, S.-G. (2020). Utilization of traditional medicine in primary health care in low- and middle-income countries: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 35(8), 1070–1083. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa022>
- Lakshmi, J. K., Nambiar, D., Narayan, V., Sathyanarayana, T. N., Porter, J., & Sheikh, K. (2015). Cultural consonance, constructions of science and co-existence: A review of the integration of traditional, complementary and alternative medicine in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 30(8), 1067–1077. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu096>

- Mollahaliloğlu, S., Uğurlu, F. G., Kalaycı, M., & Öztaş, D. (2015). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında yeni dönem. *Ankara Medical Journal*, 15(2). Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/amj/article/21587>
- Mordeniz, C. (2019). *Traditional and complementary medicine*. BoD–Books on Demand.
- Navarra, T. (2004). *The Encyclopedia of Complementary and Alternative Medicine*. Infobase Publishing.
- Park, Y. L., & Canaway, R. (2019). Integrating Traditional and Complementary Medicine with National Healthcare Systems for Universal Health Coverage in Asia and the Western Pacific. *Health Systems & Reform*, 5(1), 24–31. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1539058>
- Polat, A. (2025). Batı’da ve Türkiye’de Biyotıp ile Geleneksel, Alternatif, Tamamlayıcı Tıbbın Ayrıştırılması ve Entegrasyonu. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 15(1), 45–54.
- Resmi Gazete. (2017). GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI YÖNETMELİĞİ. Retrieved 7 December 2025, from <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20164&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Robson, T. (2020). *Introduction to complementary medicine*. Routledge.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2022). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı Mevzuat. Retrieved 14 December 2025, from <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-8459/mevzuat.html>
- Snyder, L. (2007). *Complementary and alternative medicine: Ethics, the patient, and the physician*. Springer Science & Business Media.
- Talhaoğlu, D. (2021). Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 3(1), 16–29.
- Traditional medicine. (2023). Retrieved from Geneva: World Health Organization website: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/traditional-medicine>
- Tütüncü, S. (2017). *Tıbbın Alternatifi Olmaz! Geleneksel Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- World Health Organization. (2004). Global atlas of traditional medicine: Proceedings of an international meeting, 17–19 June 2003. *Kobe, Japan: WHO*.
- World Health Organization. (2013). WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Retrieved 6 December 2025, from <https://iris.who.int/items/72a7bdbd-471b-4859-90e0-5f05d81c275c>
- World Health Organization. (2018). Traditional and complementary medicine in primary health care. Retrieved 6 December 2025, from <https://iris.who.int/items/3a304f4d-c1c6-44c7-8c8a-7f4767ec5f25>

- World Health Organization. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization. Retrieved from [https://www.google.com/books?hl=tr&lr=&id=WHOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=World+Health+Organization.+\(2019\).+WHO+global+report+on+traditional+and+complementary+medicine+2019.&ots=h3iou95XjI&sig=tpD9Ev7iyJJ4mrkS7mqfhyvB3Dc](https://www.google.com/books?hl=tr&lr=&id=WHOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=World+Health+Organization.+(2019).+WHO+global+report+on+traditional+and+complementary+medicine+2019.&ots=h3iou95XjI&sig=tpD9Ev7iyJJ4mrkS7mqfhyvB3Dc)
- World Health Organization. (2025a). Global traditional medicine strategy 2025-2034. Retrieved 7 December 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176>
- World Health Organization. (2025b). *WHO global report on traditional, complementary and integrative medicine 2024*. World Health Organization. Retrieved from <https://www.google.com/books?hl=tr&lr=&id=N9uYEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=History+of+traditional+and+complementary+medicine+2025&ots=0USbrTxy3q&sig=mzGpw39W96ZAMdgNdKBSujHz2QA>
- Xu, H., & Chen, K. (2012). Complementary and alternative medicine: Is it possible to be mainstream? *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 18(6), 403–404.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE GETAT POLİTİKALARI

VE

MEVZUAT ÇERÇEVESİ

Esra SEVİMLİ¹

1. GİRİŞ

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamaları, Türkiye’de sağlık sisteminin gelişimiyle yeniden tanımlanarak bilimsel ve denetlenebilir bir sağlık hizmet alanına dönüşmüştür. Uzun yıllar kültürel bir pratik olarak sürdürülen bu uygulamalar, artan toplumsal talep ve küresel eğilimlerle birlikte, DSÖ’nün güvenli entegrasyon yaklaşımı doğrultusunda ulusal sağlık politikalarına dahil edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022; 2023).

Sağlık alanında uygulanan dönüşüm politikaları, hizmet çeşitliliğini artıran ve hasta güvenliğini merkeze alan bir anlayışı ön plana çıkarmış; bu doğrultuda, geleneksel tıp uygulamalarının da yasal bir çerçeveye oturtulması gereklilik haline gelmiştir. 2014 tarihli “*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*”, uygulama standartlarını, uygulayıcı niteliklerini ve denetim esaslarını belirleyerek GETAT uygulamalarını yasal bir statüye taşımıştır (Resmi Gazete, 2014a).

Türkiye’de GETAT uygulamaları, yalnızca geleneksel bir sağlık yaklaşımı değil; kanıta dayalı, planlı ve kamu otoritesi tarafından düzenlenen bir politika alanı olarak değerlendirilmektedir. Bu kitap bölümü, söz konusu yapının kurumsallaşma sürecini, sağlık politikalarına yansımalarını ve mevcut mevzuatın oluşturduğu hukuki çerçeveyi bütüncül biçimde incelemektedir.

2. SAĞLIK BAKANLIĞI POLİTİKALARI VE STRATEJİK PLANLARDA GETAT

2.1. Sağlık Bakanlığı’nın GETAT Vizyonu: Kanıta Dayalı Entegrasyon Yaklaşımı

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın GETAT uygulamalarına yönelik yaklaşımı, modern tıbbın alternatifi bir sağlık modeli oluşturmak yerine, bilimsel temellere dayalı tamamlayıcı bir entegrasyon anlayışına dayanmaktadır. Sağlık politikalarında yaşanan dönüşüm süreciyle birlikte, GETAT uygulamaları sağlık hizmet sunumunun bütüncül yapısı içinde değerlendirilmeye başlanmış; birey merkezli sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, koruyucu ve destekleyici yöntemlere yönelik artan toplumsal talep ve geleneksel uygulamalara yönelim, bu alanın sağlık sistemi içerisinde tanımlanmasını ve düzenleyici bir çerçeveye kavuşturulmasını zorunlu hale getirmiştir. Bu kapsamda benimsenen “*modern tıbbı reddetmeyen, kanıta dayalı entegrasyon*” yaklaşımı GETAT uygulamalarının bilimsel geçerlilikleri ölçüsünde modern tıbbi

¹ Dr. Öğretim Üyesi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, esrasevimli@arel.edu.tr, ORCID: 0000-0001-7119-0882

destekleyici unsurlar olarak değerlendirilmesini esas almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022; 2023).

Bu vizyonun politika düzeyinde somutlaştığı temel düzenleme, 2014 yılında yürürlüğe giren “*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*” olup, uygulayıcıların nitelikleri, uygulama merkezlerinin fiziki ve teknik standartları ile denetim mekanizmaları açık biçimde belirlenmiştir (Resmi Gazete, 2014a). Söz konusu düzenleme ile Sağlık Bakanlığı’nın 2019-2023 ve 2024-2028 Stratejik Planları birlikte değerlendirildiğinde, GETAT uygulamalarının yalnızca yetkilendirilmiş sağlık kuruluşlarında, hasta güvenliği ve bilimsel denetim ilkeleri doğrultusunda sunulmasının hedeflendiği görülmektedir. Bu çerçevede standartlaşma, eğitim, akreditasyon ve bilimsel araştırmalar yoluyla alanın kurumsal yapısının güçlendirilmesi amaçlanmıştır; GETAT uygulamalarının bilimsel temelli, denetlenebilir ve bütüncül bir sağlık hizmeti alanı olarak ulusal sağlık sistemine entegrasyonu esas alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2022; 2023).

2.2. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planlarında GETAT: Hedefler, Göstergeler ve Stratejiler

Sağlık Bakanlığı Stratejik Planlarında (2019-2023; 2024-2028) GETAT, modern tıbbın alternatifi olarak değil; hasta güvenliği, hizmet kalitesi, standardizasyon ve kanıta dayalı uygulama ilkeleri doğrultusunda, sağlık sistemi içinde yönetilmesi gereken bir politika alanı olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, alanın yalnızca yaygınlaştırılmasını değil, aynı zamanda uygulama standartlarının belirlenmesi, bilimsel üretimin teşvik edilmesi ve güvenli kullanımın ulusal ve uluslararası çalışmalarla desteklenmesini öngörmektedir. Bakanlık, stratejik plan dönemlerinde GETAT’a ilişkin hedef ve performans göstergelerini, sağlık hizmetlerinin kalite, güvenlik ve bütüncüllük ilkeleriyle ilişkilendirerek geliştirmiş; böylece bu alanın kurumsallaşma sürecine yön veren bir politika çerçevesi oluşturmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Sağlık Bakanlığı’nın 2019-2023 Stratejik Planı’nda GETAT, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve bütüncül bir hizmet modeli geliştirmek amacıyla “*Amaç 4: Sağlık hizmetlerinde bütünlük sağlığı hizmet modelini hayata geçirmek*” başlığı altında ele alınmıştır. Bu kapsamda, “*Hedef 4.1: Bulaşıcı olmayan hastalıkların erken teşhisi ve bu hastalıklara bağlı komplikasyonların yönetiminde etkinliği artırmak*” çerçevesinde GETAT uygulamaları, sağlık sisteminin destekleyici unsurlarından biri olarak değerlendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Hedef 4.1 doğrultusunda, GETAT uygulamalarının yaygınlaştırılması, kurumsal kapasitesinin güçlendirilmesi ve bilimsel temele dayandırılması amacıyla üç performans göstergesi tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2022):

PG4.1.15: GETAT Uygulama Merkezi Sayısı: 2018 yılında 56 olan merkez sayısının 2023 yılı sonunda 95’e çıkarılması hedeflenmiştir.

PG4.1.16: Yeni Kurulmuş GETAT Uygulama ve Araştırma Merkezi Sayısı: Araştırma odaklı merkez sayısının 2023’e kadar 4’e ulaşması öngörülmüştür.

PG4.1.17: GETAT Uygulamaları Bilimsel Çalışma Sayısı: GETAT alanındaki kanıta dayalı verileri artırmak amacıyla 2018’de 24 olan yıllık bilimsel çalışma sayısının 2023’e kadar 100’e çıkarılması planlanmıştır.

Bu göstergeler, GETAT'ın hem kurumsal kapasitesinin güçlendirilmesine hem de bilimsel altyapısının geliştirilmesine yönelik stratejik yaklaşımı ortaya koymaktadır. Merkez sayılarındaki artış, hizmet sunumunun ülke genelinde yaygınlaştırılmasını; bilimsel üretim hedefi ise uygulamaların kanıta dayalı sağlık politikalarıyla bütünleştirilmesini öngörmektedir. Böylece, GETAT'ın sağlık sistemi içindeki kurumsallaşması ve meşruiyeti, bilimsel üretim ve denetim temelli bir yapıya kavuşturulmuştur.

Bu kapsamda GETAT uygulamaları, Hedef 4.1 için tanımlanan “*strateji, risk, tespit ve ihtiyaç*” başlıkları altında da ele alınmıştır. “*Strateji 4.1.6: GETAT uygulamalarında etkinlik ve güvenilirliğin sağlanması*” ifadesi, Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 Stratejik Planı'nın politika yönelimini ortaya koymaktadır. Planın “*risk*” analizinde, GETAT uygulamalarının sağlık sistemine yeterince entegre edilememesi olasılığı önemli bir risk unsuru olarak belirtilmiş; bu nedenle entegrasyon sürecinin profesyonel biçimde yürütülmesi öngörülmüştür. Ayrıca “*tespitler*” bölümünde, GETAT uygulama merkezlerinin kapasite yetersizliği sorunu vurgulanmış; fiziki ve beşerî kaynakların güçlendirilmesi gereği ifade edilmiştir. “*İhtiyaçlar*” başlığı altında ise yalnızca merkez sayısının artırılması değil, nitelikli hizmet sunumunu destekleyecek GETAT mükemmeliyet merkezlerinin kurulması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Belirtilen strateji, risk, tespit ve ihtiyaç unsurları birlikte değerlendirildiğinde, Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2023 döneminde GETAT'a yönelik yaklaşımının, uygulamaları bilimsel temellere dayalı biçimde sağlık sistemine entegre etme hedefi doğrultusunda şekillendiği görülmektedir. Plan, hem uygulamaların etkinlik ve güvenilirliğini artırmayı hem de kurumsal kapasiteyi güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu doğrultuda GETAT, yalnızca hizmet sunumunda değil; eğitim, araştırma ve standartlaşma alanlarında da kurumsal bir çerçeveye oturtulmuştur. Genel olarak, 2019-2023 dönemi, GETAT'ın modern tıbbi tamamlayıcı bir bileşen olarak sağlık politikalarına dâhil edildiği ve alanın meşruiyetinin kanıta dayalı uygulamalar ve kurumsallaşma süreçleri aracılığıyla güçlendirildiği bir dönem olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2022).

2019-2023 döneminde atılan kurumsal ve bilimsel temeller üzerine inşa edilen Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı, GETAT uygulamalarında standardizasyon, kanıta dayalı uygulama ve uluslararası iş birliği odaklı yeni bir yönelim benimsemiştir. Bu dönemde GETAT, artık sağlık hizmetlerinin bütünleyici bir unsuru olmanın ötesinde, bilimsel geçerliliği güçlendirilmiş ve küresel ölçekte konumlandırılmış bir sağlık politikası alanı olarak ele alınmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı kapsamında GETAT, “*Amaç 3: Sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak*” başlığı altında müstakil bir amaç olarak yer almıştır. Buna göre “*Hedef 3.9: GETAT uygulamalarının standardizasyonunu sağlamak ve ulusal/uluslararası çalışmalar aracılığıyla güvenli kullanımını yaygınlaştırmak*” biçiminde tanımlanmıştır. Bu hedef, GETAT uygulamalarının hem ulusal düzeyde düzenlenmesini hem de uluslararası iş birliğiyle bilimsel meşruiyetinin güçlendirilmesini amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Belirlenen hedefin izlenebilmesi için üç temel performans göstergesi oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2023):

PG3.9.1 GETAT Uluslararası İşbirliği Merkezi Sayısı: Plan dönemi başında sıfır olan bu sayının 2028 yılına kadar 3'e çıkarılması hedeflenmiştir.

PG3.9.2 GETAT Uygulamaları Alanında Klinik Araştırma Sayısı: 2023'te 25 olan mevcut klinik araştırma sayısının 2028 sonunda 40'a yükseltilmesi planlanmaktadır.

PG3.9.3 GETAT Uygulamalarıyla ilgili Yayınlanan Klinik Rehber (Uygulama Kılavuzu) Sayısı: Uygulayıcılara yol göstermek amacıyla hazırlanan rehber sayısının 2028 yılına kadar 14'e çıkarılması planlanmıştır.

Bu göstergeler, 2024-2028 döneminde GETAT politikasının üç ana eksenle ilerleyeceğini ortaya koymaktadır: (i) uluslararası iş birliğinin geliştirilmesi, (ii) bilimsel araştırma kapasitesinin artırılması ve (iii) uygulamaların klinik rehberler aracılığıyla standardizasyonunun sağlanması. Böylece, alanın yalnızca sağlık hizmeti sunumu açısından değil, bilimsel üretim ve uluslararası temsil gücü bakımından da güçlendirilmesi hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Hedef 3.9'a ulaşılabilmesi için belirlenen stratejiler de bu doğrultuda şekillenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023):

“3.9.1: GETAT Uluslararası İşbirliği Merkezi açılabilmesi için uluslararası kuruluşlarla koordinasyon ve ortak çalışma programlarının gerçekleştirilmesi sağlanacaktır.

3.9.2: GETAT alanında faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarının Uluslararası İşbirliği Merkezi konusunda teşvik edilerek faaliyete geçirilmesi sağlanacaktır.

3.9.3: GETAT uygulamaları alanında çalışmalarda bulunan akademisyenlerin bu alana yönelik klinik araştırma yapmaları teşvik edilecektir.

3.9.4: GETAT uygulayıcılarına yol göstermesi amacıyla uygulamalarla ilgili endikasyon, kontrendikasyon ve komplikasyonların yer aldığı uygulama kılavuzu/rehberlerin hazırlanması sağlanacaktır.”

Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı, yalnızca stratejik yönelimleri ortaya koymakla kalmamış, aynı zamanda GETAT uygulamalarının gelişimi önündeki yapısal ve bilimsel engelleri de kapsamlı biçimde tanımlamıştır. Araştırmacılara yönelik “GETAT İyi Klinik Uygulamaları Eğitimleri”nin yaygınlaştırılması, “GETAT Veri Seti Paketi”ne düzenli veri akışının sağlanması ve hasta güvenliği kılavuzlarının oluşturulması, planın öncelikli “ihtiyaçları” arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, bilimsel çalışmaların sınırlı olması standardizasyon süreçlerini zorlaştırmakta; GETAT uygulama merkezlerinin DSÖ standartlarını karşılamadaki yetersizlikleri ise “temel riskler” arasında değerlendirilmektedir. Ayrıca, kanıta dayalı klinik araştırmaların azlığı ve ürün standardizasyonundaki eksiklikler, alanın sürdürülebilir gelişimini sınırlandıran başlıca sorunlar olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Hedef 3.9 kapsamında tanımlanan strateji, risk, tespit ve ihtiyaç başlıkları birlikte değerlendirildiğinde, Sağlık Bakanlığı'nın 2024-2028 Stratejik Planı'ndaki yaklaşımının GETAT'ı bilimsel temelde standartlaştırmak, uluslararası düzeyde kurumsallaştırmak ve güvenli kullanımını yaygınlaştırmak üzerine kurulduğu görülmektedir. Bu plan dönemi, sağlık kuruluşları ve akademik çevrelerin sürece aktif katılımını teşvik eden bir yönetime sahiptir.

Böylece GETAT, yalnızca uygulama alanı olarak değil, aynı zamanda bilimsel araştırma, uluslararası temsil ve kalite yönetimi boyutlarıyla da güçlendirilmiş bir politika alanı hâline gelmiştir. Genel olarak Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı, GETAT'ın ulusal sağlık politikalarındaki konumunu pekiştiren ve önceki dönemde oluşturulan kurumsal ve bilimsel altyapıyı standardizasyon, kanıta dayalı yaklaşım ve uluslararası iş birliği ekseninde ileri bir aşamaya taşıyan stratejik bir çerçeve sunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023).

2.3. Kalkınma Planlarında GETAT: Sağlık Turizmi ve Yerli Üretim Perspektifi

Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından hazırlanan On Birinci ve On İkinci Kalkınma Planlarında, GETAT, sağlık sisteminin kalitesini artırma, hizmet çeşitliliğini geliştirme, sağlık turizmini güçlendirme ve yerli üretimi teşvik etme hedefleri doğrultusunda stratejik bir politika alanı olarak konumlandırılmıştır (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019). Bu doğrultuda, söz konusu kalkınma planları, Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planlarıyla uyumlu biçimde, GETAT uygulamalarını sağlık politikalarının bütünleyici bir bileşeni olarak ele almaktadır.

On Birinci Kalkınma Planı'nın (2019-2023) "586, 586.1 ve 586.2"nci maddelerinde açıkça ifade edildiği üzere, GETAT, öncelikle "kurumsal" ve "hukuki" bir çerçeveye kavuşturulması gereken bir alan olarak tanımlanmıştır. Bu maddelerde, GETAT uygulamalarında ürün ve hizmet güvenilirliği ile standardizasyonun sağlanması, ilgili mevzuatın tamamlanması ve etkin kontrol-denetim mekanizmalarının oluşturulması temel politika öncelikleri olarak belirlenmiştir. Ayrıca, bu hizmetlere erişimin artırılması amacıyla GETAT uygulama merkezleri ile kamu hastanelerindeki ünite sayısının artırılması yönünde hedefler öngörülmüştür (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019).

Bu düzenlemelere paralel olarak, On Birinci Kalkınma Planı'nda GETAT uygulamaları aynı zamanda sağlık turizmi kapasitesini güçlendiren tamamlayıcı bir unsur olarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, termal, yaşlı ve rehabilitasyon turizmi alanlarıyla entegrasyonu teşvik edilmekte; böylece sağlık hizmetlerinin yıl geneline yayılması ve konaklama sürelerinin uzatılması amaçlanmaktadır (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019). Bu yaklaşım, GETAT'ın yalnızca sağlık hizmet sunumu içinde değil, aynı zamanda ekonomik kalkınma ve uluslararası rekabet politikaları bağlamında da önem kazandığını göstermektedir.

On Birinci Kalkınma Planı'nda temelleri atılan kurumsal ve hukuki çerçevenin devamı niteliğinde, On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028) sürecinde GETAT, "kanıta dayalı tıp" ve "yaygınlaştırma" odağıyla ele alınmıştır. Planın 706.7'nci maddesinde, GETAT uygulamalarının bilimsel kanıt temelli biçimde standardize edilmesi ve ulusal/uluslararası çalışmalar aracılığıyla güvenli kullanımının yaygınlaştırılması temel politika hedefleri arasında yer almıştır. Bu yaklaşım, Türkiye'nin sağlık alanındaki uzun vadeli vizyonu ile uyumludur. Planın 278'inci maddesinde, 2053 vizyonu çerçevesinde Türkiye'nin "dünyanın sağlık turizmi başkenti" olması hedeflenmiş; 713'üncü maddede ise "sağlık turizmi kapasitesinin nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi" öngörülmüştür (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023). Bu bağlamda, standardizasyon ve uluslararası çalışmalarla desteklenen GETAT uygulamaları, söz konusu hedefin tamamlayıcı bir unsuru olarak değerlendirilmektedir.

On İkinci Kalkınma Planı ile birlikte, GETAT uygulamaları yalnızca sağlık hizmet sunumu açısından değil, yerli üretim ve ekonomik kalkınma perspektifinden de stratejik bir sektör olarak ele alınmıştır (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023). Bu yönelim, On Birinci Kalkınma Planı’nda tanımlanan kurumsallaşma ve standardizasyon hedeflerinin ekonomik boyutla bütünleştirildiğini göstermektedir.

Her iki kalkınma planı da GETAT’ı sadece bir uygulama alanı değil, ürün ve hizmet güvenilirliği üzerinden standartları belirlenmiş bir sektör olarak yapılandırmayı amaçlamaktadır. Özellikle bitkisel içerikli ürünler ve takviye edici gıdaların güvenli biçimde piyasaya arzını sağlayacak mekanizmaların geliştirilmesi, bu alandaki “*yerli üretimin niteliğini artırma*” hedefiyle ilişkilendirilmiştir (md. 706.8) (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023). Bu yaklaşım, GETAT’ın sağlık hizmeti boyutunun ötesinde, tıbbi bitki üretimi ve biyoteknolojik yenilikler aracılığıyla tarım ve sanayi politikalarıyla etkileşen bir ekonomik alan haline geldiğini göstermektedir.

Kalkınma Planlarında GETAT, Türkiye’nin sahip olduğu termal kaynaklar ve sağlık altyapısı ile birleştirilerek sağlık turizminde katma değeri yüksek ve çeşitlendirilmiş bir hizmet paketi oluşturmanın araçlarından biri olarak konumlandırılmıştır. On İkinci Kalkınma Planı’nda yer alan “*100 milyar dolarlık turizm geliri*” hedefi, sağlık turizminin ve bu kapsamda geliştirilecek GETAT uygulamalarının katkısıyla ilişkilendirilmiştir (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023). Bu çerçevede, GETAT hem sağlık ekonomisinin büyümesini destekleyen hem de Türkiye’nin uluslararası rekabet gücünü artıran bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

Genel olarak, On Birinci ve On İkinci Kalkınma Planlarında GETAT uygulamaları, yalnızca bir tedavi yöntemi değil; kanıta dayalı, standardize edilmiş ve güvenli bir çerçeve içinde sağlık sistemine entegre edilmesi hedeflenen, tıbbi ve aromatik bitki üretimi yoluyla tarım ve sanayiye; yüksek standartlı hizmet sunumu aracılığıyla ise sağlık turizmine katkı sağlayan çok boyutlu bir kalkınma alanı olarak konumlandırılmaktadır (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019; 2023).

2.4. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı: Kurumsal Yapı ve Görev Alanı

Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı, 2012 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM) bünyesinde, 1219 sayılı “*Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrası Hakkında Kanun*”un Ek 13’üncü maddesi ile 663 sayılı “*Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*”nin 8’inci maddesinin (ğ) bendi uyarınca kurulmuştur (Resmi Gazete, 2011). Bu düzenlemeyle GETAT uygulamaları, Türkiye sağlık sisteminde ilk kez idari birim düzeyinde kurumsal bir statü kazanmıştır.

Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında *Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi* (Kararname No: 1) de bu kurumsal yapıyı sürdürmüş; Kararnamenin 355’inci maddesinin (ğ) bendinde, “*geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarıyla ilgili düzenleme yapmak, sağlık beyanı içeren uygulamalara izin vermek ve denetlemek, aykırı faaliyetleri ve tanıtımları durdurmak*” görevi SHGM’ye verilmiştir (Resmi Gazete, 2018). Böylece GETAT Daire

Başkanlığı, mevzuat hazırlama, ruhsatlandırma ve denetim yetkilerini SHGM çatısı altında yürüten uzman bir alt birim olarak tanımlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın güncel organizasyon şemasında GETAT Daire Başkanlığı, SHGM'ye bağlı uzmanlaşmış idari birim olarak yer almaktadır. Bir Daire Başkanı tarafından yönetilen bu birim, Genel Müdüre bağlı olarak faaliyet göstermekte ve görev alanına ilişkin düzenleyici işlemleri yürütmektedir. 15.06.2020 tarihli ve 54567092-010.04-E.2812 sayılı Bakanlık Makamı Oluru ile yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge”ye göre GETAT Daire Başkanlığı'nın görevleri şu şekilde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020):

- “a. GETAT uygulamalarına ilişkin standartları belirlemek*
- b. GETAT uygulayıcılarının niteliklerini belirlemek ve yeterliliklerinin belgelendirilmesi çalışmalarını sağlamak*
- c. GETAT uygulama alanlarında faaliyet gösterecek merkezlere ruhsat düzenlemesi ve iptali ile faaliyetine ilişkin işlemleri yürütmek*
- ç. GETAT uygulamaları hakkında eğitim veren kurumların kayıtlarını tutmak*
- d. GETAT uygulama merkezlerini ve uygulayıcıları izlemek, düzenleme ve izinlere aykırı faaliyetleri ve tanıtımları durdurmak*
- e. Fonksiyonel tıp uygulamaları ile ilgili gelişmeleri ve uygulamaları izlemek ve bu alanla ilgili düzenleme yapmak*
- f. Genel müdür tarafından verilen diğer görevleri yapmak”*

Bu görev tanımları, Daire Başkanlığı'nın yalnızca idari bir kontrol mekanizması değil, aynı zamanda standart belirleyici ve politika yönlendirici bir yapı olduğunu da ortaya koymaktadır. Başkanlık, GETAT uygulamalarının güvenli, bilimsel ve mevzuata uygun biçimde yürütülmesini sağlamak amacıyla; ruhsatlandırma, denetim, eğitim ve standart geliştirme süreçlerini koordine etmektedir. Dolayısıyla GETAT Daire Başkanlığı, Türkiye’de GETAT alanının kurumsallaşmasını sağlayan, bilimsel esaslara dayalı uygulama standartlarını belirleyen ve mevzuat temelli gözetim işlevini yürüten temel idari organdır. Bu birim, SHGM yapılanması içindeki konumu itibarıyla, GETAT uygulamalarının sağlık sistemiyle bütünleşik biçimde sunulmasından sorumlu kilit bir düzenleyici otorite olarak görev yapmaktadır (Akalın, İrban ve Özargun, 2023; Tözün, 2022).

Türkiye’de GETAT alanına ilişkin normatif düzenlemeler, idari yapılanmadan uygulama standartlarına, eğitim ve klinik araştırma boyutuna kadar çok katmanlı bir gelişim göstermiştir. Bu düzenlemelerin kronolojik seyri aşağıda tablo 1’de özetlenmektedir.

Tablo 1. Türkiye’de GETAT Alanına İlişkin Mevzuatın Kronolojik Gelişimi

Yıl	Düzenleme	Resmi Gazete (Tarih/Sayı)	GETAT Açısından Hukuki Önemi
2011	663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK	02.11.2011 / 28103	SHGM yapılanmasının oluşturulması; GETAT alanında idari yapılanmanın hukuki zemini
2012	GETAT Daire Başkanlığı’nın SHGM bünyesinde kurulması	-	GETAT alanının kurumsal düzeyde yapılandırılması
2014	GETAT Uygulamaları Yönetmeliği	27.10.2014 / 29158	GETAT’ın ilk kapsamlı yasal çerçevesi; 15 GETAT uygulamasının tanımlanması, uygulayıcı yetkilendirmesi, ünite-merkez ayrımı, denetim sistemi vb.
2014	Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği	04.02.2014 / 28903	Sertifikalı eğitim programlarının standartları; eğitim ve yetkilendirme sisteminin oluşturulması
2018	1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi	10.07.2018 / 30474	SHGM’ye GETAT alanında düzenleme ve denetim yetkisinin açıkça verilmesi
2019	GETAT Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik	09.03.2019 / 30709	GETAT alanında klinik araştırmaların hukuki ve etik çerçevesinin belirlenmesi
2020	SHGM Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge	-	GETAT Daire Başkanlığı’nın görev ve yetkilerinin somutlaştırılması
2025	GETAT Uygulama Kılavuzları (15 yöntem)	-	Klinik uygulamalarda standardizasyon ve rehber temelli uygulama

Tablo 1 incelendiğinde, GETAT alanının 2011 sonrası idari yapılanma düzeyinde ele alındığı; 2014 yılı itibarıyla ise uygulama, eğitim ve araştırma boyutlarını kapsayan bütüncül bir mevzuat çerçevesine kavuşturulduğu görülmektedir.

3. GETAT UYGULAMALARI YÖNETMELİĞİ VE SONRAKİ DÜZENLEMELER

3.1. 2014 Tarihli GETAT Uygulamaları Yönetmeliği: Amaç, Kapsam ve Yöntemler

Türkiye’de GETAT uygulamalarının yasal temelini oluşturan başlıca düzenleme, 27 Ekim 2014 tarihli ve 29158 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*”dir. Bu Yönetmelik, GETAT uygulamalarının sağlık sistemi içinde bilimsel, güvenli ve denetlenebilir bir biçimde yürütülmesini sağlamak amacıyla hazırlanmıştır (Resmi Gazete, 2014a).

GETAT Uygulamaları Yönetmeliği’nin 1’inci maddesine göre, bu düzenlemenin amacı; “*insan sağlığına yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama yöntemlerini belirlemek; bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirilmesi ile bu uygulamaların gerçekleştirileceği sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlemek*”tir. Yönetmelik bu yönüyle GETAT uygulamalarını modern tıbbın alternatifi olarak değil, tamamlayıcı nitelikte ve sağlık hizmet sunumunun bütüncül yapısı içinde tanımlamaktadır. Kapsam itibarıyla, uygulama yapılacak sağlık kuruluşlarını, uygulayıcıların niteliklerini, eğitim ve sertifikasyon süreçlerini, uygulama alanlarını ve denetim mekanizmalarını düzenlemektedir (Resmi Gazete, 2014a).

GETAT Uygulamaları Yönetmeliği’nin Ek-3 listesinde uygulanmasına izin verilen 15 GETAT uygulaması açık biçimde tanımlanmıştır. Bu uygulamalar; “*Akupunktur, Apiterapi,*

Fitoterapi, Hipnoz, Sülük uygulaması, Homeopati, Kayropratik, Kupa uygulaması, Larva uygulaması, Mezoterapi, Proloterapi, Osteopati, Ozon uygulaması, Refleksoloji ve Müzikterapi”dir. Yönetmelik, yalnızca bu yöntemlerin uygulanmasına izin vermekte; her birine ilişkin uygulayıcı nitelikleri, eğitim süreleri ve uygulama koşullarını ayrıca belirlemektedir (Resmi Gazete, 2014a).

Buna karşılık, GETAT Uygulamaları Yönetmeliği, Ek-3’te yer almayan uygulamaları yasaklamış ve bu uygulamaları “*tıbbi müdahale*” kapsamında değerlendirmemiştir. Dolayısıyla “*aromaterapi, ayurveda, masaj, reiki, yoga ve meditasyon*” gibi bilimsel dayanağı bulunmayan veya tıbbi denetim dışında yapılan uygulamalar, GETAT kapsamı dışında tutulmuştur. Bilimsel geçerliliği kanıtlanmamış, hasta güvenliğini riske atan ya da modern tıbbın yerine ikame edilmeye çalışılan uygulamalara izin verilmemektedir (Arpacı, 2021; Resmi Gazete, 2014a; Tözün, 2022). Bu yönüyle Yönetmelik, GETAT uygulamalarında hasta güvenliği, etik ilke ve bilimsel denetimi esas alan koruyucu bir düzenleyici yaklaşım benimsemektedir.

3.2. Ünite ve Uygulama Merkezleri: Kurumsal Yapı ve Standartlar

GETAT Uygulamaları Yönetmeliği, hizmet sunum alanlarını kurumsal yapı ve yetki kapsamına göre “*Ünite*” ve “*Uygulama Merkezi*” olmak üzere iki ayrı kategoriye ayırmaktadır. Yönetmeliğin 4’üncü maddesinin birinci fıkrasında bu yapılar şu şekilde tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2014a):

“ğ) *Uygulama Merkezi: İlgili alanda sertifikası bulunan tabip ve/veya dış tabibi sorumluluğunda, bu Yönetmelikte belirlenen uygulamaları yapmak üzere eğitim ve araştırma hastanesi ile tıp fakültesi veya dış hekimliği fakültesi sağlık uygulama ve araştırma merkezi bünyesinde kurulan ve Bakanlıkça yetkilendirilmesi halinde eğitim verilebilecek merkezi,*

h) *Ünite: İlgili alanda sertifikası bulunan tabip ve/veya dış tabibi sorumluluğunda, bu Yönetmelikte belirlenen uygulamaları yapmak üzere kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kuruluşları bünyesinde kurulan birimleri ifade eder.”*

Her iki yapı da yalnızca ilgili alanda sertifikası bulunan bir “*tabip*” veya “*dış tabibi*” sorumluluğunda faaliyet gösterebilmektedir. Bununla birlikte, uygulama merkezleri, ünitelerden farklı olarak daha geniş yetkilere sahiptir. En önemli fark, Bakanlıkça yetkilendirilmeleri hâlinde “*sertifikalı eğitim verme yetkisi*”ne sahip olmalarıdır. GETAT Uygulamaları Yönetmeliği’ne göre, Ek-3 listesinde yer almayan yeni uygulama yöntemlerine ilişkin klinik araştırmalar yalnızca “*uygulama merkezleri*”nde yapılabilmektedir (md. 8/2). Buna karşın üniteler, sadece Ek-3’te belirtilen işlemleri yürütebilirken, uygulama merkezleri hem bu işlemleri hem de araştırmaya dayalı ileri uygulamaları gerçekleştirebilmektedir (Resmi Gazete, 2014a).

GETAT Uygulamaları Yönetmeliği, her iki yapı için de asgari fiziki standartları ortak bir zeminde belirlemiştir (md. 14). Hem ünite hem de uygulama merkezlerinde en az 12 metrekare büyüklüğünde, içinde gerekli tıbbi malzeme ve donanımın bulunduğu bir muayene ve uygulama odasının bulunması zorunludur. Ayrıca, her iki yapıda da hasta kabul ve bekleme alanı ile bir arşiv bölümü bulunmalıdır. Ünite veya merkez mevcut bir sağlık kurumu binası içinde kuruluyorsa, bu alanlar kurumun diğer birimleri ile ortak kullanılabilir. Ancak sağlık kurumu dışında kurulacak ünite ve merkezler, “*Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel*

Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik’te yer alan asgari fiziki koşullara uymakla yükümlüdür (Resmi Gazete, 2014a).

Donanım standartları bakımından GETAT Uygulamaları Yönetmeliği, tüm GETAT ünite ve merkezlerinde belirli asgari tıbbi cihaz, araç-gereç ve ilaçların bulundurulmasını zorunlu kılmıştır (md. 15). Ek-2 ve Ek-3 listelerinde bu donanım ve malzemeler ayrıntılı biçimde belirtilmektedir. Her bir ünite veya merkezde muayene masası, tansiyon aleti, stetoskop gibi temel ekipmanların yanı sıra acil durum setleri bulundurulmak zorundadır. Ayrıca yürütülen uygulamanın türüne göre özel cihaz ve malzemelerin de hazır olması gerekmektedir. Örneğin Ozon uygulaması için ozon jeneratörü, akupunktur için steril iğneler gibi ekipmanların bulundurulması zorunludur (Resmi Gazete, 2014a).

Bu düzenlemeyle, GETAT uygulamalarının “Ünite” ve “Uygulama Merkezi” olarak iki ayrı yapıda tanımlanması, uygulamaların kurumsal niteliğini netleştirmiştir. Böylece hizmet sunumu, eğitim ve araştırma işlevleri birbirinden ayrılarak, standartlaşma, denetim ve bilimsel güvenilirlik hedefleri mevzuat düzeyinde güvence altına alınmıştır.

3.3. GETAT Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik: Hukuki ve Etik Çerçeve

09 Mart 2019 tarihli ve 30709 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik*”, taraf olunan uluslararası anlaşmalar ve iyi klinik uygulamaları ilkeleri çerçevesinde, GETAT uygulamalarında insanlar üzerinde yürütülecek bilimsel araştırmaların usul ve esaslarını düzenlemek amacıyla yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğin temel amacı, bu araştırmalarda gönüllülerin haklarını korumak, bilimsel geçerliliği ve etik güvenliği sağlamaktır (Resmi Gazete, 2019). Bu doğrultuda, uluslararası karşılıklı veri kabulünü kolaylaştırmak için ayrıca “*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları İyi Klinik Uygulama Kılavuzu*” hazırlanmıştır (<https://shgm.saglik.gov.tr/TR-55185/getat-klinik-arastirmalari-iyi-klinik-uygulamalari-iku-kilavuzu.html>).

GETAT Klinik Araştırmalar Yönetmeliği, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi’ne dayanılarak hazırlanmıştır. Düzenleme, 2014 tarihli “*GETAT Uygulamaları Yönetmeliği*” kapsamında tanımlanan uygulamalara ilişkin klinik araştırmalarla sınırlı olup; ilaç, tıbbi cihaz, kök hücre veya kozmetik ürünlerle ilgili araştırmalar bu kapsama dâhil değildir (md. 2/2) (Resmi Gazete, 2019).

GETAT Klinik Araştırmalar Yönetmeliği’ne göre, araştırmaların yürütülmesinde insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda deney hayvanı üzerinde ön çalışma yapılmış olması şarttır. Bununla birlikte, uzun yıllardır insanlar üzerinde uygulanan yöntemlere ilişkin araştırmalarda bu koşulun gerekliliği etik kurul tarafından ayrıca değerlendirilebilmektedir. Araştırmaların, gönüllülere insan onuruyla bağdaşmayacak ölçüde acı, korku ya da rahatsızlık vermeyecek biçimde tasarlanması zorunludur. Araştırmadan beklenen bilimsel fayda hiçbir durumda gönüllünün sağlığı ve kişilik haklarından üstün tutulamaz; ayrıca araştırmanın insan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmaması gerekmektedir (md. 5) (Resmi Gazete, 2019).

GETAT Klinik Araştırmalar Yönetmeliği'ne göre, bir araştırmanın başlatılabilmesi için Etik Kurul onayı ve SHGM izni olmak üzere “çift onay” sistemi öngörülmektedir. Etik kurul onayı bulunmayan başvurular Genel Müdürlükçe kabul edilmemektedir (md. 12). Başvurular, etik kurul tarafından 30 iş günü, Genel Müdürlük tarafından ise 60 iş günü içinde sonuçlandırılmaktadır (md. 11). Etik Kurul, en az 7, en fazla 15 üyeden oluşmaktadır. Kurulda tıp etiği veya deontoloji alanında uzman, farmakoloji alanında uzman, hukukçu ve GETAT alanında yetkin üyelerin yer alması öngörülmektedir (md. 25). Kurulun yapısı hem disiplinler arası değerlendirme hem de hasta haklarının korunması açısından dengeli bir temsil esasına dayanmaktadır (Resmî Gazete, 2019).

Klinik araştırmalar, yalnızca Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde, üniversite hastanelerinde veya klinik araştırma yapmak üzere tasarlanıp onaylanmış araştırma geliştirme merkezlerinde yürütülebilmektedir. Bu kurumların acil müdahale ve gönüllü bakımına ilişkin yeterli personel ve donanımına sahip olması zorunludur (md. 10). Araştırmanın hukuki ve mali sorumluluğu destekleyici ile araştırmaya taraf olan ilgili kişi ve kuruluşlara aittir. Ayrıca gönüllülerden veya Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan (SGK) herhangi bir ücret talep edilmez (md. 22) (Resmî Gazete, 2019).

Araştırma öncesinde gönüllüler, çalışmanın amacı, kapsamı, olası riskleri ve istedikleri anda araştırmadan çekilme hakları konusunda sorumlu araştırmacı tarafından bilgilendirilmelidir ve yazılı “*Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BİGOF)*” alınmalıdır (md. 5). GETAT Klinik Araştırmalar Yönetmeliği uyarınca gönüllülerin klinik araştırmadan doğabilecek zararlara karşı sigortalanması zorunludur (md. 29). Ancak girişimsel olmayan klinik araştırmalar ile GETAT Uygulamaları Yönetmeliği'nde belirtilen uygulama ve şartlara uygun olarak yürütülen klinik araştırmalar sigorta kapsamı dışındadır (md. 29) (Resmî Gazete, 2019).

3.4. GETAT Uygulamalarında Güncel Revizyonlar ve Tamamlayıcı Düzenlemeler

2014 tarihli GETAT Uygulamaları Yönetmeliği ile GETAT uygulamalarının sunulacağı merkezlerin asgari donanım ve personel şartları belirlenmiş; ancak uygulamaya ilişkin bazı detaylar, zaman içinde yayımlanan genelge ve yönergeler aracılığıyla daha açık hale getirilmiştir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, yönetmelik sonrasında GETAT alanında eğitim standartlarını yayımlamış ve sertifikalı eğitim programları ile uygulamaların belirli bir standartta yürütülmesini hedeflemiştir. GETAT Uygulamaları Yönetmeliği sonrasında yürürlüğe giren tamamlayıcı düzenlemelerle, GETAT alanında yürütülecek bilimsel araştırmaların usul ve esasları da belirlenmiş; böylece araştırma faaliyetleri mevzuat temelli, kurumsal ve etik bir çerçeveye kavuşturulmuştur (Doğru ve Şahbaz, 2020; Müslümanoğlu ve Tayfun, 2019; Tözün, 2022).

COVID-19 pandemisi döneminde sağlık hizmetlerinde alınan olağanüstü önlemler, GETAT uygulamalarını da geçici olarak etkilemiştir. Pandeminin ilk aylarında birçok elektif hizmet gibi GETAT ünite ve merkezlerinin faaliyetleri durdurulmuş veya sınırlandırılmış, yüz yüze yürütülen sertifikalı eğitim programları ise ertelenmiştir. Bu süreçte teorik eğitimlerin çevrimiçi ortama taşınması sağlanmış, ayrıca enfeksiyon riskinin azaltılması amacıyla hijyen ve güvenlik protokolleri güncellenmiştir (İkizek ve Uzuntarla, 2020; Talhaoğlu, Yüksel ve

Başer; 2024). Bu geçici düzenlemeler hem uygulayıcı hem de hasta güvenliğini korumaya yönelik önleyici tedbirler olarak değerlendirilmiştir.

Pandemi sonrasında ise GETAT politikalarında yeniden canlanma yaşanmış ve mevzuat güncellemeleri hız kazanmıştır. Özellikle 2025 yılında Sağlık Bakanlığı, tüm GETAT yöntemlerinin güvenli ve standart şekilde uygulanmasını sağlamak üzere 15 ayrı “*GETAT Uygulama Kılavuzu*” yayımlamıştır. Bu kılavuzlar, her bir yönteme ilişkin endikasyon, kontrendikasyon, uygulama teknikleri ve dikkat edilmesi gereken klinik esasları belirleyerek sağlık profesyonellerine rehberlik etmektedir (Akalın ve ark; 2023).

Bu gelişmeler doğrultusunda, GETAT Uygulamaları Yönetmeliği sonrasında yayımlanan tamamlayıcı düzenlemeler, pandemi dönemine özgü geçici uygulamalar ve son dönemde hazırlanan klinik kılavuzlar, Türkiye’de GETAT uygulamalarının güvenli, standartlaşmış ve sağlık sistemiyle bütünleşik bir yapıda yürütülmesini desteklemiştir.

4. TÜRKİYE’DE GETAT UYGULAYICILARININ YETKİLENDİRİLMESİ VE SERTİFİKASYON POLİTİKALARI

4.1. GETAT Uygulayıcılarının Yetkilendirilmesi

GETAT Uygulamaları Yönetmeliği’ne göre, GETAT uygulamalarını doğrudan yapma yetkisi yalnızca “*tabip*” ve “*diş tabipler*”ine verilmektedir. Yönetmelik, diğer sağlık personeline ise bu uygulamalarda yalnızca sertifikalı tabip veya diş tabibi gözetiminde yer alma imkânı tanımaktadır. GETAT Uygulamaları Yönetmeliği’nin 4’üncü maddesinin birinci fıkrasında, uygulayıcıların nitelikleri şu şekilde tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2014a):

“e) *Sertifikalı tabip: GETAT uygulamaları ile ilgili olarak Bakanlıkça tescil edilmiş sertifikaya sahip tabibi,*

f) *Sertifikalı diş tabibi: GETAT uygulamaları ile ilgili olarak Bakanlıkça tescil edilmiş sertifikaya sahip diş tabibini ifade eder.”*

Buna göre, yalnızca Bakanlıkça tescil edilmiş sertifikaya sahip tabipler ve diş tabipleri, GETAT uygulamalarını fiilen gerçekleştirebilmektedir. GETAT Uygulamaları Yönetmeliği’nin 8’inci maddesinin beşinci fıkrasında, “*Tabip ve diş tabibi olmayan, ancak uygulama alanında temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları, sertifikalı tabip ve diş tabiplerinin gözetimi ve denetimi altında uygulamalara katılırlar*” hükmü yer almaktadır (Resmi Gazete, 2014a).

Ayrıca, GETAT Uygulamaları Yönetmeliği’nin 9’uncu maddesi uyarınca uygulamalar yalnızca Bakanlıkça yetkilendirilmiş ünite veya uygulama merkezlerinde, ilgili alanda “uygulama sertifikası” bulunan tabipler ve yalnızca diş hekimliği alanında olmak üzere sertifikalı diş tabipleri tarafından yapılabilmektedir. Bu kapsamda diğer sağlık meslek mensupları, yalnızca sertifikalı hekimlere uygulamada yardımcı olabilmektedir (Resmi Gazete, 2014a).

GETAT Uygulamaları Yönetmeliği’nin 17’nci maddesinin birinci fıkrasının (d) bendinde “*ilgili alanda sertifikası veya çalışma izni bulunmayan tabip, diş tabibi ve sağlık personelinin ünite ve merkezlerde çalıştırılmayacağı*” hüküm altına alınmıştır. Aynı maddenin (e) bendi ise, “*tabip ve diş tabipleri de sertifikalı oldukları alanın dışında uygulama yapamazlar*” şeklindedir (Resmi Gazete, 2014a).

Dolayısıyla, GETAT alanında uygulama yetkisi, yalnızca “*sertifikalı tabip*” ve “*diş tabipleri*”yle sınırlı olup; diğer sağlık personelinin rolü, yardımcı ve gözetim altında yürütülen teknik destek ile sınırlıdır. Bu yapı, hasta güvenliği, profesyonel sorumluluk ve denetlenebilirlik ilkelerini mevzuat düzeyinde güvence altına almaktadır.

4.2. Sertifikalı Eğitim Programlarının Standartları

GETAT alanında her sağlık kuruluşu eğitim verme yetkisine sahip değildir. GETAT Uygulamaları Yönetmeliği, eğitim yetkisini yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş merkezlerle sınırlandırmıştır. Buna göre, eğitimler yalnızca “*eğitim ve araştırma hastaneleri*” ile “*üniversitelerin tıp veya diş hekimliği fakültelerine bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri*” bünyesinde kurulan “*Uygulama Merkezleri*” tarafından verilebilmektedir (md. 4). Bu merkezlerin eğitim verebilmesi için Bakanlık onayıyla özel olarak yetkilendirilmiş olmaları zorunludur. Buna karşın, kamu veya özel hastaneler bünyesindeki “*Üniteler*” yalnızca uygulama yapmak üzere yetkilidir; bu birimlerde eğitim verilmesine dair herhangi bir yetki tanımlanmamıştır (Resmi Gazete, 2014a).

Bir merkezin eğitim verebilmesi için belirli idari ve teknik şartları karşılaması gerekmektedir. Öncelikle, Bakanlık tarafından yapılan ön inceleme sonucunda uygun görülen merkezlere “*Sertifikalı Eğitim Programı Uygulama Yetki Belgesi*” düzenlenmektedir (md. 6). Merkezlerin fiziki ve teknik koşulları (laboratuvar, klinik altyapı, eğitim materyalleri vb.) “*Komisyon*” tarafından belirlenen standartlara uygun olmalıdır. Her eğitim programında, eğitimin usulüne uygun yürütülmesinden sorumlu bir “*Program Sorumlusu*” bulunması zorunludur (md. 5 ve md.7) (Resmi Gazete, 2014b).

Eğitim müfredatlarının ve uygulama standartlarının bilimsel temeli, Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulan “*Bilim Komisyonu*” tarafından belirlenir. Komisyon, her bir uygulama alanına ilişkin müfredat, eğitim materyali, teorik ve uygulamalı içerik, sınav usul ve esasları ile sertifikanın geçerlilik süresini düzenlemekle yetkilidir (md. 5) (Resmi Gazete, 2014b). Ayrıca Komisyon, uygulama merkezleri ile ünitelerde bulunması gereken fiziki koşullar ve teknik standartların oluşturulmasında da danışmanlık yapmaktadır (md. 7) (Resmi Gazete, 2014a).

Eğitim programlarının genel koordinasyonu ve komisyonun sekretarya hizmetleri, SHGM tarafından yürütülmektedir. GETAT Uygulamaları Yönetmeliği’ne göre, GETAT kapsamındaki sertifikalı eğitimler, 4 Şubat 2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “*Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği*” çerçevesinde yürütülmektedir (GETAT Uygulamaları Yönetmeliği, md. 13) (Resmi Gazete, 2014a; Resmi Gazete, 2014b).

Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği, sağlık alanındaki sertifikalı eğitim programlarının müfredat, standart ve akreditasyon süreçlerini bilimsel ve idari ölçütlere bağlamıştır. Eğitim süreleri, her uygulama alanının gerektirdiği bilgi ve beceri düzeyine göre Bilim Komisyonu tarafından belirlenmektedir. Eğitimlerde tespit edilen eksikliklerin tamamlanması için ek süre verilebilmekte; ancak bu süre, ilgili program için belirlenmiş toplam eğitim süresini aşmamalıdır (Resmi Gazete, 2014b).

Eğitim merkezleri rutin olarak veya şikâyet üzerine Bakanlık tarafından denetlenmektedir. Standartlara aykırılık tespit edilen merkezlerin yetki belgeleri iptal edilmekte ve bu merkezlerde alınan sertifikalar tescil edilmemektedir. Geçerli bir sertifika, yalnızca

Bakanlıkça yetkilendirilmiş merkezlerde eğitimi tamamlayarak sınavda başarılı olan kişilere verilmekte ve Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilmektedir (Resmi Gazete, 2014b).

4.3. Sertifikasyon ve Tescil Süreci

Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği uyarınca, sağlık alanında yürütülen tüm sertifikalı eğitim programları, belirli standartlar ve denetim mekanizmaları çerçevesinde yürütülmektedir (Resmi Gazete, 2014b). GETAT uygulamalarını gerçekleştirebilmek için, yalnızca ilgili alanda belirlenen niteliklere sahip olan kişilerin bu eğitimleri başarıyla tamamlaması ve sınavda başarılı olması gerekmektedir (Resmi Gazete, 2014a).

GETAT Uygulamaları Yönetmeliği uyarınca, sertifika eğitimlerine yalnızca tabipler ve kendi alanlarıyla sınırlı olmak üzere dış tabipleri katılabilmektedir. Eğitim programını başarıyla tamamlayan ve yapılan sınavlarda başarılı olan katılımcılara ilgili alan için “*uygulama sertifikası*” verilmektedir. Ancak bu belgenin alınması tek başına uygulama yapma yetkisi doğurmamaktadır. Sertifikanın hukuki geçerlilik kazanması, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen tescil sürecinin tamamlanmasına bağlıdır (Resmi Gazete, 2014a).

GETAT Uygulamaları Yönetmeliği’nin 4’üncü maddesi uyarınca, “*sertifikalı tabip*” ve “*sertifikalı dış tabibi*”, GETAT uygulamaları alanında Bakanlıkça tescil edilmiş sertifikaya sahip kişileri ifade etmektedir. Tabipler ve dış tabipleri yalnızca tescil edilmiş sertifikalarıyla yetkilendirildikleri uygulama alanlarında faaliyet gösterebilmekte; sertifika kapsamı dışındaki uygulamaları gerçekleştirememektedir (Resmi Gazete, 2014a). Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği uyarınca, sertifiakanın geçerlilik süresi tescil tarihinden itibaren başlamakta ve yalnızca Bakanlık tarafından onaylanmış belgeler geçerli kabul edilmektedir (md. 10) (Resmi Gazete, 2014b).

GETAT Uygulamaları Yönetmeliği uyarınca, Bakanlık tarafından tescil edilmemiş veya standartlara uygun olmayan kurumlarca verilen belgeler geçerli kabul edilmemektedir. Bakanlık izni bulunmayan ünite veya merkezlerde GETAT uygulaması yapılamaz; ayrıca tescilli sertifikası bulunmayan tabip veya dış tabipleri bu uygulamaları gerçekleştiremez. Sertifikalı hekimlerin sorumluluğu ve gözetimi altında, uygulama alanında gerekli temel eğitimi bulunan diğer sağlık meslek mensupları yardımcı personel olarak görev alabilmektedir (Resmi Gazete, 2014a).

4.4. Yurt Dışı Eğitimlerin Denklik ve Tanınma Süreci

Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği uyarınca, yurt içinde veya yurt dışında alınan sertifikaların Türkiye’de geçerliliği Bakanlıkça yürütülen değerlendirme ve denklik sürecine bağlanmıştır (Resmi Gazete, 2014b). GETAT alanındaki sertifikalar da bu genel düzenleyici çerçeveye tabidir.

Yurt dışında alınan bir eğitimin tanınması süreci resmi başvuru ile başlamaktadır. Sertifikalı eğitim alanı olarak belirlenmiş bir uygulama alanında (örneğin Akupunktur, Mezoterapi vb.) alınan yabancı sertifikalar için denklik talebi, SHGM bünyesindeki ilgili birime yapılmaktadır. Başvuru sırasında, Bakanlıkça belirlenen form ile gerekli bilgi ve belgelerin eksiksiz sunulması zorunludur (md. 11) (Resmi Gazete, 2014b).

Denklik işlemleri, ulusal eğitim standartlarına uygunluk esasına dayalı bir değerlendirme süreci niteliğindedir. Değerlendirme kapsamında müfredat, eğitim süresi ve sınav usulleri Türkiye’de geçerli standartlarla karşılaştırılmakta; ulusal ölçütlerle uyumlu bulunmayan başvurular gerekçesi belirtilerek reddedilebilmektedir. Başvuru sahipleri ise eksikliklerini gidermeleri hâlinde yeniden başvuru yapabilmektedir (Resmi Gazete, 2014b).

Eğitim uygun bulunduğunda Bakanlık tarafından tescil işlemi gerçekleştirilmekte ve belge Eğitim Sertifikaları Bilgi Sistemi üzerinden elektronik olarak kaydedilmektedir (md. 11). Bu belge, yalnızca tescil tarihinden itibaren geçerlilik kazanmaktadır (md. 10). Sertifikalı eğitim alanı olarak belirlenmemiş konularda alınan sertifikaların tescili mümkün değildir (md. 4). Ayrıca Bakanlık, sağlık insan gücü planlaması ve ulusal ihtiyaçlar doğrultusunda sertifikalı eğitim alanlarını belirleme yetkisine sahiptir. Bu nedenle, yurt dışından alınan bir belgenin geçerli sayılabilmesi için, ilgili alanın Türkiye’de hâlihazırda “*sertifikalı eğitim alanı*” olarak tanımlanmış olması gerekmektedir (Resmi Gazete, 2014b).

5. SONUÇ

Türkiye’de GETAT uygulamaları, son on yılda sağlık politikalarının planlı bir unsuru haline gelmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın vizyonu doğrultusunda, bu alan modern tıbbi reddetmeyen, bilimsel kanıta dayalı bir anlayışla yeniden yapılandırılmıştır. 2014 tarihli GETAT Uygulamaları Yönetmeliği ve devamındaki stratejik planlar, uygulamaların güvenli, standartlara dayalı ve denetlenebilir biçimde yürütülmesini sağlamış; alanın kurumsal çerçevesini oluşturmuştur.

Kalkınma planları, ulusal mevzuat ve sertifikasyon süreçleriyle birlikte GETAT, yalnızca tıbbi bir uygulama alanı değil, sağlık turizmi, yerli üretim ve eğitim politikalarıyla bağlantılı çok boyutlu bir kalkınma aracı haline gelmiştir. Günümüzde GETAT uygulamaları, bilimsel temele dayanan, hasta güvenliğini önceleyen ve uluslararası standartlarla uyumlu bir sistem içinde yürütülmektedir.

Sonuç olarak, Türkiye’de GETAT politikaları ve mevzuatı, geleneksel bilgi ile modern sağlık anlayışını bütünleştiren sürdürülebilir bir kurumsal model ortaya koymuştur.

KAYNAKÇA

- Akalın, B., İrbán, A., & Özargun, G. (2023). Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının mevcut standartları ve iyileştirme önerileri. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(1), 49-69. <https://doi.org/10.57224/jhpr.1230794>
- Arpacı, Ö. (2021). Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilen geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve bunların hukuka uygunluğunun değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 23(2), 1245-1307. <https://doi.org/10.33717/deuhfd.998230>
- Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). *On birinci kalkınma planı (2019-2023)*. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.
- Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). *On ikinci kalkınma planı (2024-2028)*. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.

- Doğru, F., & Şahbaz, R. P. (2020). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp: Türkiye'deki uygulamalar üzerine bir değerlendirme. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 3(1), 107-118. <https://doi.org/10.5336/jtracom.2019-71556>
- İkizek, M., & Uzuntarla, Y. (2020). Medikal ozon tedavisi ve COVID-19. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(4), 304-310.
- Müslümanoğlu, A. Y., & Tayfun, K. (2019). Türkiye geleneksel ve tamamlayıcı tıp merkezleri: Eğitim ve uygulama inovasyonu. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 1-2. <https://doi.org/10.34084/bshr.622302>
- Resmi Gazete. (2011). Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname. Tarih: 02.11.2011; Sayı: 28103.
- Resmi Gazete. (2014a). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. Tarih: 27.10.2014; Sayı: 29158.
- Resmi Gazete. (2014b). Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği. Tarih: 04.02.2014; Sayı: 28903.
- Resmi Gazete. (2018). Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. Tarih: 10.07.2018; Sayı: 30474.
- Resmi Gazete. (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının klinik araştırmaları hakkında yönetmelik. Tarih: 09.01.2019; Sayı: 30709.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü daire başkanlıklarının görevlerine dair yönerge*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; Tarih: 10.01.2020; Sayı: 54567092-010.04-E.2812.
- Sağlık Bakanlığı. (2022). *2019-2023 Stratejik Planı (Güncellenmiş versiyon)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. ISBN: 978-975-590-837-3.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). *2024-2028 Stratejik Planı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. ISBN: 978-975-590-839-7.
- Talhaoğlu, D., Yüksel, H., & Başer, M. (2024). Yoğun bakım hemşirelerinin COVID-19 pandemisinde GETAT'a yönelik bilgi ve uygulamaları. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 84-97. <https://doi.org/10.51123/jgehes.2024.114>
- Tözün, M. (2022). Türkiye'de geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının sağlık politikalarının gelişimi açısından ele alınması ve bu uygulamaların etik boyutunun değerlendirilmesi: Geleneksel derleme. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 5(2), 151-159. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
- <https://shgm.saglik.gov.tr/TR-55185/getat-klinik-arastirmalari-iyi-klinik-uygulamalari-iku-kilavuzu.html> (Erişim Tarihi: 30.01.2026)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU VE ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA GETAT HİZMETLERİNİN YÖNETİMİ

Cuma SUNGUR¹, Ramazan KIRAÇ², Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ³

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda son yıllarda yaşanan dönüşüm, yalnızca tanı ve tedavi teknolojilerindeki ilerlemelerle sınırlı kalmamış, bireylerin sağlık algıları, tedavi beklentileri ve iyilik hâline yönelik bütüncül yaklaşımlara olan yönelimleri de sağlık sistemlerinin yeniden ele alınmasını gerekli kılmıştır. Bu bağlamda, geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamaları, modern biyomedikal sağlık hizmetleriyle etkileşim içinde değerlendirilen ve giderek kurumsal sağlık politikalarının gündemine giren önemli bir alan hâline gelmiştir. GETAT, tarihsel ve kültürel kökenleri farklı sağlık bilgi ve pratiklerini içermekle birlikte, günümüzde kamu ve özel sağlık kurumları bünyesinde belirli standartlar çerçevesinde sunulan çok boyutlu bir sağlık hizmeti alanını temsil etmektedir. Özellikle kronik hastalıkların yönetimi, semptomların hafifletilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi gibi alanlarda GETAT uygulamalarına yönelik artan ilgi, bu hizmetlerin sağlık sistemleri içerisindeki konumunun yeniden tanımlanmasına yol açmıştır. Bununla birlikte, sağlık profesyonellerinin GETAT uygulamalarına yönelik tutumlarının uzmanlık alanlarına göre farklılaşması, bu alanın sağlık hizmetlerine entegrasyonunda kurumsal yapıların, hizmet sunum modellerinin ve mesleki sınırların belirleyici olduğunu göstermektedir. Bu durum, GETAT'ın kamu ve özel sağlık kurumlarında sunulmasının yalnızca bireysel talep temelli bir tercih değil, sağlık politikaları açısından hasta güvenliği, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği ile yakından ilişkili çok boyutlu bir alan olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle hasta güvenliği açısından, GETAT uygulamalarının bilimsel standartlar çerçevesinde, yetkin sağlık profesyonelleri tarafından ve uygun denetim mekanizmalarıyla sunulması, olası risklerin önlenmesi bakımından kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda düzenleyici çerçevenin güçlendirilmesi, uygulamaların kayıt altına alınması ve izlenebilirliğinin sağlanması sağlık politikalarının temel sorumluluk alanları arasında yer almaktadır. Öte yandan GETAT uygulamaları, kronik hastalık yönetimi, semptom kontrolü ve psikososyal iyilik hâlinin desteklenmesi yoluyla bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlayabilmektedir. Bu katkının sürdürülebilir ve toplumsal düzeyde anlamlı olabilmesi, GETAT'ın bütüncül sağlık hizmetleri yaklaşımı içinde, tamamlayıcı bir unsur olarak konumlandırılmasına bağlıdır. Aynı zamanda sağlık sistemleri açısından bakıldığında, uygun

¹ Doç. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, cumasongur@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1992-0742.

² Doç. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ramazankirac@ksu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-8032-1116.

³ Doç. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, fatmaciftcikirac@ksu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-5996-9068.

şekilde entegre edilen GETAT uygulamaları; gereksiz tıbbi müdahalelerin azaltılması, sağlık hizmeti kullanımının rasyonelleştirilmesi ve uzun vadede maliyet etkinliğin sağlanması yoluyla finansal sürdürülebilirliğe destek sunma potansiyeli taşımaktadır. Bu çerçevede GETAT, ne bütünüyle modern tıbbın alternatifi olarak ne de tamamen marjinal bir uygulama alanı olarak ele alınmalıdır. Aksine, bireysel sağlık tercihleri ile bilimsel standartlar arasındaki dengenin nasıl kurulacağı, sağlık politikaları açısından temel bir tartışma alanı oluşturmaktadır. Bu nedenle, GETAT uygulamalarının tanımı ile kamu ve özel sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin kapsamı, kurumsal yapılanması, hasta kabulü ve ücretlendirme süreçleri ile sağlık sistemi içindeki rolünün bütüncül bir perspektifle ele alınması, bu bölümün temel amacını oluşturmaktadır.

2. GETAT KAVRAMI, ÖNEMİ VE ROLÜ

GETAT, modern biyomedikal tıp sistemlerinin dışında tarihsel ve kültürel bağlamlarda gelişmiş olmakla birlikte, günümüzde bu sistemlerle etkileşim içinde ele alınan sağlık bilgi ve uygulamalarının bütününe ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre geleneksel tıp; hastalıkların önlenmesi, tanınması, tedavi edilmesi ve sağlığın sürdürülmesi amacıyla kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç, deneyim ve uygulamalara dayanan bilgi ve beceriler bütünüdür. Tamamlayıcı tıp ise bu uygulamaların, konvansiyonel tıbbi yaklaşımlarla birlikte kullanılması durumunda kazandığı işlevsel anlam üzerinden tanımlanmaktadır (Arpacı, 2021). Buna karşılık alternatif tıp, söz konusu yöntemlerin modern tıbbın yerine ikame edilerek kullanıldığı uygulamaları ifade etmekte olup, bu yönüyle bilimsel kanıtlar ve hasta güvenliği açısından daha tartışmalı bir alan olarak değerlendirilmektedir (Bayrak ve Güler, 2022; Somer ve Vatanoglu-Lutz, 2017). Bu kavramsal çerçeve içerisinde GETAT, modern tıbbın karşıtı bir sağlık sistemi olarak değil; bilimsel kanıtlar, etik ilkeler ve yasal düzenlemeler doğrultusunda modern sağlık hizmetlerini belirli koşullar altında tamamlayan bir yaklaşım olarak konumlandırılmaktadır. Özellikle kronik hastalıkların yönetimi, semptom kontrolü, yaşam kalitesinin artırılması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi gibi alanlarda GETAT uygulamalarının sınırlı ancak işlevsel bir rol üstlendiği kabul edilmektedir (Park vd., 2012). Bu yönüyle GETAT, sağlık hizmetlerinin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmasına katkı sağlayan tamamlayıcı bir araç olarak değerlendirilmektedir.

GETAT alanı, kökenleri farklı kültürel, tarihsel ve felsefi sağlık anlayışlarına dayanan heterojen bir uygulama yelpazesini kapsamaktadır. Akupunktur, fitoterapi, aromaterapi, mezoterapi, kupa terapisi (hacamat), ozon tedavisi, refleksoloji, hipnoterapi, yoga ve meditasyon gibi yöntemler; teorik temelleri, uygulama biçimleri ve klinik yaklaşımları bakımından birbirinden önemli ölçüde ayrılmaktadır (Park vd., 2012). Bu çeşitlilik, GETAT'ın tek tip ve homojen bir sağlık pratiği olarak değil, çok boyutlu ve farklı düzeylerde değerlendirilmeyi gerektiren bir alan olarak ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Literatürde GETAT kavramının sıklıkla “tamamlayıcı” ve “alternatif” tıp ayrımı üzerinden tartışılması, bu alanın sağlık sistemleri içindeki rolünün netleştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Tamamlayıcı tıp, modern tıbbi tedavilerin yerine geçmeksizin, bu tedavileri destekleyici ve bütüncül bir rol üstlenmektedir. Akupunktur, masaj, osteopati, hidroterapi ve refleksoloji gibi uygulamalar; semptomların hafifletilmesi, tedaviye bağlı yan etkilerin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla kullanılmaktadır (Somer ve Vatanoglu-Lutz, 2017). Buna karşılık alternatif tıp uygulamalarının modern tıbbın yerine ikame edilmesi, hasta güvenliği ve

bilimsel geçerlilik açısından ciddi riskler barındırmakta; bu nedenle sağlık politikaları ve mevzuat çerçevesinde daha temkinli bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır (Bayrak ve Güler, 2022). DSÖ, GETAT uygulamalarını kültürel mirasın bir parçası olarak kabul etmekle birlikte, bu uygulamaların sağlık sistemleri içerisinde güvenli, denetlenebilir ve standartlara dayalı biçimde sunulması gerektiğini vurgulamaktadır. DSÖ'nün yaklaşımı, GETAT'ın modern sağlık sistemlerinin alternatifi değil; belirli koşullar altında tamamlayıcı bir unsur olarak değerlendirilmesini esas almaktadır (Arpacı, 2021). Bu yaklaşım, GETAT uygulamalarının bilimsel araştırmalarla desteklenmesi, eğitilmiş ve yetkilendirilmiş sağlık profesyonelleri tarafından uygulanması ve hasta güvenliğini önceleyen bir çerçevede sunulması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

3. DÜNYADA GETAT GELİŞİMİ

Batı ülkelerinde uzun yıllar boyunca biyomedikal bilimlerin sağlık sistemleri üzerindeki belirleyici etkisine rağmen, GETAT uygulamalarının kullanımı son yıllarda dünya genelinde giderek yaygınlaşmaktadır. Bu artış, yalnızca modern tıbbın sınırlılıkları ya da sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlüklerle açıklanamamakta; bireylerin sağlık ve hastalık algıları, kültürel değerleri, yaşam biçimleri ve daha bütüncül bakım yaklaşımlarına yönelimleriyle de yakından ilişkilendirilmektedir (Veziari vd., 2017; Park vd., 2012). GETAT, bu yönüyle günümüzde yalnızca marjinal bir uygulama alanı olmaktan çıkmış, farklı sağlık sistemlerinde tamamlayıcı bir sağlık pratiği olarak görünürlük kazanmıştır.

Avrupa'da GETAT kullanımının pandemi öncesi dönemde dahi dikkate değer bir düzeye ulaştığı görülmektedir. Yapılan araştırmalar, COVID-19 öncesinde Avrupa nüfusunun yaklaşık dörtte birinin (%26) en az bir GETAT yönteminden yararlandığını ve bu oranın ülkeler arasında %10 ile %40 arasında değiştiğini ortaya koymaktadır (Kemppainen vd. 2018). GETAT kullanımının bireysel düzeyde daha yüksek sosyo-ekonomik statüyle ve bel ağrısı ya da depresyon gibi kronik sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu; ülke düzeyinde ise sağlık harcamalarının görece yüksek olduğu ülkelerde daha yaygın görüldüğü bildirilmektedir. (Kemppainen vd. 2018). Bu bulgular, GETAT'ın yalnızca sağlık sistemlerindeki yetersizliklerin bir sonucu olmadığını; bireylerin sağlık algıları ve tamamlayıcı bakım arayışlarının da belirleyici olduğunu göstermektedir. COVID-19 pandemisi süreci, GETAT kullanım eğilimlerinde önemli bir kırılma noktası oluşturmuştur. Özellikle Hollanda ve Norveç'te yapılan çalışmalar, pandeminin ilk döneminde bireylerin yaklaşık üçte ikisinin GETAT uygulamalarına başvurduğunu ortaya koymuştur (van der Werf vd., 2021; Kristoffersen vd., 2022). Bununla birlikte, GETAT'ın konvansiyonel tıbbın yerine kullanılması hasta güvenliği açısından önemli riskler taşımaktadır. Araştırmalar, GETAT kullanıcılarının bir bölümünün hekimlere danışmadan bu yöntemlere yöneldiğini ve bu grubun aşı tereddüdü ile bilimsel tıba duyulan güvenin daha düşük olduğu tutumlar sergileyebildiğini göstermektedir. Bu durum, GETAT kullanımındaki artışın yalnızca bireysel tercihler bağlamında değil, halk sağlığı ve sağlık politikaları perspektifinden de değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır (Kemppainen ve Kemppainen, 2025). Amerika Birleşik Devletleri'nde de GETAT kullanımının yaygın olduğu bildirilmektedir. Ulusal Tamamlayıcı ve Bütüncül Sağlık Merkezi (NCCIH) verilerine dayanan çalışmalar, ABD'de yetişkin nüfusun yaklaşık üçte birinin son bir yıl içinde en az bir GETAT yönteminden yararlandığını, yaşam boyu kullanım oranlarının ise daha yüksek düzeylere ulaştığını göstermektedir (National Center for Complementary and

Integrative Health, 2020). Benzer şekilde Avustralya, Kanada, Güney Kore, Singapur ve Japonya gibi gelişmiş ülkelerde de GETAT kullanımının yaygın olduğu; özellikle kronik hastalıklar, yaşam kalitesini artırma arayışı ve bütüncül sağlık yaklaşımlarının bu eğilimi güçlendirdiği bildirilmektedir (Park vd., 2012; National Center for Complementary and Integrative Health, 2020). Bu durum, GETAT uygulamalarının farklı sağlık sistemlerinde ortak bir eğilim olarak ortaya çıktığını göstermektedir.

GETAT uygulamalarının yaygınlığına karşın, bu alanın hukuki ve kurumsal düzenleme düzeyi ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Avrupa Birliği ülkelerinin bir kısmında GETAT uygulamalarına ilişkin yasal düzenlemeler bulunurken, Türkiye'nin de dâhil olduğu birçok ülkede bu alan daha sınırlı bir mevzuat çerçevesinde ele alınmaktadır. Avrupa'da özellikle homeopatinin yaygın olması ve bu uygulamaların çoğunlukla hekimler tarafından yürütülmesi, GETAT'ın bazı sağlık sistemlerinde kurumsal yapılar içerisinde sunulduğunu göstermektedir (Öztürk vd., 2020). Küresel ölçekte yapılan araştırmalar, dünya nüfusunun yaklaşık %75'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir GETAT yöntemine başvurduğunu ortaya koymaktadır. Afrika'da geleneksel tıp kullanım oranlarının %80'lere ulaşması, Şili, Kanada ve Çin'de %70 düzeyinde seyretmesi, ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde ise %40–50 bandında yoğunlaşması, GETAT'ın farklı sosyoekonomik ve kültürel bağlamlarda sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir unsuru olarak değerlendirildiğini göstermektedir (Tuna, 2021). Bu veriler, GETAT uygulamalarının günümüzde küresel sağlık pratiklerinin önemli bir bileşeni hâline geldiğini; ancak etkinlik, güvenlik ve düzenleme boyutlarıyla birlikte ele alınmasının sağlık sistemleri açısından kritik önem taşıdığını ortaya koymaktadır.

4. TÜRKİYE'DE GETAT'IN GELİŞİMİ, YASAL ÇERÇEVESİ VE SAĞLIK POLİTİKALARIYLA İLİŞKİSİ

Türkiye'de geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp (GETAT) uygulamalarının gelişimi, yalnızca sağlık hizmetlerindeki çeşitlenmenin bir sonucu olarak değil; modern sağlık sisteminin dönüşümü, toplumun sağlık ve hastalık algısındaki değişim ve sağlık politikalarının yeniden yapılandırılmasıyla doğrudan ilişkili çok boyutlu bir süreç olarak değerlendirilmelidir. Kronik hastalık yükünün artması, yaşlanan nüfus yapısı, uzun süreli farmakolojik tedavilere bağlı yan etkiler ve bireylerin yaşam kalitesi odaklı sağlık beklentileri, GETAT uygulamalarının sağlık sistemi içinde daha görünür ve tartışılır hâle gelmesine zemin hazırlamıştır (Bayrak ve Güler, 2022). Türkiye'de GETAT alanındaki kurumsal ve yasal yapılanmanın temelleri, 1991 yılında yürürlüğe giren Akupunktur Tedavi Yönetmeliği ile atılmıştır. Bu düzenleme, akupunktur uygulamalarının bilimsel temellere dayandırılması, uygulayıcı yetkinliklerinin tanımlanması ve eğitim süreçlerinin standartlaştırılması açısından önemli bir başlangıç noktasıdır. 2012 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak “Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı” kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2023). Bu başkanlık, Türkiye'de GETAT uygulamalarına ilişkin standartları belirlemek, uygulayıcılarının niteliklerini belirlemek, bu alanda faaliyet gösterecek merkezlere ruhsat düzenlenmesi ve iptali ile faaliyetine ilişkin işlemleri yürütmek, uygulama merkezlerini ve uygulayıcıları izlemek, düzenleme ve izinlere aykırı faaliyetleri ve tanıtımları durdurmak, eğitim veren kurumların kayıtlarını tutmak amacıyla kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2023). Bu başkanlığın kuruluşunu takiben, 2014 yılında GETAT yönetmeliği yayınlanmıştır (Resmî Gazete, 2014). Bu yönetmelik, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama yöntemlerini belirlemek, bu yöntemleri

uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirilmeleri ile bu yöntemlerin uygulanacağı sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlemek amacıyla yayınlanmıştır. Bu yönetmelik ile GETAT uygulamaları yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş kamu ve özel sağlık kuruluşlarında, sertifikalı tabip ve diş tabipleri tarafından yürütülmesi zorunlu hâle getirilmiştir (Resmî Gazete, 2014). Yönetmelikte GETAT uygulamalarının modern tıbbın yerine geçemeyeceği açıkça belirtilmiş; bu yöntemlerin yalnızca tamamlayıcı ve destekleyici nitelikte olduğu vurgulanmıştır (Öztürk vd., 2020). Söz konusu yasal çerçeve, GETAT uygulamalarını sağlık politikaları açısından kontrollü entegrasyon modeli içine yerleştirmiştir. GETAT, bu sayede bireysel tercihlere ve denetimsiz geleneksel bilgiye dayalı uygulamalar olmaktan çıkarılarak; kayıt altına alınan, izlenen, denetlenen ve bilimsel ilkelerle uyumlu bir sağlık hizmeti alanı hâline getirilmiştir. Bu yaklaşım, hasta güvenliğinin sağlanması, yanlış ve gecikmiş tedavilerin önlenmesi ve sağlık sisteminin bütünlüğünün korunması açısından kritik bir politika aracı olarak değerlendirilmektedir. Yönetmelikte ünite ve uygulama merkezlerinde yapılabilecek 15 uygulamaya yer verilmiştir. Bu uygulamalar; akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, karyopraktik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji, müzik terapisi (Resmî Gazete, 2014). Sağlık Bakanlığı 2025 yılında bu uygulamalara bilimsel bir zemin kazandırmak amacıyla uygulayacaklara rehberlik edecek uygulama kılavuzu yayınlamış ve GETAT uygulamalarına standart getirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2025a). Bu uygulamaların içerikleri şunlardır:

- Akupunktur: Akupunktur; iğne, lazer ışınları, elektrik uyarısı, kulak içi tohum, ışın, manyetik topçuklar, ısı uyarısı (soğuk, sıcak), basınç ve ses, elektrik veya manyetik titreşimler gibi çeşitli yöntemler aracılığıyla vücuttaki özel noktaların uyarılması suretiyle yapılan uygulamadır (Sağlık Bakanlığı, 2025b). Akupunkturla, vücuttaki meridyenler üzerindeki belli noktalara iğne batırmak suretiyle, bozulan enerji akışının düzeltilmesi amaçlanır (Kavaklı, 2010).
- Apiterapi: Apiterapi, hastalıkların tedavisinde arı ürünlerinin doğal iyileştirici özelliklerini kullanan alternatif tıp ve halk tıbbının bir dalıdır (Szabat vd.,2019). Apiterapi, alanyazında alternatif olarak api-tedavi, arı terapisi, arı tedavisi, arı zehri terapisi ve bal arısı zehri terapisi olarak da bilinir. Bu tedavi yöntemi genellikle multipl skleroz, osteoartrit, romatoid artrit, postherpetik nevralji ve arı sokması duyarsızlaştırmasında, öksürük, herpes simpleks virüsü, adet öncesi sendromu, sulkoplasti, alerjik rinit, atletik performansı artırma, hiperlipidemi ve soğuk algınlığı için kullanılır (Gupta ve Stangaciu, 2014).
- Fitoterapi: Fitoterapi, geleneksel ve/veya modern yöntemlerle hazırlanan bitkisel tıbbi ürünlerin (etkin madde olarak bir veya birden fazla bitkisel droğu, bitkisel preparatı ya da bu bitkisel preparatlardan bir veya birden fazlasının yer aldığı karışımları ihtiva eden tıbbi ürünler; uçucu ve sabit yağlar, geleneksel bitkisel tıbbi ürünler, bitkisel ilaçlar vb.) kullanıldığı koruyucu, tamamlayıcı ve destekleyici bir uygulama yöntemidir (Sağlık Bakanlığı, 2025c).
- Hipnoz: Hipnoz, kişinin çevresel ve zihinsel uyaranlardan belirli bir süre uzaklaşarak bilinçaltı mesajları alma yeteneğini artırma yeteneğiyle doğuştan gelen tamamen doğal bir zihinsel durumdur (Erel ve Erel, 2017). Hipnotik trans olarak da

adlandırılan bu duruma girildiğinde, hastalara davranış değişikliklerini teşvik etmek veya semptomları hafifletmek için terapötik telkinler verilir (Vickers vd.,2001). Hipnoz başlı başına bir tedavi yöntemi olmamakla birlikte, tıbbi tedaviden önce veya sonra uygulanan tıbbi tedavinin tamamlayıcısı olarak kullanılabilen bilimsel bir yöntemdir (Erel ve Erel, 2017).

- Sülük Uygulaması: Sülük tedavisi, yüzyıllardır bilinmektedir ve hala kullanılmaktadır. Sülük uygulamasında bir veya daha fazla sülük, sorunlu bölgenin derisine yapıştırılır ve amaç sülükler beslenirken salgıladıkları tükürüklerinden potansiyel faydalar elde etmektir (Sig vd., 2017; Ahmad ve Anwar, 2009). Geleneksel terapistler, sülük tedavisini tarih boyunca çeşitli hastalıklar için kanıtlanmamış bir ev tedavisi ve yaygın bir terapötik teknik olarak kullanmışlardır. Bu hastalıklar arasında ağrı kesici ve iltihap önleyici etkiler olduğu bilinmektedir (Chhayani vd., 2023).

- Homeopati: Homeopati, yaşam gücünü dengeleyerek vücudun kendini doğal olarak iyileştirmesine yardım eden bir alternatif tedavi sistemidir (Arslan vd., 2013). Homeopati, zihinsel, duygusal, ruhsal ve fiziksel düzeylerde iç dengeyi teşvik eden bütünsel bir yaklaşımdır (Das, 2019). Homeopati, her insanın kendine özgü bir yapısı ve sağlık durumu olduğunu kabul eden, hastanın fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal iyileşmesinde etkili olan doğal ve bütüncül bir uygulama yöntemidir (Sağlık Bakanlığı, 2025d).

- Karyopraktik: Kayropraktik, sinir, kas ve iskelet sistemi bozuklukları sonucu gelişen rahatsızlıkların teşhis ve tedavisinde kullanılan bir yöntemdir (Arslan ve Şen, 2023). Bu yöntem omurga üzerinde düzeltmeler yaparak ağrının azaltılmasına ve fonksiyonelliğin artmasına yardımcı olmaktadır (Özcan vd., 2022).

- Kupa Uygulaması: Kupa tedavisi, tamamlayıcı ve alternatif kapsamında yer alan eski bir alternatif tıp yöntemidir. Kupa tedavisi, kasları uyarmak için hızlı, güçlü ve ritmik vuruşların basit bir uygulamasıdır ve özellikle uzuvlar, baş, boyun, omuzlar ve sırt ağrıları ve sıızılarının tedavisinde faydalıdır (Mehta ve Dhapte, 2015). Kupa tedavisi, yumuşak dokuyu gevşetir, fazla sıvıları ve toksinleri boşaltır, bağ dokusunu kaldırır ve kaslarda kan akışını sağlar (Musumeci, 2016). Kupa tedavisinin, çok çeşitli hastalık ve rahatsızlıkların tedavisinde potansiyel faydaları olduğuna inanılmaktadır. Kupa terapisi ile tedavi edilen hastalıklar arasında kronik kas ağrısı, bel ağrısı, nevralji ağrısı, fibromiyalji, baş ağrısı ve migren gibi ağrıya bağlı rahatsızlıklar yer almaktadır (Cao vd., 2010).

- Larva Uygulaması: Larva tedavisi (sinek larvası tedavisi, biyocerrahi, biyodebridman, sinek larvası debridman tedavisi larva debridman tedavisi), kontrollü bir ortamda yara üzerine canlı, tıbbi sınıf sinek larvalarının (çoğunlukla *Lucilia* (*Phaenicia*)) uygulanmasını tanımlayan bir tedavi yöntemidir (Shi and Shofler, 2014). Larva uygulamasında kullanılan larvalar, sağlıklı dokulardan ziyade nekrotize edilmiş hücrelerden beslenen, dezenfekte ve sterilize edilmiş yeşil şişe sineği *Lucilia sericata* (*Phaenicia sericata*) larvalarıdır (Gazi vd., 2019). Bu uygulama ile tedavi edilen hastalar genellikle, bir veya daha fazla alternatif tedavi yönteminin başarısız olduğu akut olmayan dış yaralara sahiptir (Whitaker vd., 2007).

- **Mezoterapi:** Mezoterapi, tıbbi ve estetik rahatsızlıkları tedavi etmek için çok ince iğneler kullanılarak, çok küçük dozlarda bir bileşik karışımının (bitki özleri, homeopatik ajanlar, ilaçlar, vitaminler ve diğer biyoaktif maddeler) çoklu intradermal veya subkutan enjeksiyonlarını içeren, hızla gelişen bir tedavi yöntemidir (Sivagnanam, 2010). Spor ve travma yaralanmaları, göz hastalıkları, akut ve kronik hastalıklara bağlı gelişen ağrılar, kadın hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıklarında mevcut tedaviyi destekleyici tamamlayıcı bir tıbbi tedavi yöntemidir (Sağlık Bakanlığı, 2025e).
- **Proloterapi:** Proloterapi uygulaması, kas iskelet ağrısı tedavisinde kullanılan bir yöntemdir (Özcan ve Sert, 2016). Proloterapi uygulamasının amacı, hasarlı ve zayıf doku bölgesinin yeni doku oluşumu ile güçlendirilmesidir (Çakmak, 2017).
- **Osteopati:** Osteopati, vücudun yapısı ve işlevi arasındaki karşılıklı ilişkiyi vurgulayan, vücudun doğuştan gelen kendi kendini iyileştirme yeteneğini kolaylaştıran, sağlığın ve sağlıklı gelişimin tüm yönlerine bütüncül bir yaklaşımı destekleyen hasta merkezli bir manuel tedavi disiplindir (Çiftci ve Çiftci, 2023).
- **Ozon Uygulaması:** Ozon uygulaması, son yıllarda birçok kronik hastalığın tedavisinde farklı dallarda kullanılan tamamlayıcı tıp yöntemlerinden biridir ve kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (Karakoyun vd., 2023). Ozon terapisi, tıbbi ozon gazının çeşitli yöntemlerle ilaç olarak kullanıldığı genel bir tıbbi tedavi yöntemidir (Cakir, 2014).
- **Refleksoloji:** Refleksoloji, ayaklarda ve ellerde bulunan ve iç organlarımıza ve vücudumuzun çeşitli bölgelerine karşılık gelen, belli başlı noktalara masaj uygulama tekniğidir (Kurt ve Can, 2013). El ve ayak yüzeyine uygulanan bu teknik, basınç kullanılarak yapılan bir dizi başparmak ve parmak hareketinden oluşur. Bu teknik özellikle ayaklardaki refleksler aracılığıyla vücudun her fiziksel bölgesini temsil ettiği söylenen vücut haritalarını takip eder (Whatley vd., 2022).
- **Müzik Terapisi:** Müzik terapi, bireyin veya grubun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik oluşturulan kendine özgü yöntemlere göre yapılandırılmış müzik aracılı uygulamaların terapötik bir ilişki içinde gerçekleştirildiği klinik ve kanıta dayalı bir süreçtir (Sağlık Bakanlığı, 2025f).

2002 ve 2004 yıllarında yapılan ek düzenlemelerle birlikte özel sağlık kuruluşlarında sunulan akupunktur hizmetlerinin de mevzuat kapsamına alınması, GETAT uygulamalarının kamusal denetim alanına dâhil edilmesini sağlamıştır (Öztürk vd., 2020). GETAT alanındaki düzenlemeler, Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planları ve kalkınma politikalarıyla da desteklenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 2013–2017 Stratejik Planı ile Onuncu Kalkınma Planı'nda, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının eğitimli sağlık profesyonelleri tarafından, uygun donanım ve etkin denetim mekanizmalarıyla yürütülmesi gerektiği açık biçimde vurgulanmıştır (Arpacı, 2021). Ayrıca 2010 yılında yürürlüğe giren Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Yönetmeliği, bitkisel ürünlerin ruhsatlandırılmasını sağlayarak GETAT uygulamalarının güvenliğini ve finansal sürdürülebilirliğini destekleyen tamamlayıcı bir düzenleme niteliği taşımaktadır. Bu bütüncül yasal ve politik çerçeve, özellikle geçmişte eğitimsiz kişiler tarafından ve ticari kaygılarla yürütülen GETAT uygulamalarının denetim altına alınması açısından büyük önem taşımaktadır. Bireylerin GETAT'a yönelmesinde ilaçların yan etkileri, modern tedavilere erişimde yaşanan güçlükler, maliyet baskısı ve kronik

hastalıklarda beklenen faydanın sağlanamaması gibi etkenlerin yanı sıra, modern tıbbın hasta hekim ilişkisinde insani boyutu yeterince yansıtamadığına dair algılar da etkili olmaktadır (Öztürk vd., 2020). Bu durum, GETAT'ın sağlık politikaları bağlamında yalnızca klinik değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel bir alan olarak da ele alınmasını gerekli kılmaktadır.

2014 yılında Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı'na (TÜSEB) bağlı olarak TÜSEB Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü kurulmuştur (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, 2014). Bu enstitünün temel amacı GETAT alanında yürütülecek bilimsel araştırmaları desteklemek, yeni uygulamaların geliştirilmesine öncülük etmek ve bu alandaki bilgi birikimini artırarak Türkiye'nin sağlık sistemine entegre edilebilir, güvenli ve etkili uygulamaları kazandırmaktır (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, 2014). 2019 yılında GETAT Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında yönetmelik yayınlamıştır (Resmi Gazete, 2019). Bu yönetmeliğin amacı uluslararası anlaşmalar ile iyi klinik uygulamaları çerçevesinde, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları alanlarında insanlar üzerinde bilimsel araştırma yapılmasına ve gönüllülerin haklarının korunmasına dair usul ve esasları düzenlemektir (Resmi Gazete, 2014).

5. KAMU VE ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA GETAT: KAPSAM, HİZMET SUNUMU VE ÜCRETLENDİRME BOYUTLARI

Türkiye'de GETAT uygulamalarının kamu ve özel sağlık kuruluşlarında sunumu, 2014 tarihli Yönetmelik sonrasında kurumsal bir yapı kazanmış ve bu uygulamalar sağlık hizmetleri sunumunun resmî ve izlenebilir bir parçası hâline gelmiştir. Bu durum, GETAT'ın yalnızca bireysel talep temelli bir tercih olmadığını; sağlık sistemi, sağlık politikaları, hasta güvenliği, yaşam kalitesi ve finansal sürdürülebilirlik boyutlarıyla birlikte ele alınması gereken çok yönlü bir alan olduğunu ortaya koymaktadır (Phutrakool ve Pongpirul, 2022).

5.1. Kamu Sağlık Kuruluşlarında GETAT

Kamu sağlık kuruluşlarında GETAT uygulamaları, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen standartlar doğrultusunda ve modern tıbbi tanı tedavi süreçleriyle entegre biçimde sunulmaktadır. Üniversite hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastaneleri bünyesinde kurulan GETAT uygulama merkezlerinde; akupunktur, ozon tedavisi, mezoterapi, fitoterapi, kupa ve sülük gibi yöntemler, özellikle kronik hastalıkların yönetimi, ağrı kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla destekleyici tedavi olarak kullanılmaktadır (Bayrak ve Güler, 2022). Kamu sektöründe GETAT uygulamalarının temel amacı, modern tıbbi tedavilerin yerine geçmekten ziyade, tedavi süreçlerini desteklemek, hasta uyumunu artırmak ve sağlık hizmetlerinde bütüncül yaklaşımı güçlendirmektir. Bu yaklaşım, aynı zamanda sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği açısından da önem taşımaktadır. Denetimsiz GETAT uygulamalarının gecikmiş tanı ve tedaviye yol açarak uzun vadede sağlık harcamalarını artırma riski bulunduğu; buna karşılık kamu kurumlarında sunulan kontrollü GETAT hizmetlerinin bu riskleri azaltabileceği vurgulanmaktadır (Somer ve Vatanoğlu-Lutz, 2017).

2000'li yıllarla birlikte GETAT alanındaki gelişim yalnızca uygulama boyutuyla sınırlı kalmamış; akademik ve kurumsal yapılanmayı güçlendiren adımlar da atılmıştır. Üniversiteler bünyesinde açılan eğitim programları, sertifikasyon süreçlerinin oluşturulması ve danışma kurullarının kurulması, GETAT'ın bilimsel bilgi üretimiyle ilişkilendirilmesine katkı

sağlamıştır. Bu kapsamda 2001 yılında İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü bünyesinde Tamamlayıcı Tıp Bölümü'nün kurulması ve 2003 yılında Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Danışma Kurulu'nun oluşturulması, GETAT alanının akademik meşruiyet kazanmasında önemli kurumsal gelişmeler olarak değerlendirilmektedir (Öztürk vd., 2020). Sağlık Bakanlığı (2025) yılı verilerine göre GETAT yönetmeliğinde belirtilen uygulamalar ile ilgili eğitim verebilecek GETAT Eğitim Merkezi sayısı 13'tür. GETAT Uygulama Merkezi sayısı ise 84'tür (Sağlık Bakanlığı, 2025g).

Tablo 1. GETAT Hizmeti Veren Eğitim Merkezleri ve Eğitim Verme Yetkisine Sahip Oldukları Alanlar

EĞİTİM MERKEZİ	EĞİTİM ALANLARI
Lokman Hekim Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Eğitimi Merkezi	Akupunktur
İstanbul Maltepe Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Eğitim Merkezi	Hipnoz, Kupa, Fitoterapi
Dokuz Eylül Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Eğitim Merkezi	Ozon, Kupa, Mezoterapi, Proloterapi, Hipnoz
Düzce Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Eğitim Merkezi	Akupunktur, Ozon Fitoterapi, Kupa, Sülük, Larva, Hipnoz, Apiterapi, Mezoterapi, Müzikterapi
Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Eğitim Merkezi	Akupunktur, Ozon, Fitoterapi, Kupa, Osteopati, Proloterapi, Homeopati, Apiterapi, Mezoterapi, Sülük, Refleksoloji
İstanbul Yeditepe Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Eğitim Merkezi	Akupunktur, Fitoterapi, Ozon
İstanbul Medipol Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Eğitim Merkezi	Akupunktur, Ozon, Fitoterapi, Kupa, Homeopati, Apiterapi, Mezoterapi, Hipnoz, Müzikterapi, Larva, Sülük
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Eğitim Merkezi	Kupa, Sülük, Akupunktur, Hipnoz, Fitoterapi, Ozon, Mezoterapi, Larva Proloterapi
Gazi Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Eğitim Merkezi	Akupunktur, Fitoterapi, Ozon, Kupa, Sülük, Hipnoz, Mezoterapi
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Eğitim Merkezi	Fitoterapi, Ozon
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Eğitim Merkezi	Fitoterapi, Akupunktur, Kupa, Hipnoz, Larva, Ozon, Apiterapi
Atatürk Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Eğitim Merkezi	Akupunktur, Hipnoz, Kupa, Ozon, Apiterapi
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Eğitim Merkezi	Akupunktur, Ozon, Mezoterapi, Hipnoz, Kupa, Fitoterapi, Proloterapi, Apiterapi, Osteopati, Sülük, Refleksoloji, Müzikterapi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2025h

Tablo 1’de görüldüğü üzere GETAT yönetmeliğinde belirtilen uygulamaların nasıl yapılacağına dair eğitim vermek üzere çok sayıda eğitim ve araştırma hastanesi yetkilendirmiştir. Alanında uzman eğitimciler tarafından verilen bu eğitimler sayesinde hastaların geleneksel tıp uygulamalarına karşı güveni oluşacak ve bu uygulamalar, bilimsel eğitime sahip uzman kişilerce uygulanmaya başlanacaktır.

5.2. Özel Sağlık Kuruluşlarında GETAT

Özel sağlık kuruluşları, GETAT uygulamalarının çeşitlenmesi ve özellikle sağlık turizmi bağlamında uluslararası görünürlük kazanmasında belirleyici bir role sahiptir. Özel hastaneler ve tıp merkezleri, esnek organizasyon yapıları ve hasta odaklı hizmet anlayışları doğrultusunda GETAT uygulamalarını sağlık turizmi stratejilerinin merkezine yerleştirmektedir (Biçer ve Yalçın Balçık, 2019). Türkiye’nin coğrafi konumu, görece düşük maliyetli ancak nitelikli sağlık hizmetleri sunabilmesi, sertifikalı sağlık profesyonelleri ve yasal düzenlemelerle güvence altına alınmış GETAT uygulamaları, ülkeyi sağlık turizmi açısından cazip bir merkez hâline getirmektedir (Kaya ve Yılmaz, 2020). Bu bağlamda GETAT, özel sağlık kuruluşları için yalnızca tamamlayıcı bir hizmet alanı değil; uluslararası hasta hareketliliğini artıran stratejik bir sağlık turizmi bileşeni hâline gelmiştir. Bununla birlikte, sağlık turizmi kapsamında sunulan GETAT uygulamalarında etik, bilimsel ve hukuki standartlara uyum kritik öneme sahiptir. Ticari kaygıların ön plana çıkması, bilimsel kanıta dayanmayan uygulamaların yaygınlaşmasına ve hasta güvenliğinin zedelenmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle özel sağlık kuruluşlarında sunulan GETAT hizmetlerinin sertifikasyon, kayıt, denetim ve bilgilendirilmiş onam süreçlerine uygun biçimde yürütülmesi gerektiği özellikle vurgulanmaktadır (Çeşmeci ve Demirtepe, 2024).

Özel hastaneler, ayaktan teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları, 2014 yılında yayınlanan GETAT yönetmeliği kapsamında içindedir. Özel sağlık kuruluşlarının, bu yönetmelikte anılan uygulamaları yapabilmek için belirli kriterlere sahip olması gerekmektedir. Bu kriterler ile çeşitli ruhsatlarla açılan işletmeleri ya da kayıt dışı alanlarda GETAT hizmetlerinin verilmesinin önüne geçilmesini amaçlamaktadır. Yönetmelik kapsamında özellikle ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları dikkate alınarak oluşturulduğu anlaşılan bazı maddelerden olan ünite ve merkezlerde bulundurulması gereken asgari birimler, sağlık kuruluşlarında arşiv ve hasta bekleme alanları için asgari fiziki şartlar belirtilmiştir terapisidir (Resmî Gazete, 2014). Özel hastaneler, ayaktan teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları, yönetmelikte yer alan tüm şartları taşımak zorundadır. GETAT uygulamaları için özel sağlık kuruluşlarında standart bir ücretlendirme tarifi bulunmamaktadır (Doğru ve Şahbaz, 2020). Ücretlendirme tarifi ile ilgili olarak yapılacak olan çalışmalar neticesinde belirli bir standart getirilerek tavan veya taban ücretlerinin belirlenmesi, özellikle hastaların mağdur olmaması açısından önem taşımaktadır.

6. SONUÇ

GETAT, tüm dünyada ve ülkemizde giderek daha fazla insan tarafından kabul görmekte ve benimsenmektedir. GETAT, modern tıbbı alternatif değil, tamamlayıcı bir yaklaşım olarak sağlık sistemlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Türkiye ve dünya genelinde GETAT uygulamaları, sağlık turizmi ve toplum sağlığı açısından giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Ülkemizde 2000 yıllardan sonra GETAT alanında yapılan çalışmalar ve yasal

düzenlemeler hızlı bir ivme kazanmıştır. Yapılan çalışmalar sayesinde GETAT uygulamaları için yasal bir dayanak oluşmuş, bu uygulamaların alanında uzman ve yetkili sağlık personeli tarafından uygulanması sağlanmıştır. Ülkemiz yapılan çalışmalar sayesinde GETAT alanında ciddi mesafe kat etmiş olsa da özellikle GETAT uygulamalarının sağlık hizmetlerine entegrasyonu, hizmet sunumunda fiyat standardizasyonu ve etkinliği kanıtlanmış yöntemlerin sosyal güvenlik sistemine entegrasyonu hususlarında henüz istenilen düzeye ulaşılammış olup, bu alanlarda kapsamlı politikalara ve stratejik planlamalara ihtiyaç duyulmaktadır. GETAT uygulamaları kültürel mirasın bir parçası olarak kabul etmekle birlikte, bu uygulamaların sağlık sistemleri içerisinde güvenli, denetlenebilir ve standartlara dayalı biçimde sunulması gerekmektedir. Politika yapıcılar, yasal düzenlemeleri geliştirerek, güvenilir ve etkin bir GETAT uygulama altyapısı oluşturmali, sağlık turistlerinin tercihlerini etkileyen kültürel ve psikolojik faktörleri araştırmalıdır.

KAYNAKÇA

- Ahmad, T., & Anwar, M. (2009). Clinical importance of leech therapy. *Indian Journal of Traditional Knowledge*, 8(3), 443-445.
- Arpacı, Ö. (2021). Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilen geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve bunların hukuka uygunluğunun değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 23(2), 1245–1307.
- Arslan, M., & Şen, M. E. (2023). Kayropraktik eğitim seminerinin fizyoterapi öğrencilerinin kayropraktik hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumlarına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 541-546.
- Arslan, M., Şahne, B. S., & Şar, S. (2013). Alternatif bir tedavi sistemi: homeopati. *Journal of Literature Pharmacy Sciences*, 2(2), 47-54.
- Bayrak, F., & Güler, H. (2022). Tamamlayıcı ve alternatif tıbbın sağlık sistemindeki yeri ve önemi. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 15(3), 190–197.
- Biçer, İ., & Yalçın Balçık, P. (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp: Türkiye ve seçilen ülkelerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 245–257.
- Cakir, R. (2014). General aspects of ozone therapy. *Pharmacology and Nutritional Intervention in the Treatment of Disease*. IntechOpen, 159.
- Cao, H., Han, M., Li, X., Dong, S., Shang, Y., Wang, Q., ... & Liu, J. (2010). Clinical research evidence of cupping therapy in China: a systematic literature review. *BMC Complementary And Alternative Medicine*, 10(1), 70.
- Chhayani, K., Daxini, P., & Patel, P. (2023). An overview on medicinal leech therapy. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 11, 107-113.
- Çakmak, S. (2017). Kas-iskelet sistemi hastalıklarında proloterapi. *Totbid Dergisi*, 16, 282-286.
- Çeşmeci, N., & Demirtepe, F. (2024). Traditional and complementary medicine in health tourism: Cupping and leech therapy case from Kayseri. *Journal of Hospitality and Tourism Issues*, 6(2), 149–164.

- Çiftci, M. M., & Çiftci, N. (2023). Bir Manuel Tedavi Yöntemi: Osteopati. *Anadolu Tıbbi Dergisi*, 2(1), 10-14.
- Das, E. (2019). Understanding the principles of homeopathy on a research perspective. *J Complement Med Alt Healthcare*, 9(2), 555756.
- Doğru, F., & Şahbaz, R. P. (2020). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp; Türkiye'deki uygulamalar üzerine bir değerlendirme. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 3(1), 107-118.
- Erel, Ö., & Erel, K. V. (2017). Hypnosis. *Meandros Medical and Dental Journal*, 18(2), 76-79.
- Gazi, U., Özkan, A. T., & Mumcuoğlu, K. (2019). Larval terapi ve kronik yaralar. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 55-60.
- Gupta, R. K., & Stangaciu, S. (2014). Apitherapy: holistic healing through the honeybee and bee products in countries with poor healthcare system. In *Beekeeping for poverty alleviation and livelihood security* (pp. 413-446). Springer, Dordrecht.
- Karakoyun A, Yalkın Y, Yanartaş G. (2023). Effect of ozone therapy on pain, depression and quality of life in patients with fibromyalgia syndrome. *Mev Med Sci*, 3(3): 115-120
- Kavaklı, A. (2010). Akupunktur. *Fırat Tıp Dergisi*, 15(1), 1-4.
- Kaya, R. R., & Yılmaz, N. (2020). Türkiye ve Hindistan'da geleneksel tıp uygulamaları: sağlık turizmi perspektifinden bir karşılaştırma. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 3(3), 422-434.
- Kemppainen, L. M., Kemppainen, T. T., Reippainen, J. A., Salmenniemi, S. T., & Vuolanto, P. H. (2018). Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scandinavian journal of public health*, 46(4), 448-455.
- Kemppainen, L. M., & Kemppainen, T. T. (2025). Changes in Complementary and Alternative Medicine (CAM) use from 2014 to 2023: Findings from a cross-national population-based survey in Europe. *Journal of Public Health*, 1-13.
- Kristoffersen, A. E., Jong, M. C., Nordberg, J. H., van der Werf, E. T., & Stub, T. (2022). Safety and use of complementary and alternative medicine in Norway during the first wave of the COVID-19 pandemic using an adapted version of the I-CAM-Q; a cross-sectional survey. *BMC complementary medicine and therapies*, 22(1), 234.
- Kurt, S., & Can, G.(2013). Refleksoloji ve Kullanım Alanları. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*,4(3):54-55.
- Mehta, P., & Dhapte, V. (2015). Cupping therapy: A prudent remedy for a plethora of medical ailments. *Journal of traditional and complementary medicine*, 5(3), 127-134.
- Musumeci, G. (2016). Could cupping therapy be used to improve sports performance?. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 1(4), 373-377.
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2020). *Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?* U.S. Department of Health and

- Human Services. <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>.
- Özcan, E., & Sert, A. T. (2016). Kas iskelet ağrısı tedavisinde proloterapinin kanıta dayalı kullanımı. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 62(2), 192-198.
- Özcan, E., Hatık, S. H., & Tekin, D. (2022). Kronik bel ağrılı bireylerde kayropratik manipülasyonu ile mulligan mobilizasyonu tekniğinin ağrı ve fonksiyonellik üzerine etkisinin karşılaştırılması. *Ahi Evran Medical Journal*, 6(1), 55-63.
- Öztürk, Y. E., Dömbekci, H. A., & Ünal, S. (2020). Geleneksel Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi*, 1(3), 23-35.
- Park, H. L., Lee, H. S., Shin, B. C., Liu, J. P., Shang, Q., Yamashita, H., & Lim, B. (2012). Traditional medicine in China, Korea, and Japan: A brief introduction and comparison. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2012/429103>
- Phutrakool, P., & Pongpirul, K. (2022). Acceptance and use of complementary and alternative medicine among medical specialists: a 15-year systematic review and data synthesis. *Systematic Reviews*, 11(10), 2-14.
- Shi, E., & Shofler, D. (2014). Maggot debridement therapy: a systematic review. *British journal of community nursing*, 19(Sup12), S6-S13.
- Sig, A. K., Guney, M., Guclu, A. U., & Ozmen, E. (2017). Medicinal leech therapy an overall perspective. *Integrative Medicine Research*, 6(4), 337-343.
- Sivagnanam, G. (2010). Mesotherapy–The french connection. *Journal of pharmacology & pharmacotherapeutics*, 1(1), 4.
- Somer, P., & Vatanoğlu-Lutz, E. E. (2017). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp: Kavramlar ve uygulamalar. İstanbul: Sağlık Yayınevi.
- Szabat, P., Poleszak, J., Szabat, M., Boreński, G., Wójcik, M., & Milanowska, J. (2019). Apitherapy–the medical use of bee products. *Journal of Education, Health and Sport*, 9(8), 384-396.
- T.C. Resmi Gazete. (2014, 27 Ekim). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği .<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>
- T.C. Resmi Gazete. (2019, 9 Mart). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190309-2.htm>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2023). Daire Başkanlığının Görevleri. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. Erişim adresi: <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-8458/daire-baskanliginin-gorevleri.html>

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2025b), Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Geleneksel Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı, Akupunktur Uygulama Kılavuzu, Ankara, ss.73S
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2025c), Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Geleneksel Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı, Fitoterapi Uygulama Kılavuzu, Ankara, ss.107
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2025d), Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Geleneksel Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı, Homeopati Uygulama Kılavuzu, Ankara, ss. 37
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2025e), Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Geleneksel Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı, Mezoterapi Uygulama Kılavuzu, Ankara, ss. 45
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2025f), Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Geleneksel Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı, Müzik Terapi Uygulama Kılavuzu, Ankara, ss. 38
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2025g). Uygulama Merkezleri. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. Erişim adresi: <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-21264/uygulama-merkezleri.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025a). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama kılavuzları. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. Erişim adresi: <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-111072/turkce.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025h). Eğitim Merkezleri. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. Erişim adresi: <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-8536/egitim-merkezleri.html>
- Tuna, B. (2021). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve küresel sağlık sistemine entegrasyonu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 98–105.
- Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (2014). Hakkımızda. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü. Erişim adresi: <https://getat.tuseb.gov.tr/kurumsal/hakkimizda>
- Van der Werf, E. T., Busch, M., Jong, M. C., & Hoenders, H. R. (2021). Lifestyle changes during the first wave of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey in the Netherlands. *BMC public health*, 21(1), 1226.
- Veziari, Y., Leach, M. J., & Kumar, S. (2017). Barriers to the conduct and application of research in complementary and alternative medicine: a systematic review. *BMC complementary and alternative medicine*, 17(166), 1-14.
- Vickers, A., Zollman, C., & Payne, D. K. (2001). Hypnosis and relaxation therapies. *Western Journal of Medicine*, 175(4), 269.
- Whatley, J., Perkins, J., & Samuel, C. (2022). Reflexology: exploring the mechanism of action. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 48, 101606.

Whitaker, I. S., Twine, C., Whitaker, M. J., Welck, M., Brown, C. S., & Shandall, A. (2007). Larval therapy from antiquity to the present day: mechanisms of action, clinical applications and future potential. *Postgraduate medical journal*, 83(980), 409-413.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

GETAT HİZMETLERİNDE FİNANSMAN VE SAĞLIK EKONOMİSİ

İlknur ARSLAN ARAS ¹

1. GİRİŞ

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) hizmetlerinin sağlık sistemlerine entegrasyonu çoğunlukla klinik etkinlik ve güvenlik ekseninde tartışılmakla birlikte, bu entegrasyonun sistem üzerindeki belirleyici etkisi büyük ölçüde finansman yapısının nasıl kurgulandığına bağlıdır. Finansman mimarisi; hizmetlere erişimin hangi gruplar için mümkün olacağını, piyasada hangi hizmet sunucuların varlık göstereceğini, kalite ve denetim mekanizmalarının hangi düzeyde işleyeceğini ve kamu bütçesi ile hanehalkı bütçesi arasındaki yük paylaşımını doğrudan şekillendirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO), GETAT uygulamalarının özellikle kronik hastalık yönetimi, yaşam tarzına bağlı risklerin azaltılması ve yaşlanan nüfusun sağlık gereksinimlerinin karşılanması açısından önemli ancak sıklıkla göz ardı edilen bir kaynak olduğunu vurgulamaktadır. Bununla birlikte ülkeler arasında düzenleme, hizmet sunumu ve özellikle geri ödeme mekanizmaları bakımından belirgin farklılıklar bulunduğu ifade edilmektedir (World Health Organization [WHO], 2019). Ayrıca WHO'nun 2014–2023 dönemi stratejik planında, GETAT'ın güvenli biçimde entegre edilebilmesi için kanıt üretimi, standardizasyon, düzenleyici kapasite ve yönetim mekanizmalarının güçlendirilmesinin gerekliliği açık biçimde ortaya konulmuştur (WHO, 2013).

Türkiye’de GETAT alanı, 2014 yılında yayımlanan yönetmelikle yetkilendirme, eğitim ve uygulama boyutlarında kurumsal bir çerçeveye kavuşturulmuş; kamu ve üniversite hastanelerinde birimlerin yaygınlaşmasıyla birlikte hizmet sunumunun görünürlüğü artmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Buna karşın finansman yapısının aynı ölçüde kurumsallaşmadığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın kamu fiyat tarifelerinde, kamu sağlık kuruluşlarında sunulan geleneksel tıp uygulamalarının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) geri ödeme kapsamı dışında bırakıldığı açıkça belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025). Bu durum, GETAT hizmetlerine yönelik talebin önemli bir bölümünün cepten ödeme yoluyla karşılanmasına neden olmakta; gelir grupları arasında erişim eşitsizliklerini, fiyat istikrarsızlığını, kayıt dışı hizmet sunumunu ve kalite ile güvenliğe ilişkin riskleri artırabilmektedir.

Bu bölümde, sağlık ekonomisi ve sağlık finansmanı literatürünün kavramsal araçları kullanılarak Türkiye’de GETAT finansmanının mevcut durumu analiz edilmekte; uluslararası uygulamalarla karşılaştırmalar yapılmakta ve SGK geri ödeme politikaları, hanehalkı cepten harcamaları, özel ve tamamlayıcı sigorta mekanizmaları ile maliyet-etkililik kanıtları çerçevesinde uygulanabilir politika seçenekleri tartışılmaktadır.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ilknur.arslan@yuksekihtisas.edu.tr, ORCID: 0000-0003-4030-0158

2. TÜRKİYE’DE GETAT FİNANSMAN MODELLERİ VE MEVCUT DURUM

2.1. Dünyadaki GETAT Finansman Modelleri ile Türkiye’nin Karşılaştırılması

Uluslararası uygulamalarda GETAT hizmetlerinin finansmanı temelde iki model etrafında şekillenmektedir: seçilmiş uygulamaların sosyal sigorta kapsamında geri ödemeye alındığı entegre modeller ve hizmetlerin büyük ölçüde cepten ödemelerle finanse edildiği piyasa ağırlıklı modeller. Tayvan ve Güney Kore gibi ülkelerde geleneksel tıp uygulamaları ulusal sağlık sigortası paketine geniş ölçüde dâhil edilmiş; bu durum hizmet kullanımının artmasına ve GETAT’ın sağlık sistemi içinde kurumsallaşmasına yol açmıştır (Shih vd., 2008; Park vd., 2025). Buna karşılık ABD’de akupunktur başta olmak üzere GETAT uygulamaları çoğunlukla geri ödeme dışında kalmakta ve bireysel harcamalara dayanmaktadır (Candon vd., 2022; Bleck vd., 2021).

Türkiye’nin mevcut konumu finansman açısından ikinci modele daha yakındır. GETAT uygulamaları kamu kurumlarında sunulmasına rağmen SGK geri ödeme kapsamı dışında tutulmakta; böylece hizmetin finansmanı büyük ölçüde cepten ödemelere yüklenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025). Bu yapı, erişimi gelir düzeyine bağımlı hâle getirirken fiyat istikrarsızlığını ve kayıt dışı arz riskini de artırmaktadır.

Karşılaştırmalı deneyimler, GETAT’ın sağlık sistemine entegrasyonunda belirleyici unsurun klinik kabulden çok finansman tasarımı olduğunu göstermektedir. Geri ödeme kapsamına alınan ülkelerde hizmet hızla yaygınlaşırken, kapsam dışında kalan sistemlerde kullanım sınırlı kalmakta ve finansal yük bireylere aktarılmaktadır. Bu çerçevede Türkiye’de GETAT’ın mevcut finansman mimarisi, uluslararası entegre modellerden ziyade piyasa ağırlıklı yapı ile örtüşmekte; bu durum finansal koruma ve sağlık sistemi sürdürülebilirliği açısından önemli politika tartışmalarını beraberinde getirmektedir.

2.2. Kamu Bütçesi, Döner Sermaye ve Özel Sektör Dengesi

Türkiye’de GETAT finansmanı pratikte kamu hastanelerinde ücretli sunum, özel sektör hizmetleri ve bireysel cepten ödemeler üzerinden yürütülmektedir. Kamu kurumlarında GETAT birimlerinin bulunması hizmetin kamusal olarak tanındığı izlenimini yaratmakla birlikte, geri ödeme mekanizmasının yokluğu nedeniyle etkin bir finansal koruma sağlanamamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan fiyat tarifelerinde geleneksel tıp uygulamalarının SGK kapsamı dışında bırakıldığı açık biçimde belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025). Bu yapı, erişimde ödeme gücünü örtük bir belirleyici hâline getirmekte ve sağlıkta eşitlik ilkesini zayıflatmaktadır.

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Kamu Fiyat Tarifesi

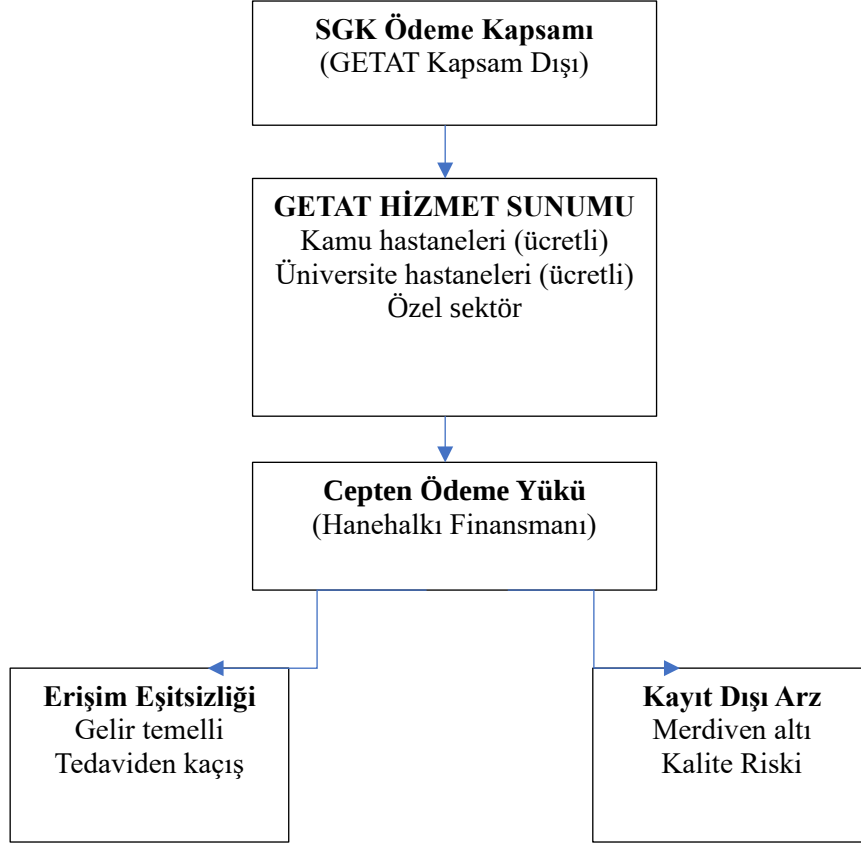
SUT Kodu	İşlem / Uygulama	2025 Yılı Ücret (TL)
S101890	Akupunktur	300
S101900	Kinezyoterapi	250
S101910	Osteopati	335
S101920	Fitoterapi	250
S101950	Kupa Tedavisi (Hacamat)	300
S101955	Hirudoterapi (Sülük)	250
S101970	Hipnoz	380
S101983	Mezoterapi	280
S101990	İlk Muayene	335
S102000	Servikal Omurga Manipülasyonu	250
S102020	Lomber Omurga Manipülasyonu	250
S102030	Ekstremit Eklemler Manipülasyonu	190
S102060	Ozon – Minör Uygulama	100
S102062	Ozon – Rektal	250
S102070	Ozon – Majör Uygulama	280

Tablo 1’de sunulan GETAT Uygulamaları Kamu Fiyat Tarifesi 2025 yılı, kamu sağlık kuruluşlarında uygulanabilen GETAT hizmetlerinin kapsamını, faturalandırma esaslarını ve seans başına belirlenen ücretleri ayrıntılı biçimde ortaya koymaktadır. Tabloda yer alan bilgilere göre; akupunktur, fitoterapi, homeopati, kupa tedavisi (hacamat), hirudoterapi, osteopati, hipnoz, ozon uygulamaları ve kayropraktik işlemler gibi çok sayıda GETAT uygulaması için SUT kodları tanımlanmış ve her bir işlem için kamu tarafından uygulanabilecek ücretler belirlenmiştir. Ayrıca, bazı uygulamalarda malzeme bedelinin ücrete dâhil olmadığı, ilk muayene ve sonraki seansların ayrı ücretlendirildiği ya da aile hekimliğinde sunulan hizmetler için farklı usul ve esasların geçerli olduğu açıkça belirtilmiştir.

2.3. Üniversite Hastaneleri ve Özel Sektör Bağlamında GETAT Hizmetlerinin Finansmanı

Üniversite hastanelerinde döner sermaye gelirlerinin hizmet üretimiyle doğrudan ilişkili olması, GETAT hizmetlerini belirgin biçimde “talep–gelir” bağını güçlendiren bir zemine taşımaktadır. Geri ödeme kapsamı dışında kalan bu hizmetlerde gelir sürdürülebilirliği büyük ölçüde bireysel ödemelere dayanmaktadır. Bu yapı, arzın genişlemesini teşvik edebilir; ancak arz artışının sosyal refah üzerindeki etkisi, etkin kalite güvence ve denetim mekanizmalarının varlığına bağlıdır. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi ve belirsizlik dikkate alındığında, denetimsiz genişlemenin refah artırıcı etkisi sınırlı kalabilir (Arrow, 1963).

Özel hastaneler ve klinikler, fiyatlandırma konusunda kamuya kıyasla daha geniş bir hareket alanına sahiptir. GETAT hizmetlerinin geri ödeme dışı kalması, fiyatların büyük ölçüde piyasa koşulları tarafından belirlenmesine yol açmaktadır. Bu bağlamda denetim ve standardizasyon, yalnızca klinik kalite açısından değil; aynı zamanda “piyasa disiplininin” sağlanması açısından da kritik önemdedir. Aksi durumda, fiyat–kalite ilişkisinin zayıflaması ve hasta güvenliğinin riske girmesi olasıdır (WHO, 2019).



Şekil 1. Türkiye Sağlık Finansman Sistemi İçinde GETAT Hizmetlerinin Konumu

Not: Şekil, yazar tarafından WHO (2019) ve Türkiye mevzuat/kurumsal yapı bilgisi temelinde oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025).

Şekil 1, Türkiye’de GETAT hizmetlerinin mevcut sağlık finansman mimarisi içindeki konumunu ve bu konunun sistem düzeyinde ürettiği sonuçları bütüncül bir çerçevede ortaya koymaktadır. Şekilde görüldüğü üzere, GETAT uygulamalarının Sosyal Güvenlik Kurumu geri ödeme kapsamı dışında bırakılması, hizmet sunumunun kamu, üniversite ve özel sektör tarafından ağırlıklı olarak ücretli biçimde gerçekleştirilmesine yol açmaktadır. Bu yapı, finansman yükünün doğrudan hane halkına aktarılmasına neden olmakta ve GETAT hizmetlerine erişimi büyük ölçüde bireylerin ödeme gücüne bağımlı hâle getirmektedir.

Şekil 1’de gösterilen bu cepten ödeme ağırlıklı yapı, yalnızca erişimde eşitsizlik üretmekle kalmamakta; aynı zamanda kayıt dışı ve denetimsiz hizmet sunumunu teşvik eden bir ekonomik zemin oluşturmaktadır. Özellikle fiyat baskısı altında kalan bireylerin daha düşük maliyetli ancak kalite güvencesi bulunmayan uygulamalara yönelmesi, kısa vadede bireysel harcamaları azaltıyor gibi görünse de uzun vadede komplikasyonlar, geç başvurular ve yeniden tedavi gereksinimleri yoluyla sağlık sisteminin toplam maliyetini artırıcı bir etki üretmektedir.

3. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (SGK) VE GERİ ÖDEME POLİTİKALARI

Son yıllarda akupunktur ve diğer geleneksel uygulamaların sağlık sigortası kapsamına alınması, hizmet kullanım desenlerini ve bireysel ödeme yükünü belirgin biçimde etkilemektedir. ABD’de sağlık planlarını inceleyen çalışmalar, akupunkturun uzun süre sigorta

kapsamı dışında kaldığını ve hastaların büyük ölçüde cepten ödeme yapmak zorunda olduğunu göstermiştir. Candon vd. (2022), sigorta planlarının yalnızca yaklaşık üçte birinin akupunkturu karşıladığını; kapsama giren durumlarda ise yüksek katılım paylarının sürdüğünü ortaya koymuştur. Benzer biçimde Bleck vd. (2021) kapsam taraması, fizik tedavi gibi konvansiyonel hizmetlerin neredeyse evrensel biçimde karşılanmasına karşın, akupunkturun kamu ve özel sigorta sistemlerinde oldukça sınırlı yer bulduğunu göstermektedir. Bu durum, finansman mimarisinin GETAT kullanımını doğrudan yönlendiren temel unsur olduğunu ortaya koymaktadır.

Geri ödeme mekanizmalarının devreye girdiği sistemlerde ise kullanımın hızla arttığı görülmektedir. ABD’de geri ödemesi yapılan bel ağrısı tedavilerinde akupunktur kullanımını inceleyen güncel analizler, kapsama alınan hizmetlerin klinik pratiğe hızla entegre edildiğini ve tamamlayıcı ağrı yönetiminin önemli bir bileşeni hâline geldiğini göstermektedir (Candon vd., 2024). Benzer eğilimler Doğu Asya sağlık sistemlerinde de izlenmektedir. Güney Kore ve Tayvan gibi ülkelerde ulusal sağlık sigortası kapsamında geleneksel tıp uygulamalarının geniş ölçüde karşılanması, akupunktur ve kupa tedavisi gibi yöntemlerin toplam sağlık harcamaları içinde görünür paylara ulaşmasına yol açmıştır (Shih vd., 2008; Park vd., 2025). Bu bulgular, geri ödeme kapsamının yalnızca erişimi değil, tedavi tercihlerini ve sistem düzeyinde harcama kompozisyonunu da dönüştürdüğünü göstermektedir.

Kupa tedavisi (hacamat) özelinde yapılan klinik ve entegrasyon çalışmaları da benzer bir tablo sunmaktadır. Çin ve Orta Doğu ülkelerinde yürütülen araştırmalar, bu uygulamanın geleneksel kullanımdan kamu sağlık sistemlerine doğru kurumsallaştığını; ağrı yönetimi başta olmak üzere çeşitli klinik alanlarda yaygınlaştığını ortaya koymaktadır (Cao vd., 2010; Khalil vd., 2018). Bibliyometrik analizler ise son yıllarda kupa tedavisine yönelik bilimsel üretimin hızla arttığını ve uygulamanın modern klinik protokollerle birlikte değerlendirilmeye başlandığını göstermektedir (Xu vd., 2025). Bu gelişmeler, GETAT uygulamalarının yalnızca kültürel pratikler olmaktan çıkarak sağlık sistemlerinin düzenlenmiş ve finanse edilen bileşenleri hâline geldiğini göstermektedir.

Bu literatür bütüncül olarak değerlendirildiğinde, GETAT hizmetlerinin yaygınlığı ve ekonomik etkisinin klinik etkinlikten çok finansman politikaları tarafından belirlendiği açıkça görülmektedir. Geri ödeme dışı bırakılan sistemlerde kullanım sınırlı kalmakta ve cepten ödeme yükü artarken; kapsama alınan sistemlerde hizmet hızla entegre olmakta ve sağlık hizmeti talebinin yapısı değişmektedir. Dolayısıyla GETAT’ın sağlık sistemleri üzerindeki mali ve organizasyonel etkisi, büyük ölçüde klinik tercihten ziyade sigorta kapsamı ve ödeme tasarımı üzerinden şekillenmektedir. Bu durum Türkiye açısından da geri ödeme politikalarının yalnızca maliyet değil, hizmet kullanım davranışı ve kayıt dışı piyasa dinamikleri üzerinde belirleyici bir araç olduğunu göstermektedir.

3.1. Mevcut SUT Kapsamında GETAT’ın Yeri

SGK geri ödeme politikalarının ana çerçevesi Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) üzerinden şekillenmektedir. SUT’ta dönemsel değişiklikler yapılmakla birlikte (SGK, 2024a; SGK, 2024b), Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan kamu fiyat tarifesi, GETAT uygulamalarının — kamu sağlık kuruluşlarında sunulanlar dâhil olmak üzere — SGK geri ödeme kapsamında yer almadığını açık biçimde ortaya koymaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,

2025). Bu nedenle mevcut durumda GETAT hizmetleri, kamusal geri ödeme sistemi dışında konumlanmaktadır.

3.2. Geri Ödeme Kapsamına Alınma Kriterleri ve Yaşanan Zorluklar

Geri ödeme kararları genel olarak üç temel ekseninde değerlendirilmektedir:

- (i) klinik etkinlik,
- (ii) güvenlik,
- (iii) ekonomik değer (maliyet-etkililik ve bütçe etkisi) (Drummond vd., 2015).

GETAT alanında bu değerlendirmeleri zorlaştıran başlıca unsurlar şunlardır:

- Heterojenlik ve standardizasyon sorunu: Aynı başlık altında farklı uygulama protokolleri, seans sayıları ve uygulayıcı profilleri bulunmakta; bu durum kanıtın genellenebilirliğini ve transfer edilebilirliğini sınırlamaktadır (Ai vd., 2024).
- Gerçek yaşam verisi altyapısının sınırlılığı: Sonuç ölçümü, komplikasyon takibi ve yeniden başvuru verileri geri ödeme tartışmasının teknik omurgasını oluşturmaktadır. Bu verilerin yokluğunda “kanıt belirsizliği” artmaktadır (WHO, 2013).
- Bütçe etkisi belirsizliği: Maliyet-etkililik olumlu sonuç verse dahi, artan talep nedeniyle toplam harcamanın yükselme riski bulunmaktadır. Bu nedenle ödeme tasarımı (paket ödeme, ön onay mekanizmaları, endikasyon kısıtları) belirleyici hâle gelmektedir (Drummond vd., 2015; Pauly, 1968).

3.3. Gelecek Projeksiyonu: Hangi Uygulamalar Geri Ödemeye Girebilir?

GETAT uygulamalarının geri ödeme sistemine entegrasyonu, klinik etkinlik kanıtının gücü ve ekonomik değer üretme kapasitesi temelinde şekillenmektedir. Uluslararası sağlık teknolojisi değerlendirmesi literatürü, geri ödeme kararlarının belirsizliğin yüksek olduğu alanlarda seçici ve koşullu entegrasyon modelleri üzerinden ilerlediğini göstermektedir (Drummond vd., 2015; Ai vd., 2024).

Mevcut kanıtlar, özellikle kronik bel ağrısı ve diğer kas-iskelet sistemi ağrılarında akupunkturun hem klinik etkinlik hem de maliyet-etkinlik açısından görece güçlü bir konuma sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Ratcliffe vd., 2006; Vickers vd., 2018). Bu nedenle akupunktur, Türkiye’de pilot geri ödeme programları için en olası aday uygulama olarak öne çıkmaktadır.

Buna karşılık kupa tedavisi ve bitkisel temelli uygulamalarda klinik etkinlik literatürü genişlemekle birlikte, ekonomik değerlendirme kanıtı daha sınırlıdır. WHO raporları, bu alanlarda standardizasyon ve sistematik veri üretimi sağlanmadan kapsamlı finansal entegrasyonun riskli olabileceğini vurgulamaktadır (WHO, 2013; WHO, 2019).

Bu bulgular ışığında Türkiye için en olası senaryo, güçlü klinik ve ekonomik kanıta sahip uygulamaların (öncelikle akupunktur) seçilmiş endikasyonlarda koşullu ve aşamalı biçimde geri ödeme kapsamına alınması; diğer GETAT uygulamalarının ise kanıt üretimi süreci tamamlanmadan kapsam dışında kalmaya devam etmesidir.

4. CEPTEN YAPILAN HARCAMALAR VE HANEHALKI EKONOMİSİ

4.1. Hastaların GETAT Hizmetlerine Ayırdığı Bütçe ve Ödeme İstekliliği

GETAT’a özgü cepten harcamaları düzenli biçimde izleyen resmî bir zaman serisi bulunmadığından, hane halkı üzerindeki etki dolaylı göstergeler ve örneklem çalışmaları üzerinden değerlendirilmektedir. Genel sağlık harcamaları çerçevesinde, TÜİK 2024 verileri hane halkı cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payını %18,8 olarak raporlamaktadır (TÜİK, 2024). GETAT hizmetlerinin geri ödeme kapsamı dışında kalması, bu alandaki finansal yükün doğrudan ve görünür biçimde hane halkına aktarılması anlamına gelmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025).

4.2. Kayıt Dışı Ekonomi ve Merdiven Altı Uygulamaların Finansal Boyutu

GETAT hizmetlerinin geri ödeme mekanizmalarının dışında kalması, sağlık hizmeti sunumunun önemli bir bölümünü kayıt dışı ve yarı-formal piyasalara kaydırma potansiyeli taşımaktadır. Sağlık ekonomisi literatürü, kayıt dışı ekonomiyi yalnızca vergi kaybı üreten bir alan olarak değil; hane halkı, topluluk temelli, yeraltı ve formel sektörler arasında geçişkenlik gösteren çok katmanlı bir ekonomik yapı olarak tanımlamaktadır (Wallman ve Baker, 1996; Selling ve Work, 2000). Bu yapı içinde sağlık hizmetleri ve ilaç temini, özellikle düşük düzenleme kapasitesine sahip alanlarda sıklıkla kayıt dışı kanallar üzerinden yürütülmektedir.

İlaç ve sağlık hizmetlerinin informal piyasalarda sunumuna ilişkin çalışmalar, bu alanlarda fiyat rekabetinin kaliteyi aşağı çekme eğiliminde olduğunu ve tüketicilerin güvenilir bilgiye erişiminin sınırlı kaldığını göstermektedir (Cross ve MacGregor, 2010; Worou-Houndekon ve Pesqueux, 2013). Bu durum GETAT uygulamaları açısından da benzer bir risk üretmektedir: düşük maliyetli ve denetimsiz hizmet sunumu kısa vadede erişimi artırıyor gibi görünse de klinik komplikasyonlar, tedavi başarısızlıkları ve geç başvurular yoluyla sağlık sistemine ikincil maliyet yükleri doğurmaktadır.

Kayıt dışı sağlık piyasalarında hizmete yönelimi belirleyen temel faktörlerden biri maliyet baskısıdır. Resmî sağlık sisteminde geri ödeme dışında kalan tedavilere erişimde fiyat engeli arttıkça, bireylerin daha ucuz fakat güvencesiz alternatiflere yönelme olasılığı yükselmektedir. İnformal sektörlerde tedavi yollarını inceleyen ampirik çalışmalar, ekonomik kısıtların bireyleri geleneksel ya da denetimsiz sağlık hizmetlerine yönlendirdiğini açık biçimde ortaya koymaktadır (Afolabi vd., 2020).

Bu çerçevede kayıt dışı arzın finansal boyutu yalnızca kayıtsız gelir üretimi ve vergi kaybıyla sınırlı değildir. Düşük kalite hizmetler sonucu ortaya çıkan komplikasyonlar, yanlış tedaviler ve uzayan hastalık süreçleri kamu sağlık sisteminde ek harcamalara yol açmakta; böylece görünürde “ucuz” olan informal hizmetler, toplam sağlık harcaması açısından daha yüksek maliyet üretmektedir. Bu mekanizma, sağlık hizmetleri piyasasında kalite belirsizliğinin ve bilgi asimetrisinin fiyat sinyallerini bozduğunu vurgulayan klasik iktisat literatürüyle doğrudan örtüşmektedir (Arrow, 1963; Akerlof, 1970).

Dolayısıyla GETAT hizmetlerinin finansman mimarisinde geri ödeme dışı bırakılmasının yalnızca bireysel ödeme yükünü artıran bir unsur olmadığı; aynı zamanda kayıt dışı piyasanın genişlemesi yoluyla sağlık sisteminin toplam maliyet yapısını olumsuz etkileyen yapısal bir sonuç doğurduğu söylenebilir. Etkin denetim, şeffaf fiyatlandırma ve kontrollü

entegrasyon mekanizmaları geliştirilmediği sürece, GETAT alanındaki informal arzın büyümesi finansal sürdürülebilirlik açısından önemli bir risk faktörü olmaya devam edecektir.

4.3. Fiyatlandırma Stratejileri: Kamu ve Özel Sektör Karşılaştırması

Kamu sağlık kuruluşlarında GETAT hizmetlerine ilişkin resmi fiyat tarifelerinin bulunması, hizmet sunumunda belirli bir şeffaflık ve öngörülebilirlik sağlamaktadır. Ancak geri ödeme mekanizmasının yokluğu, bu fiyatların hane halkı açısından finansal koruma işlevi görmesini engellemektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kamu tarifeleri, teorik olarak aşırı fiyatlandırmayı sınırlandırıcı bir rol oynasa da maliyet yükünün tamamının doğrudan bireylere aktarılması nedeniyle özellikle kronik hastalık gruplarında önemli bir bütçe baskısı yaratmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025).

Özel sektörde ise fiyat oluşumu büyük ölçüde piyasa dinamiklerine bırakılmıştır. Bilgi asimetrisi, hizmet standardizasyonunun sınırlılığı ve tedavi protokollerindeki heterojenlik, GETAT piyasasında klasik rekabetçi fiyat mekanizmasının etkin çalışmasını zorlaştırmaktadır. Sağlık ekonomisi literatürü, bu tür piyasalarda fiyatın kalite sinyali olarak güvenilirliğinin düşük olduğunu ve tüketicilerin çoğu zaman daha pahalı hizmetleri daha kaliteli varsayma eğiliminde olduğunu göstermektedir (Arrow, 1963; Akerlof, 1970). Bu durum, özel sektörde hem aşırı fiyatlandırma hem de düşük kalite–düşük fiyat tuzağı riskini birlikte üretmektedir.

Fiyat oynaklığının en belirgin ekonomik etkisi, GETAT hizmetlerinin çoğunlukla kronik durumlarda tekrarlayan seanslar gerektirmesidir. Seans bazlı fiyatlandırma, kısa vadede yönetilebilir görünse de uzun vadede kümülatif maliyetleri hızla yükseltebilmektedir. Kamu tarifeleri altında dahi seans sayısı arttıkça hane halkı bütçesi üzerindeki yük büyürken, özel sektörde daha yüksek birim fiyatlar bu etkiyi katlayarak artırmaktadır. Bu durum, özellikle düşük ve orta gelir gruplarında hizmetten vazgeçme ya da kayıt dışı daha ucuz alternatiflere yönelme davranışını tetikleyebilmektedir.

Ekonomik açıdan bakıldığında, kamu ve özel sektör fiyatlandırması arasındaki fark yalnızca tutar düzeyinde değil; risk dağılımı ve sistem sonuçları bakımından da önemlidir. Kamuda tarifeli fakat geri ödeme dışı yapı, şeffaf fakat korumasız bir finansman modeli üretirken; özel sektörde serbest fiyatlandırma, erişim eşitsizliği ve kalite belirsizliği riskini derinleştirmektedir. Her iki yapının ortak sonucu, GETAT finansman yükünün sistematik biçimde bireylerin üzerine yıkılmasıdır.

Bu çerçevede fiyatlandırma politikalarının yalnızca “tarife belirleme” ile sınırlı kalması yeterli değildir. Finansal koruma üretmeyen şeffaflık, sağlık ekonomisi açısından eksik bir politika aracıdır. Etkin bir fiyatlandırma stratejisi; referans fiyat uygulamaları, paket ödeme modelleri, sağlayıcı ağ denetimi ve seçilmiş endikasyonlarda geri ödeme mekanizmalarıyla birlikte tasarlanmadığı sürece hem kamu hem de özel sektörde mali sürdürülebilirlik ve erişim adaleti sağlamak güçleşecektir.

5. ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARI VE TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI (TSS)

5.1. Özel Sigorta Paketlerinde GETAT Teminatları

Özel sağlık sigortası ürünlerinde GETAT teminatları genellikle sınırlı ve koşulludur. Bunun temel nedenleri arasında standardizasyon eksikliği ve maliyet öngörülebilirliğinin düşüklüğü yer almaktadır. GETAT alanında sağlık teknolojisi değerlendirme (STD) kapasitesinin sınırlı olması ve ekonomik değerlendirme literatürünün bağlama duyarlılığı, sigorta şirketlerinin risk fiyatlamasını güçleştirmektedir (Ai vd., 2024; Herman vd., 2012). Sigorta ekonomisi açısından bu alanda iki temel risk öne çıkmaktadır: talep belirsizliği ve sağlayıcı kalitesindeki heterojenlik (Pauly, 1968).

Uluslararası deneyimler, GETAT uygulamalarının sigorta sistemlerine entegrasyonunun mümkün olduğunu; ancak bunun sıkı düzenleme, kanıta dayalı değerlendirme ve sınırlı teminat ilkeleriyle yürütüldüğünü göstermektedir. Türkiye açısından bu bulgular, hasta güvenliği, maliyet-etkililik ve sağlık sisteminin temel öncelikleri dikkate alınmadan yapılacak geniş kapsamlı entegrasyonların önemli riskler barındırdığını ortaya koymaktadır (WHO, 2019; Leach vd., 2018).

Tablo 2. Seçilmiş Ülkelerde GETAT Uygulamalarının Özel Sağlık Sigortası ve Finansman Kapsamı

Ülke	GETAT'ın Sistemindeki Konumu	Sağlık Sigorta Kapsamı	Teminatın Niteliği	Kaynak
Türkiye	GETAT 2014 yönetmeliği ile yasal çerçeveye alınmıştır; Sağlık Bakanlığı düzenleyicidir.	Özel sağlık sigortalarında standart GETAT teminatı yok.	Hizmetler ağırlıklı olarak cepten ödeme veya kamu/üniversite hastanelerinde döner sermaye kapsamında ücretlidir.	(WHO, 2019; Karahancı vd., 2015; Müslümanoğlu & Tayfun, 2019)
Küba	GETAT sağlık sistemine tam entegredir; tıp eğitiminde zorunlu müfredat	Kamusal sistem içinde karşılanır.	Akupunktur, homeopati, bitkisel tedaviler kamu sistemi içinde sunulur; özel sigorta ikincildir.	(Rhae & Garcia, 2019; WHO, 2019)
ABD	GETAT düzenlemeleri eyalet düzeyindedir; NCCIH koordinasyon sağlar.	Özel sağlık sigortalarında sınırlı kapsam.	Akupunktur, kayropratik vb. uygulamalar plan bazlı, limitli ve ön onaylıdır.	(WHO, 2019; Othman & Farooqui, 2015)
İsviçre	Bazı GETAT sağlık uygulamaları sistemine entegredir.	Zorunlu ve tamamlayıcı sigortalarda kısmi kapsam.	Akupunktur ve bazı tamamlayıcı yöntemler belirli koşullarla geri ödenir.	(WHO, 2019; Knox vd., 2009)
Etyopya	Geleneksel tıp yaygın modern hizmetlere erişim sınırlıdır.	Sigorta kapsamı yok / çok sınırlı.	GETAT uygulamaları çoğunlukla özel sektörde ve cepten ödeme ile sunulur.	(Kassaye vd., 2006; WHO, 2019)
Hindistan	Ayurveda ve geleneksel sistemler ulusal politika kapsamındadır.	Bazı özel sigortalarda sınırlı kapsam.	Ayurveda ve bitkisel tedaviler belirli sigorta ürünlerinde yer alabilir.	(Ravishankar & Shukla, 2007; WHO, 2019)

Tablo 2, GETAT uygulamalarının farklı ülkelerde sağlık sistemi ve sigorta mekanizmaları içindeki konumunu karşılaştırmalı olarak göstermektedir. Küba örneğinde görüldüğü üzere, GETAT uygulamalarının kamusal sağlık sistemi ve tıp eğitimi ile bütünleştiği modellerde finansman sorunu büyük ölçüde kamu kaynakları üzerinden çözülmektedir (Rhae ve Garcia, 2019). Buna karşılık ABD ve İsviçre gibi ülkelerde GETAT hizmetleri, özel sağlık sigortaları kapsamında sınırlı, koşullu ve plan bazlı teminatlar ile sunulmaktadır (WHO, 2019). Düşük ve orta gelirli ülkelerde ise GETAT uygulamaları çoğunlukla cepten ödeme ile finanse edilmekte; sigorta kapsamı oldukça sınırlı kalmaktadır (Kassaye vd., 2006). Türkiye’de GETAT uygulamaları yasal olarak tanımlanmış olmasına rağmen, özel sağlık sigortası paketlerinde

standart bir teminat yapısının bulunmaması, ülkenin GETAT finansman modelinin uluslararası örneklerden belirgin biçimde ayrıştığını göstermektedir (Karahancı vd., 2015).

5.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın GETAT Entegrasyonundaki Potansiyeli

TSS'nin yapısı, teorik olarak seçilmiş endikasyonlarda GETAT için “ek teminat” alanı yaratabilir; ancak bu, SGK kapsamı dışı hizmetlerde nasıl bir ödeme kurgusu kurulacağına bağlıdır. En olası ara form, koşullu teminat yaklaşımıdır: belirli endikasyon + belirli protokol + yetkilendirilmiş sağlayıcı ağı + sonuç ölçümü. Bu durum hem maliyet kontrolünü hem de kaliteyi artırma potansiyeli taşımaktadır (Drummond vd., 2015; Herman vd., 2012).

5.3. Sigorta Şirketleri için Risk Yönetimi ve Aktüeryal Hesaplamalar

Aktüeryal hesaplamada kullanım sıklığı, seans sayısı, birim maliyet ve komplikasyon riski temel girdilerdir. GETAT'ta protokol ve seans sayısı değişken olduğundan, klasik prim belirleme daha zor çalışır. Bu nedenle paket teminat, ön onay, sağlayıcı ağ yönetimi ve sonuç bazlı ödeme gibi araçlar önem kazanmaktadır (Pauly, 1968; Drummond vd., 2015).

6. GETAT UYGULAMALARININ MALİYET-ETKİLİLİK VE MALİYET-FAYDA ANALİZİ

GETAT uygulamalarının sağlık sistemlerine entegrasyonu yalnızca klinik etkililik üzerinden değil; aynı zamanda maliyet-etkililik, maliyet-fayda ve bütçe etkisi analizleri çerçevesinde değerlendirilmesi gereken çok boyutlu bir politika alanıdır. Modern sağlık ekonomisi yaklaşımı, bir müdahalenin düşük maliyetli olmasının tek başına yeterli olmadığını; sağlanan sağlık kazanımının (örneğin kalite ayarlı yaşam yılı – QALY) kullanılan kaynaklarla karşılaştırmalı olarak analiz edilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda ekonomik değerlendirme yöntemleri, sağlık teknolojilerinin hangi koşullarda kamu kaynaklarıyla finanse edilmesinin rasyonel olduğunu ortaya koyan temel karar araçlarıdır (Arslan Aras, 2024; Drummond vd., 2015). GETAT uygulamalarına ilişkin güncel literatür de bu çerçevede, klinik faydanın yanı sıra ekonomik değer üretme kapasitesinin giderek daha fazla araştırma konusu hâline geldiğini göstermektedir. Özellikle kronik hastalıklar, kanser destek tedavileri ve davranışsal risk faktörlerine yönelik müdahalelerde GETAT uygulamalarının, uygun bağlam ve entegrasyon modelleri altında ekonomik açıdan rasyonel seçenekler sunabildiği bildirilmektedir (WHO, 2019; Hoenders vd., 2015). Uluslararası literatürde, geleneksel Çin tıbbi uygulamalarının ulusal sağlık sistemlerine entegre edildiği örneklerde, bazı müdahalelerin yaşam yılı kazanımı ve kalite ayarlı yaşam yılı (QALY) başına maliyet açısından kabul edilebilir eşiklerin altında kaldığı gösterilmiştir. Örneğin, Tayvan sağlık sistemi bağlamında yapılan bir çalışmada, GETAT'ın tamamlayıcı kullanımına ilişkin hesaplanan artımlı maliyet-etkililik oranının (ICER), ülkenin ödeme istekliliği eşiğinin belirgin biçimde altında olduğu bildirilmiştir (An ve Su 2025). Benzer şekilde, akupunktur ve manuel terapilerin kronik ağrı, stres ve bazı onkolojik destek tedavilerinde farmakolojik yaklaşımlara kıyasla daha düşük yan etki maliyetleri ile ilişkilendirildiği rapor edilmiştir (Litscher vd., 2025; Robinson, 2016).

Bununla birlikte, GETAT uygulamalarının maliyet-etkililiği evrensel ve bağlamdan bağımsız bir sonuç değildir. WHO ve çeşitli sistematik derlemeler, bu tür müdahalelerin ekonomik avantajlarının; düzenleyici çerçeve, uygulayıcı niteliği, hasta seçimi ve entegrasyon düzeyine yüksek derecede bağımlı olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2013; Silvanathan vd.,

2018). Bazı alanlarda GETAT programlarının konvansiyonel tedavilere kıyasla daha düşük etkililik gösterdiği veya yalnızca sınırlı hasta gruplarında ekonomik avantaj sağladığı da bildirilmektedir (Radossi vd., 2019).

Bu bulgular, GETAT uygulamalarının sağlık sigortası sistemleri içinde yer alabilmesi için geliştirilmiş kapsama yerine, kanıta dayalı, endikasyon-spesifik ve kontrollü teminat modellerinin daha rasyonel olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla GETAT'ın maliyet-etkililik potansiyeli, sigorta kapsamına alınmasına yönelik tartışmalarda destekleyici bir unsur olmakla birlikte, tek başına yeterli bir gerekçe olarak değerlendirilmemelidir.

6.1. Kronik Hastalıklarda İlaç Kullanımını Azaltma Potansiyeli ve Ekonomik Etkisi

Kronik nonspesifik bel ağrısı, boyun ağrısı ve baş ağrısı gibi uzun süreli ağrı sendromları, sağlık sistemlerinde hem doğrudan tedavi maliyetleri hem de iş gücü kaybı ve yaşam kalitesi düşüşü yoluyla yüksek ekonomik yük oluşturmaktadır. Bu bağlamda akupunktur, yalnızca klinik etkinliği açısından değil, aynı zamanda maliyet-etkililiği bakımından da giderek artan biçimde değerlendirme konusu olmuştur.

Randomize kontrollü çalışmalarla desteklenen ekonomik analizler, akupunkturun kronik bel ağrısında standart tıbbi bakıma eklenmesi durumunda anlamlı yaşam kalitesi kazanımları sağladığını ve kabul edilebilir maliyet-etkililiği eşiklerinin altında kaldığını göstermektedir (Ratcliffe vd., 2006; Witt vd., 2006). Benzer biçimde Taylor vd. (2014), kronik nonspesifik bel ağrısında akupunkturun hem ağrı şiddetini azalttığını hem de sağlık sistemi perspektifinden maliyet-etkili bir müdahale olabileceğini ortaya koymuştur. Boyun ağrısı gibi diğer kronik kas-iskelet sistemi problemlerinde yapılan ekonomik değerlendirmeler de tutarlı sonuçlar sunmaktadır. Willich vd. (2006) çalışması, akupunkturun konvansiyonel tedavilere eklenmesiyle oluşan ek maliyetlerin, sağlanan klinik fayda ve yaşam kalitesi artışı dikkate alındığında rasyonel düzeyde kaldığını ve maliyet-etkili bir stratejiye dönüştüğünü göstermiştir.

Daha geniş perspektiften bakıldığında, kronik ağrı tedavisinde akupunkturun ekonomik değerine ilişkin sistematik derlemeler, birçok çalışmada olumlu maliyet-etkili sonuçları bildirildiğini; ancak sonuçların sağlık sistemi yapısına, seans sayısına ve karşılaştırılan tedavilere bağlı olarak değişkenlik gösterebildiğini vurgulamaktadır (Ambrósio vd., 2012). Baş ağrısı gibi primer bakımda sık görülen kronik durumlarda yapılan ekonomik analizler de akupunkturun ilaç kullanımını azaltma ve uzun vadeli sağlık harcamalarını sınırlama potansiyeline işaret etmektedir (Wonderling vd., 2004; Vickers vd., 2004).

Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, akupunkturun kronik ağrı yönetiminde yalnızca semptom kontrolü sağlamadığı; aynı zamanda ilaç tüketiminin azalması, yan etki maliyetlerinin düşmesi ve iş gücü kaybının sınırlandırılması yoluyla dolaylı ekonomik kazançlar da üretebildiği görülmektedir. Bununla birlikte literatür, maliyet-etkililik sonuçlarının otomatik olarak tüm bağlamlara genellenemeyeceğini; seans yoğunluğu, uygulayıcı standardizasyonu ve ödeme modellerinin ekonomik çıktılar üzerinde belirleyici olduğunu açık biçimde ortaya koymaktadır. Bu nedenle Türkiye'de akupunkturun geri ödeme kapsamına alınmasına yönelik olası politika tasarımlarında, kronik bel ve boyun ağrısı gibi kanıt düzeyi görece güçlü endikasyonlardan başlanması; paket ödeme, protokol standardizasyonu ve gerçek yaşam verisi

üretimiyle desteklenen koşullu entegrasyon modellerinin tercih edilmesi ekonomik rasyonalite açısından daha sürdürülebilir bir yaklaşım olacaktır.

6.2. GETAT'ın Uzun Vadede Sağlık Harcamalarını Düşürme Potansiyeli

GETAT uygulamalarının ekonomik etkisi yalnızca seans başına maliyet üzerinden değerlendirilmemeli; uzun vadede sağlık hizmeti kullanım sıklığı, ilaç tüketimi, komorbidite gelişimi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri birlikte ele alınmalıdır. Bu nedenle modern sağlık ekonomisi yaklaşımı, maliyet-etkililik analizlerini (ICER, QALY) bütçe etki analizi ve gerçek yaşam verileriyle tamamlamayı zorunlu kılmaktadır (Drummond vd., 2015).

Son yıllarda özellikle akupunktura ilişkin kohort temelli çalışmalar, bu yaklaşımı destekleyen güçlü bulgular sunmaktadır. Ulusal düzeyde uzun süreli hasta verilerine dayanan araştırmalar, migren hastalarında akupunktur kullanımının tanıdan sonraki yıllarda toplam tıbbi harcamaları anlamlı biçimde azalttığını göstermektedir (Tsai vd., 2020; Liao vd., 2020). Bu azalma yalnızca akupunktur maliyetlerinin telafi edilmesiyle sınırlı kalmamakta; acil başvurular, ilaç reçeteleri ve uzman ziyaretlerinde düşüşle birlikte bütüncül bir harcama gerilemesine işaret etmektedir.

Benzer biçimde sağlık hizmeti kullanım desenlerini inceleyen çalışmalar, akupunktur harcamalarının zaman içinde diğer tıbbi hizmetlerdeki azalmayla kısmen ya da tamamen dengelendiğini ortaya koymaktadır (Bonafede vd., 2008). Bu bulgular, GETAT uygulamalarının “ek maliyet yaratan alternatifler” olmaktan ziyade, uygun endikasyonlarda sağlık sisteminin toplam yükünü azaltabilecek tamamlayıcı müdahaleler olarak işlev görebileceğini göstermektedir.

Ekonomik değerlendirme literatürünün sistematik incelemeleri de bu uzun dönem perspektifi desteklemektedir. Kronik ağrı tedavisinde akupunkturun çoğu çalışmada kabul edilebilir maliyet-etkililik eşiklerinin altında kaldığı ve bazı bağlamlarda sağlık sistemine net tasarruf potansiyeli sunduğu rapor edilmiştir (Ambrósio vd., 2012; Herman vd., 2012). Bununla birlikte sonuçların seans sayısı, uygulama modeli ve sağlık sisteminin kurumsal yapısına duyarlı olduğu özellikle vurgulanmaktadır.

Daha güncel entegratif bakım projeleri ise yalnızca ağrı kontrolünde değil, ruh sağlığı eşlik eden durumlarında da akupunkturun sağlık harcamalarını sınırlayıcı etkiler üretebildiğini göstermektedir. Kanada’da yürütülen kapsamlı bir ekonomik değerlendirme, akupunkturun hem klinik kazanım sağladığını hem de toplam sağlık kaynak kullanımını azaltıcı yönde katkı sunduğunu ortaya koymuştur (Lu vd., 2024). Bu bulgular bütüncül olarak değerlendirildiğinde, GETAT uygulamalarının uzun vadeli ekonomik değeri yalnızca bireysel semptom iyileşmesi üzerinden değil; sağlık hizmeti talebinin yeniden şekillenmesi yoluyla ortaya çıkmaktadır. Ancak literatür aynı zamanda bu etkilerin otomatik ve evrensel olmadığını; ödeme modeli, klinik protokol standardizasyonu ve hasta seçiminin ekonomik çıktıları belirleyici biçimde etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle Türkiye’de GETAT entegrasyonunun geniş kapsamlı ve kontrolsüz biçimde değil, ölçülebilir sonuçlara dayalı pilot uygulamalar ve koşullu geri ödeme mekanizmalarıyla ilerletilmesi, uzun vadeli mali sürdürülebilirlik açısından daha rasyonel bir politika yaklaşımı olacaktır.

6.3. Farmakoeconomik Açıdan Bitkisel Ürünlerin Değerlendirilmesi

Bitkisel ürünlerde standardizasyon (etken madde, doz, kalite kontrol) ve uzun dönem güvenlik verisi, ekonomik değerlendirmeyi doğrudan etkiler. “Ucuz olduğu için maliyet-etkili” varsayımı analitik olarak hatalı olabilir; çünkü etkinlik ve güvenlik belirsizliği, toplam maliyetin görünmeyen bileşenlerini büyütebilir (Drummond vd., 2015; WHO, 2013). Bu nedenle farmakoeconomik analiz, yalnızca fiyat değil; kalite ve güvenlik kanıtıyla birlikte ele alınmalıdır.

Yan etki maliyetleri açısından bakıldığında, akupunktur uygulamalarının bildirilen yan etkileri genellikle düşük ya da orta düzeyde olmakla birlikte, farmakolojik tedavilerde bu maliyetlerin ilacın etki mekanizmasına, kullanım süresine ve hasta özelliklerine bağlı olarak orta ya da yüksek düzeylere ulaşabildiği görülmektedir. Bu durum, dolaylı maliyetler ve sağlık hizmeti kullanım sıklığı üzerinde belirleyici olmaktadır. QALY etkisi bakımından akupunkturun katkısı, uygulandığı endikasyon ve mevcut bilimsel kanıt düzeyine göre değişkenlik göstermektedir. Buna karşılık farmakolojik yaklaşımlarda, belirli endikasyonlar için etkililik ve yaşam kalitesi kazanımları daha net biçimde tanımlanabilmektedir. Ancak bu avantaj, yan etki yükü ve uzun dönem kullanım maliyetleriyle birlikte değerlendirilmelidir. Bütçe etkisi boyutunda ise akupunktur uygulamalarında arz ve talep yönlü genişleme riski, farmakolojik tedavilerde ise kronik kullanım ve bağımlı maliyet artışı öne çıkmaktadır. Bu karşılaştırma, sağlık teknolojilerinin ekonomik değerlendirilmesine ilişkin literatürde yer alan maliyet-etkililik ve bütçe etki analizi yaklaşımlarıyla uyumlu olup, özellikle GETAT uygulamalarının kamu sağlık sistemi içindeki konumunun tartışılmasında analitik bir zemin sunmaktadır (Ratcliffe vd., 2006; Drummond vd., 2015; Vickers vd., 2018).

7. SONUÇ

Türkiye’de GETAT hizmetleri düzenleyici çerçeve açısından belirli bir olgunluğa ulaşmış olsa da finansman mimarisi hâlen büyük ölçüde cepten ödemelere dayanmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın resmi tarife metni, kamu sağlık kuruluşları dâhil geleneksel tıp uygulamalarının SGK kapsamı dışında olduğunu açık biçimde ortaya koymaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025). Ayrıca büyük bir kamu hastanesinin bilgilendirme sayfasında da GETAT’ın ücretli olduğu ve SGK tarafından karşılanmadığı belirtilmektedir (Ankara Şehir Hastanesi, 2025). Bu durum, hane halkı bütçesi üzerindeki yükü artırmakta; fiyat farklılaşması, erişimde eşitsizlik ve kayıt dışı arz gibi ikincil sonuçlar doğurabilmektedir.

Uluslararası literatür, GETAT’ın bazı uygulamalarda ve endikasyonlarda maliyet-etkili olabileceğini; ancak kanıt kalitesi, standardizasyon ve bağlama duyarlılık sorunları nedeniyle otomatik tasarruf varsayımının analitik olarak sorunlu olduğunu göstermektedir (Herman vd., 2012; Ai vd., 2024; Drummond vd., 2015). Bu nedenle Türkiye için rasyonel yol; endikasyon bazlı kanıt üretimini güçlendiren, STD kapasitesini artıran ve seçilmiş alanlarda pilot/koşullu geri ödeme araçlarıyla finansal koruma–kalite dengesini test eden aşamalı entegrasyon stratejisidir. Bu strateji, yalnızca finansman sorununu değil; aynı zamanda kayıt dışılığı azaltma, kaliteyi artırma ve sağlık sisteminin toplam etkinliğini iyileştirme potansiyeli taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Ai, D.-D., Sui, B.-Y., Duan, C.-A.-X., Xu, Q., & Zhao, K. (2024). Health technology assessment in traditional and complementary medicine: A scoping review of international activity and examples of acupuncture. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 40(1), e24. <https://doi.org/10.1017/S0266462324000151>
- Akerlof, G. A. (1970). The market for “lemons”: Quality uncertainty and the market mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488–500.
- Ambrósio, E. M. M., Bloor, K., & MacPherson, H. (2012). Costs and consequences of acupuncture as a treatment for chronic pain: A systematic review of economic evaluations conducted alongside randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 20(6), 364–374.
- An, R., & Su, G. (2025). Cost analysis and cost-effectiveness of traditional Chinese medicine in lung cancer: a scoping review. *Frontiers in Public Health*, 13, 1669751.
- Ankara Şehir Hastanesi. (2025, June 18). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT). <https://ankarasehir.saglik.gov.tr/TR-658802/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-getat.html>
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973.
- Arslan Aras, İ. (2024) Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri. Nobel Kitapevi, Ankara.
- Bleck, R., Marquez, E., Gold, M. A., et al. (2021). A scoping review of acupuncture insurance coverage in the United States. *Acupuncture in Medicine*, 39(6), 516–528. <https://doi.org/10.1177/09645284211018423>
- Bonafede, M., Dick, A., Noyes, K., Klein, J. D., & Brown, T. (2008). The effect of acupuncture utilization on healthcare utilization. *Medical Care*, 46(1), 41–48.
- Candon, M., Nielsen, A., & Dusek, J. A. (2022). Trends in insurance coverage for acupuncture, 2010–2019. *JAMA Network Open*, 5(1), e2142509. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.42509>
- Candon, M., Nielsen, A., Dusek, J. A., et al. (2024). Utilization of reimbursed acupuncture therapy for low back pain. *JAMA Network Open*, 7(2), e240198. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.0198>
- Cao, H., Han, M., Li, X., Dong, S., Shang, Y., Wang, Q., et al. (2010). Clinical research evidence of cupping therapy in China: A systematic literature review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10, 70. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-10-70>
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford University Press.

- Herman, P. M., Poindexter, B. L., Witt, C. M., & Eisenberg, D. M. (2012). Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open*, 2(5), e001046. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001046>
- Hoenders, H. J. R., Appelo, M. T., & van den Brink, E. (2015). A review of the WHO strategy on traditional, complementary and alternative medicine 2014–2023. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(8), 453–458.
- Khalil, M. K. M., Al-Eidi, S., Al-Qaed, M., & AlSanad, S. (2018).
- Cupping therapy in Saudi Arabia: From control to integration. *Integrative Medicine Research*, 7(2), 214–218. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2018.04.002>
- Liao, C. C., Liao, K. R., Lin, C. L., & Li, J. M. (2020). Long-term effect of acupuncture on the medical expenditure and risk of depression and anxiety in migraine patients: A retrospective cohort study. *Frontiers in Neurology*, 11, 321.
- Litscher, G., et al. (2025). The global economics of acupuncture and traditional medicine: Cost-effectiveness and health system implications. *Healthcare*, 13(2), 1–15.
- Lu, M., Sharmin, S., Tao, Y., Xia, X., Yang, G., et al. (2024). Economic evaluation of acupuncture in treating patients with pain and mental health concerns: Results of the Alberta Complementary Health Integration Project. *Frontiers in Public Health*, 12, 1298473.
- OECD. (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*. OECD Publishing.
- OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing.
- Park, M., Lee, Y. J., & Shin, S. (2025). Analysis of the utilization of traditional medicine in Korea over 10 years (2013–2022): A repeated cross-sectional study using national health insurance data. *PLOS ONE*, 20(1), e0301123. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301123>
- Pauly, M. V. (1968). The economics of moral hazard: Comment. *The American Economic Review*, 58(3), 531–537.
- Radossi, A. L., et al. (2019). Use of traditional and complementary medicine in pediatric oncology: A systematic review. *Pediatric Blood & Cancer*, 66(9), e27857.
- Ratcliffe, J., Thomas, K. J., MacPherson, H., & Brazier, J. (2006). A randomised controlled trial of acupuncture care for persistent low back pain: Cost-effectiveness analysis. *BMJ*, 333(7569), 626–630. <https://doi.org/10.1136/bmj.38932.806134.7C>
- Robinson, N. (2016). Traditional and complementary medicine approaches as cost-effective options in chronic disease management. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(1), 1–6.
- SGK. (2024, May 20). 18/05/2024 SUT değişiklik tebliği işlenmiş güncel 2013 SUT. <https://www.sgk.gov.tr>
- SGK. (2024, November 5). 02/11/2024 tarihli SUT değişiklik tebliği. <https://www.sgk.gov.tr>

- Shih, S. F., Lew-Ting, C. Y., Chang, H. Y., & Kuo, K. N. (2008). Insurance covered and non-covered complementary and alternative medicine utilisation among adults in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 67(8), 1183–1189. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.004>
- Silvanathan, S., et al. (2018). Economic evaluation of traditional and complementary medicines: A systematic review. *Health Policy*, 122(9), 949–960.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği. Resmi Gazete, Sayı: 29158.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları kamu fiyat tarifesı. <https://getathekimim.saglik.gov.tr>
- Taylor, P., Pezzullo, L., Grant, S. J., & Bensoussan, A. (2014). Cost-effectiveness of acupuncture for chronic nonspecific low back pain. *Pain Practice*, 14(7), 599–606.
- Tsai, S. T., Tseng, C. H., Lin, M. C., Liao, H. Y., Teoh, B. K., et al. (2020). Acupuncture reduced the medical expenditure in migraine patients: Real-world data of a 10-year national cohort study. *Medicine*, 99(18), e20066.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024). Sağlık harcamaları istatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr>
- Vickers, A. J., Rees, R. W., Zollman, C. E., et al. (2004). Acupuncture of chronic headache disorders in primary care: Randomised controlled trial and economic analysis. *Health Technology Assessment*, 8(48), 1–35.
- Vickers, A. J., Vertosick, E. A., Lewith, G., et al. (2018). Acupuncture for chronic pain: Update of an individual patient data meta-analysis. *The Journal of Pain*, 19(5), 455–474. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.11.005>
- Willich, S. N., Reinhold, T., Selim, D., Jena, S., Brinkhaus, B., et al. (2006). Cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with chronic neck pain. *Pain*, 125(1–2), 107–113.
- Witt, C. M., Brinkhaus, B., Reinhold, T., et al. (2006). Efficacy, effectiveness, safety and costs of acupuncture for chronic pain – Results of a large research initiative. *Acupuncture in Medicine*, 24(4), 129–136.
- Witt, C. M., Jena, S., Selim, D., et al. (2006). Pragmatic randomized trial evaluating the clinical and economic effectiveness of acupuncture for chronic low back pain. *American Journal of Epidemiology*, 164(5), 487–496.
- Wonderling, D., Vickers, A. J., Grieve, R., & McCarney, R. (2004). Cost effectiveness analysis of a randomised trial of acupuncture for chronic headache in primary care. *BMJ*, 328(7442), 747.
- World Bank. (2021). Global monitoring report on financial protection in health 2021.
- World Bank. (2023). Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report.
- World Health Organization (WHO). (2013). WHO traditional medicine strategy: 2014–2023.

- World Health Organization (WHO). (2019). WHO global report on traditional and complementary medicine 2019.
- World Health Organization & World Bank. (2021). Global monitoring report on financial protection in health 2021.
- Xu, R., Liu, S. L., Xu, G., Yan, C., Cui, Q., Liu, S., & Sun, M. (2025). Trends and hotspots in cupping therapy research for pain: A bibliometric study. *Frontiers in Medicine*, 12, 1345678. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1345678>

BEŞİNCİ BÖLÜM

GETAT HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ

Furkan SAVAR¹

1. GİRİŞ

GETAT uygulamaları, Türkiye’de 2014 yılında Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren GETAT Yönetmeliği ile birlikte kurumsal bir zemine oturmuştur (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014). Böylece hasta memnuniyeti ve kronik hastalık yönetimine katkı sağlayan önemli bir sağlık hizmet bileşeni hâline gelmiştir. GETAT uygulamalarının modern tıpla uyumlu, güvenli ve etkin biçimde yürütülebilmesi ise doğrudan bu alanda görev yapan insan kaynağının profesyonel yeterliliğine ve yönetsel niteliğine bağlıdır. Hekim, hemşire, eczacı ve diğer sağlık profesyonellerinin görev tanımları, yetki çerçeveleri, eğitim düzeyleri ve ekip temelli iş birliği modelleri; GETAT ünitelerinde sunulan hizmet kalitesini belirleyen temel öğelerdir.

Çoğu GETAT uygulama yöntemi invaziv özellik taşıdığı ve çeşitli komplikasyon riskleri barındırdığından, bu alanda görev yapan personelin sadece klinik bilgi açısından donanımlı olması yeterli olmaz; ilgili mevzuat, etik normlar, komplikasyon yönetimi ve disiplinler arası iş birliği bakımından da yetkin olması gerekir. Bu nedenle GETAT alanında insan kaynağı yönetimi, klasik sağlık işletmeciliği anlayışından farklı olarak sertifikasyon süreçlerini, yasal yetki sınırlarını ve disiplinler arası koordinasyon sağlanmasını içeren çok boyutlu bir yönetim yaklaşımını zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları yönetimi, yalnızca personel temini ve idari düzenlemelerle sınırlı olmayıp, hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği ve hasta güvenliğinin sağlanmasında stratejik bir rol üstlenmektedir. İnsan kaynakları yönetimi literatüründe öne çıkan yetkinlik temelli yaklaşım, sağlık çalışanlarının mesleki unvanlarının ötesinde bilgi, beceri, klinik muhakeme, etik duyarlılık ve ekip içi iletişim kapasitesi gibi çok boyutlu yeterliliklerini esas almaktadır. Girişimsel nitelik taşıyan ve komplikasyon riski barındıran GETAT uygulamalarında, uygulayıcı ve destekleyici sağlık personelinin bu yetkinlikler çerçevesinde yapılandırılması; hizmet kalitesinin standardizasyonu ve hasta güvenliğinin temini açısından kritik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda insan kaynakları yönetimi, GETAT ünitelerinde yalnızca idari bir planlama alanı değil, hasta güvenliğini önceleyen ve klinik riskleri minimize etmeyi amaçlayan bir kalite güvencesi mekanizmasıdır.

Bu genel çerçeve doğrultusunda, GETAT hizmetlerinde insan kaynağı yönetiminin kurumsal, güvenli ve sürdürülebilir biçimde yapılandırılabilmesi için ulusal mevzuat ve yasal düzenlemelerin belirleyici rolü ön plana çıkmaktadır.

¹ Uzm. Dr., 1 Nolu Aile Sağlık Merkezi, Çınar Merkez, dr.furkansavar@hotmail.com, ORCID: 0009-0008-2749-9805.

2. HEKİM, HEMŞİRE VE DİĞER SAĞLIK PERSONELİNİN ROLLERİ

GETAT hizmetlerinde ekip yapısını oluşturan meslek gruplarının görev ve sorumluluklarının mevzuatla belirlenmesi, hasta güvenliği ve hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği açısından temel bir gerekliliktir.

2.1. Uygulayıcı Olarak Hekim ve Diş Hekimi

GETAT uygulamaları, özü itibarıyla klinik bir tıbbi müdahale niteliği taşıdığından, bu işlemlerin kimler tarafından yürütüleceği hasta güvenliği açısından kritik bir sınır teşkil etmektedir. Türkiye’deki yasal çerçeve, bu uygulamaların ancak tıp doktorları ve kendi uzmanlık alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla diş hekimleri tarafından gerçekleştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Söz konusu GETAT yöntemlerinin birçoğu girişimsel (invaziv) karakterde olup ciddi komplikasyon riskleri barındırmaktadır. Bu nedenle uygulayıcıların, sadece teknik beceriye değil, aynı zamanda olası acil durumlara müdahale edebilecek kapsamlı tıp eğitime ve mesleki yeterliliğe sahip olması gerekir. Nitekim Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, uygulama yetkisini tabipler ve kendi alanlarıyla sınırlı olmak üzere diş tabipleri ile net bir şekilde sınırlandırmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

Bu yetki sınırının klinik risk, hukuki sorumluluk ve etik yükümlülükler açısından gerekçeleri aşağıda başlıklar halinde ele alınmaktadır.

Uygulayıcı Olarak Hekim Mesuliyetinin Nedenleri

GETAT uygulamalarının hekim sorumluluğunda olmasının temel gerekçesi, bu işlemlerin yüksek klinik risk ve tıbbi karar yetkisi gerektirmesidir. Örneğin; akupunktur uygulamalarında karşılaşılabilecek organ perforasyonu veya pnömotoraks riski, kupa-hacamat işlemlerindeki kanama ve enfeksiyon olasılığı, mezoterapideki anafilaktik reaksiyonlar, hirudoterapideki kontrolsüz kanamalar, ozon terapideki hava embolisi riski ve fitoterapideki ağır ilaç etkileşimleri, uygulayıcının ileri düzeyde diferansiyel tanı ve komplikasyon yönetimi becerisine sahip olmasını zorunlu kılar. Bu risklerin yönetimi, basit bir teknik uygulama olmanın ötesinde bütüncül bir tıbbi bilgi birikimi gerektirmektedir.

Yasal Sınırlar: Tıbbi Uygulamada Yükümlülükler

Tıbbi işlem uygulama yetkisi Türk hukuk sisteminde, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun uyarınca münhasıran hekimlere hasredilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti, 1928). GETAT uygulamaları da bu hukuki zemin üzerinde yükselmektedir. Tıbbi analizin yapılması, tedavinin planlanması, işlemin bizzat icrası ve sonrasındaki komplikasyon takibi bir bütündür ve bu sürecin herhangi bir parçasının yetkisiz kişilere devredilmesi hukuki açıdan malpraktis ve yetkisiz sağlık hizmeti sunumu suçlarını oluşturur (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

Etik Yükümlülük ve Aydınlatılmış Rıza

GETAT uygulamalarında aydınlatılmış rıza süreci, standart tıbbi işlemlerden daha hassas bir etik denge gerektirir. Hekim, uygulanacak yöntemin bilimsel dayanağını, olası yan etkilerini ve en önemlisi bu yöntemin modern tıbbi tedavinin bir alternatifi değil, tamamlayıcısı olduğunu hastaya açıkça ifade etmelidir. Hastanın mevcut tedavilerini aksatmayacak şekilde bir

planlama yapılması ve bu durumun rıza formlarında açıkça belirtilmesi hem etik hem de yasal bir zorunluluktur (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014, Madde 8).

Diş Hekimlerinin Sorumluluk Çerçevesi

Diş hekimleri, GETAT alanında yetkili ikinci profesyonel gruptur; ancak bu yetki diş hekimliği uzmanlık disiplini ve anatomik sınırları ile sınırlandırılmıştır. Diş hekimlerinin eğitimi ağız, diş ve çene bölgesi üzerine yoğunlaştığı için, komplikasyon yönetimi ve hukuki sorumlulukları da bu bölgelerle kısıtlıdır. Örneğin; bir diş hekimi temporomandibular eklem (çene eklemi) ağrılarının tedavisi amacıyla akupunktur uygulayabilirken, diz ağrısı veya bel fıtığı gibi diş hekimliği alanı dışındaki endikasyonlar için bu işlemi gerçekleştiremez.

2.2. Hemşire ve Sağlık Memurlarının Destekleyici Rolü

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) müdahalelerinde tedavinin elzem unsuru olan sağlık memuru ve hemşireler; ilgili mevzuatta “uygulayıcı” olarak değil, hekimin gözetimi ve direktifleri altında görev yapan “destekleyici eleman” şeklinde tanımlanmışlardır (Türkiye Cumhuriyeti, 1954; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014). GETAT birimlerinde sunulan hemşirelik hizmetleri, sadece teknik yardım değil; yüksek düzeyde disiplin, profesyonel sorumluluk ve düzen gerektiren klinik yükümlülükler ihtiva eder.

GETAT Sürecinde Hemşirelerin Temel Sorumlulukları

- **Hastayı İşleme Hazırlama Süreci:** Hemşireler, GETAT ünitelerinde hasta için ilk tıbbi temas noktasıdır. Bu basamakta; kimlik doğrulama, vital bulguların (ateş, nabız, tansiyon) ölçümü ve kayıt altına alınması önceliklidir. Ayrıca hastanın mevcut hastalıkları, gebelik durumu ve kullandığı ilaçların sorgulanması; işlem alanının asepsi kurallarına göre sterilizasyonu ve hastaya süreç hakkında psikososyal destek sunulması hemşirenin asli görevlerindendir.
- **İşlem Sırasında Hekime Yardım:** Müdahale esnasında hemşireler; gerekli tıbbi ekipmanı hazırlar, steril bölgenin korunmasını sağlar ve hekim direktiflerine uygun teknik destek sunarlar. Özellikle girişimsel işlemler sırasında hastanın hemodinamik açıdan (bilinç düzeyi, nabız, solunum vb.) gözlemlenmesi hasta güvenliği açısından kritiktir.
- **Müdahale Sonrası Gözlem ve Bakım:** İşlem tamamlandıktan sonra hemşireler; senkop (bayılma), hematoma veya kanama gibi erken dönem komplikasyonları açısından hastayı izler. Uygulama alanının pansumanını yapar ve hekimin tavsiye ettiği bakım protokolünü hastanın anlayabileceği bir dille açıklar. Bu izlem basamağı, bilhassa akupunktur, hacamat, mezoterapi ve hirudoterapi (sülük) gibi girişimsel işlemlerden sonra gelişebilecek acil durumların erken tanınması açısından hayati önem taşır.

Sterilizasyon, Enfeksiyon Yönetimi ve Kayıt

GETAT uygulamalarının büyük çoğunluğu deri bütünlüğünü bozan invaziv işlemler olduğu için enfeksiyon kontrolü hemşirenin birincil sorumluluk alanıdır (World Health Organization, 2016; Centers for Disease Control and Prevention, 2019). Bu kapsamda tek kullanımlık materyallerin (iğne, sülük, kupa vb.) yönetimi, sterilizasyon cihazlarının takibi ve tıbbi atık idaresi titizlikle yürütülür. Aynı zamanda, kullanılan malzemelerin ve işlem sürecinde

gelişen durumların kayıt altına alınması hem klinik veri yönetimi hem de oluşabilecek hukuki denetimler için temel teşkil eder.

Yetki Sınırları: Hemşire Neleri Yapamaz?

2014 tarihli Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği bu konuda oldukça nettir: “Hemşire, hiçbir GETAT işlemini müstakil olarak uygulayamaz.” Hemşirenin veya sağlık memurunun kendi başına uygulayıcı konumuna gelmesi; 1219 sayılı Kanun uyarınca “yetkisiz tıbbi işlem”, 6283 sayılı Kanun uyarınca “mesleki yetki aşımı” ve kurumsal boyutta “disiplin kusuru” olarak değerlendirilir (Türkiye Cumhuriyeti, 1928; Türkiye Cumhuriyeti, 1954). Bu durum, malpraktis iddiaları karşısında hem çalışanı hem de hekimi ağır hukuki yükümlülük altına sokan bir fiil olarak kabul edilir (World Medical Association, 2022).

2.3. Eczacıların GETAT Sürecindeki Konumu

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) yöntemlerinin büyük çoğunluğu; bitkisel preperatlar, majistral ürünler, doğal farmakolojik preperatlar ve biyolojik ajanların kullanımını kapsamaktadır. Bu bağlamda, GETAT yöntemlerinin bilimsel açıdan güvenli şekilde yürütülmesinde eczacılar kritik rol üstlenmektedir. Eczacılar; ürün güvenliğinin sağlanması, farmasötik kalite güvencesi ve hastaların doğru yönlendirilmesi açısından GETAT ekiplerinde stratejik ve vazgeçilmez bir konuma sahiptir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014; Türkiye Cumhuriyeti, 1953).

GETAT kapsamında eczacıların Türkiye’deki mesleki yetki ve görevleri; apiterapi, homeopati, fitoterapi, aromaterapi ve majistral formülasyon hazırlama basamakları başta olmak üzere, farmasötik uygulama standartları ve ilgili mevzuat perspektifinde ortaya konmuştur. Bu görevler sadece ürün tedariki ile sınıtlı olmayıp, danışmanlık, kalite kontrolü, farmakovijilans ve hekimle iş birliği gibi kapsamlı yükümlülükleri kapsamaktadır.

GETAT Alanında Eczacıların Temel Yetki ve Sorumlulukları

Eczacılar, bilhassa fitoterapide kullanılan bitkisel materyallerin etkin maddeleri, dozlama sınırları, etkileşim mekanizmaları, farmakokinetik karakteristikleri ve olası yan etkileri hususunda bilimsel analiz yapabilecek mesleki ehliyete sahiptir. Bunun yanı sıra bitkisel preparatların diğer ilaçlarla etkileşimleri hususunda hastaları aydınlatmak ve kayıt dışı, standardizasyonu sağlanmamış ürün kullanımını engellemek eczacıların asli yükümlülüklerindendir (European Medicines Agency, 2014).

Apiterapi ve homeopati gibi uygulamalarda kullanılan formülasyonlar; standartlara uygun üretim, muhafaza ve lojistik zinciri şartları gerektirmektedir. Bu kapsamda eczacılar; güvenli materyal seçimi, uygun depolama şartlarının temini ve potansiyel alerjik reaksiyonlar ya da toksisite hususunda profesyonel danışmanlık verilmesi açısından sorumludur.

GETAT işlemlerinde önem arz eden diğer husus ise majistral ilaç formülasyonu hazırlama aşamalarıdır. Eczacılar, hekim tarafından oluşturulan reçetelere istinaden bireye özgü fitoterapik ya da diğer GETAT materyallerini farmakope standartları doğrultusunda hazırlayabilir. Bu aşama; doğru formülasyonun ortaya konması, farmasötik stabilite ve kullanım süresi hesaplaması, etiketlendirme ve dokümantasyon gibi tamamen eczacının mesleki görev alanında bulunan işlemleri ihtiva etmektedir (Türkiye Cumhuriyeti, 1953).

Ürün Güvenliği ve Farmakovijilans

GETAT işlemlerinde saptanan en önemli problemlerden biri, denetimsiz ve uygunsuz bitkisel preparat kullanımıdır. Bu kapsamda eczacılar sağlık sisteminin koruyucu güvenlik faktörü rolünü üstlenmektedir. Asılsız veya standart dışı ürünlerin saptanması, ilaç-bitkisel preparat etkileşimlerinin analizi, advers etki bildirimlerinin yapılması ve Ürün Takip Sistemi (ÜTS) süreçlerinin planlanması ve yürütülmesi eczacıların yükümlülüğündedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

Hekimle İş Birliği ve Yetki Sınırları

Eczacılar GETAT ekiplerinde uygulamayı gerçekleştiren sağlık personeli değil, danışmanlık sağlayan ve klinik destek sunan sağlık profesyoneli olarak rol alır. Bu bağlamda eczacılar; uygun ürün tercihi, tedaviye ilişkin uygulama esasları, polifarmasi riski açısından hastaların analizi ve özel hasta popülasyonlarında (gebe, çocuk ve yaşlılar) güvenlik analizleri hususlarında hekimle yakın iş birliği ve koordinasyon içinde çalışır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.4. Yetki Devri ve Sınırlar

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) yöntemleri, girişimsel ve sınırlı girişimsel nitelik taşıyan uygulamaları içeren, klinik analiz ve tıbbi karar aşamaları gerektiren tıbbi hizmetlerdir. Hekim dışı görevlilere tıbbi uygulama özelliği taşıyan müdahalelerin devredilmemesi prensibi, 2014 tarihli GETAT Yönetmeliği'nin esas dayanaklarından olup, Türk sağlık mevzuatının genel çerçevesiyle de paralellik göstermektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014; Türkiye Cumhuriyeti, 1928).

Yetki devrinin kısıtlanması sadece idari bir seçim değil; hasta güvenliği, komplikasyon riski ve bilimsel esaslardan uzak müdahalelerin önlenmesi ve stratejik açıdan elzemdir. Bu kapsamda GETAT konusunda insan kaynağı yönetimi, net yetki tanımları ve etkili denetim sistemleri ile düzenlenmelidir.

GETAT Uygulamalarında Yetki Devrinin Sınırları

GETAT alanında yapılan akupunktur, hirudoterapi, kupa-hacamat, ozon tedavisi ve mezoterapi gibi işlemler tıbbi uygulama niteliği taşımaktadır. Bu işlemler, deri bütünlüğünü bozan invaziv işlemler olmaları, sistemik etkili sonuçlar doğurabilmeleri ve önemli komplikasyon riskine sahip olmaları sebebiyle klinik karar alma yetkisini zorunlu kılar. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun uyarınca tıbbi uygulamalar sadece hekimler tarafından gerçekleştirilebilir. Bu sebeple eczacılar, hemşireler, sağlık memurları ve diğer yardımcı sağlık personelinin bu işlemleri yapması, gözetim altında bile olsa mevzuat bakımından mümkün değildir (Türkiye Cumhuriyeti, 1928; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

GETAT işlemlerinde kanama, alerjik reaksiyonlar, senkop, enfeksiyon, anafilaksi, pnömotoraks, yanık ve doku nekrozu gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir. Bu durumların tanınması ve yönetimi yüksek düzeyde klinik deneyim, tıbbi bilgi ve acil müdahale uzmanlığı gerektirdiğinden sadece hekimin yükümlülüğündedir. Yetki devri yolu ile bu yükümlülüğün yardımcı personele devredilmesi hususunun etik çerçeve ve tıbbi açıdan kabul edilmesi

mümkün değildir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014; World Medical Association, 2022).

Hukuki ve Etik Boyut

Yetkisi bulunmayanların tıbbi uygulama yapması, hukuki bakımdan “yetkisiz sağlık hizmeti sunumu”, “tıbbi uygulama hatası” ve “taksirle yaralama” gibi mühim sonuçlara neden olabilmektedir. İlaveten hekimin tıbbi bir müdahaleyi yardımcı personele aktarması durumunda, oluşabilecek olumsuz sonuçlardan hukuki olarak hekimin de yükümlü olması söz konusudur. Türk Borçlar Kanunu esasında oluşabilecek tazminat yükümlülüğü, yetki devrinin hekim bakımından ciddi bir risk oluşturduğunu ortaya koymaktadır (Türkiye Cumhuriyeti, 1926).

Bir tıbbi uygulama yetkisinin yanlış kişiye devredilmesi, hasta zarar görmese bile etik ihlali olarak ele alınmaktadır (World Medical Association, 2022).

Yardımcı Personelin Destek Rolü

Hemşireler ve diğer yardımcı sağlık personeli, GETAT uygulamalarında uygulayıcı değil sadece destekleyici olarak sorumluluk üstlenir. Hastanın müdahaleye hazırlanması, vital bulguların takibi, enfeksiyon kontrolü, sterilizasyon ve atık yönetimi, pansuman işlemleri ve tıbbi kayıtların tutulması bu kapsamda yer almaktadır. Yalnız bu görevler asla tedavi edici uygulama niteliği taşımaz ve tıbbi uygulamaya dönüşemez (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

Yetki sınırlarının uygulanabilir ve sürdürülebilir olması, yalnızca mevzuatla tanımlanmasına değil; aynı zamanda bu sınırları içselleştiren nitelikli bir insan kaynağının yetiştirilmesine bağlıdır. Bu nedenle bir sonraki bölümde GETAT’ta eğitim ve sertifikasyon süreçleri ele alınacaktır.

3. EĞİTİM VE SERTİFİKASYON SÜREÇLERİ

Uluslararası literatürde, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında insan kaynağının niteliği, eğitim düzeyi ve yetkinlik temelli yapılandırılması; hasta güvenliği ve sunulan hizmetin kalitesi açısından temel belirleyiciler arasında gösterilmektedir. Özellikle bu alanlarda görev yapan sağlık profesyonellerinin yeterli eğitim almamış olmalarının, klinik karar süreçlerinde belirsizliklere ve potansiyel güvenlik risklerine yol açabileceği vurgulanmaktadır. Birinci basamakta görev yapan hekimler üzerinde yürütülen güncel çalışmalar, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik olumlu tutumlara rağmen, bilgi ve yetkinlik düzeylerinin sınırlı olduğunu; bu durumun ise yapılandırılmış, kanıta dayalı ve yetkinlik esaslı eğitim programlarına duyulan gereksinimi ortaya koyduğunu göstermektedir (Wiedermann vd., 2025). Öte yandan, geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanında insan gücünün güvenli ve nitelikli biçimde yapılandırılabilmesi için yalnızca bireysel eğitim yeterli görülmemekte; mesleki yetkinliklerin tanımlandığı, eğitim standartlarının belirlendiği ve uygulamaların yasal çerçeveye desteklendiği düzenleyici mekanizmaların varlığı da hasta güvenliğinin sağlanmasında kritik bir rol oynamaktadır (Ijaz ve Boon, 2018).

3.1. Bakanlık Onaylı Sertifika Programları

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) işlemlerinin güvenilir, etkin ve bilimsel esaslar çerçevesinde yürütülebilmesi, sadece klinik yapılandırmalarla değil; eğitim ve sertifikasyon uygulama esaslarının standardizasyonu ile gerçekleştirilebilir. Türkiye’de GETAT işlemlerini sürdürebilmek için hekimlerin, Sağlık Bakanlığınca mevzuatla yetkilendirilmiş ve üniversiteler tarafından sürdürülen eğitim ve sertifikasyon programlarını başarıyla tamamlamaları mecburidir. Bu mecburiyet, hasta güvenliği ve mesleki yeterliliğin ülke çapında eşitlik sağlaması bakımından temel bir teminat sağlamaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

2014 tarihinde yayınlanan GETAT Yönetmeliği ile beraber eğitim uygulama esasları ülke çapında mevzuat çerçevesinde toplanmış; müfredat esasları, eğitici özellikleri, uygulama süreleri, ölçme ve değerlendirme kriterleri net biçimde ortaya konulmuştur. Bu düzenleme sonucunda yetkisiz işlemlerin önlenmesi ve sertifika sahibi hekimlerin bilgi ve beceri seviyelerinin standardizasyonunun sağlanması amaçlanmıştır.

GETAT Sertifika Eğitim Programlarının Kapsamı

GETAT sertifikasyon müfredatlarının temel hedefi, hekimlere söz konusu metodu güvenli biçimde, bilimsel ve etik kapsamda tatbik edebilme yeterliliği sağlamaktır. Bu çerçevede programlar; bilimsel kanıta dayalı tıp ilkeleri ışığında bilgi edindirmeyi, uygulama yeteneğini güvenli şekilde öğretmeyi, komplikasyon idaresi hususunda standardizasyon sağlama ve hasta güvenliğini ön planda tutan bir anlayış geliştirmeyi amaçlar. İlaveten hekimlerin ulusal mevzuat ve etik yükümlülükler hususunda bilgilendirilmesi, eğitim uygulamalarının esas çıktıları içerisinde yer almaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014; World Health Organization [WHO], 2019).

Eğitim faaliyeti; teorik mesleki eğitim, pratik uygulama, izleme ve raporlama basamaklarından oluşmaktadır. Teorik eğitim aşamasında GETAT uygulamalarının bilimsel esasları, endikasyon ve kontrendikasyon durumları, komplikasyonları önleme ve idare süreci, enfeksiyon önleme ve kontrolü, hasta güvenliği, aydınlatılmış rıza ve hukuki esaslar değerlendirilmektedir. Pratik eğitimler ise üniversite hastaneleri veya Bakanlıkça akredite edilmiş kurumlarda, eğitici nezaretinde sürdürülmekte ve hekimin becerileri eş zamanlı değerlendirilmektedir.

Eğitim aşamasının sonunda uygulanan yazılı ve pratik sınavlar ile eğitici değerlendirmesi, sertifikasyonun sadece resmi bir evrak değil; gerçek bir mesleki yetkinlik ölçütü olmasını temin etmektedir.

Akreditasyon ve Sertifikanın Hukuki Geçerliliği

GETAT sertifikasyon programları sadece üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı tarafından akreditasyonu sağlanan eğitim üniteleri tarafından düzenlenebilmektedir. Bu merkezlerin; yeterli düzeyde eğitici personel kadroya, klinik olarak uygun altyapıya ve enfeksiyon kontrol standartlarına haiz olması mecburidir. Düzenlenen sertifikaların ülke çapında geçerliliği olup sadece ilgili GETAT uygulama yöntemi açısından yetki tanımaktadır. Sertifika sahibi olmayan hekimlerin GETAT işlemleri uygulaması hukuka aykırı kabul edilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

3.2. Eğitici Nitelikleri ve Akademik Kadro

GETAT uygulamaları kapsamında sürdürülen sertifikasyon programlarının yetkinliği, büyük oranda eğitici ekiplerinin akademik ve mesleki açıdan yeterliliği ile ilişkilidir. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı, eğitim aşamalarını sadece yetkilendirilmiş birimler vasıtasıyla değil, bununla birlikte belli niteliklere haiz eğiticiler aracılığıyla sürdürmektedir. Eğiticilerin bilgi düzeyi, klinik tecrübesi ve pedagojik olarak yetkinliği; programın bilimsel yeterliliğini, müdahale yeteneğinin doğruluğunu ve etik normların korunmasını direkt olarak etkilemektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

GETAT sertifikasyon eğitimlerinde görev üstlenen eğiticilerin, birincil olarak eğitim sunacakları metotla ilgili Sağlık Bakanlığınca onaylanmış sertifikaya haiz olmaları mecburidir. Bu sertifikasyon süreci, eğitmenin sadece teorik bilgiye değil, bununla birlikte ilişkili metodu klinik pratikte uygulama yeterliliğine haiz olduğunun ölçüsü olarak onaylanmaktadır. Yalnız sertifikaya haiz olmak yetersizdir; eğitmenin sertifika sahibi olması sonrasında bir süre zarfında aktif olarak uygulama yapması, yeteri kadar vaka deneyimi edinmesi ve komplikasyon idaresi hususunda deneyim kazanmış olması umulmaktadır. Bu metot, eğitimin saha temelli ve hakiki klinik tecrübeyle desteklenmesine olanak sağlamaktadır (World Health Organization [WHO], 2019).

Eğitmenlerin akademik yetkinliği de GETAT eğitim süreçlerinin bilimsel vasfı açısından hassas ehemmiyete haizdir. Bu sebeple eğitici ekip genel olarak tıp fakültesi bünyesinde bulunan öğretim üyeleri, anabilim dalı öğretim üyeleri ya da klinik konuda uzman hekimlerden seçilmektedir. Akademik geri planın esas hedefi, eğitim süreçlerinin kanıta dayanan tıp prensipleriyle uyumlu şekilde sürdürülmesini ve aktüel literatürün eğitim aşamasına entegrasyonunu sağlamaktır.

GETAT eğitmenlerinin sadece konu bilgisine değil, bununla birlikte eğitim sunma yeteneğine haiz olmaları gerekmektedir. Bu açıdan çok sayıda eğitim ünitesinde “eğitici eğitimi” programları mecburidir. Eğitici eğitimi; yetişkin eğitim ilkeleri, öğretim şekilleri, yetenek edindirme metotları, ölçme ve değerlendirme aşamaları ile geri bildirim sistemlerini kapsamaktadır. Bu pedagojik metot, eğitimin kalitesini ve standardizasyonunu direkt olarak artırmaktadır (World Medical Association, 2022).

Akademik ekibin bir başka stratejik görevi, eğitim aşamasında güvenlik kültürü anlayışının sağlanmasıdır. GETAT metotlarının çoğu girişimsel özelliğe sahip olduğundan, hijyen, sterilizasyon, uygulama protokolleri, komplikasyon idaresi ve acil klinik durumların en doğru biçimde öğretilmesi eğitmenin esas yükümlülüklerindendir. Bununla beraber multidisipliner yaklaşım metodunun benimsenmesi, GETAT işlemlerinin modern tıptan kopuk şekilde değil, aksine bütünleşik şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır.

Eğitim üniteleri ve eğitmenler, Sağlık Bakanlığınca belirli periyotlarla denetlenmekte; Eğitim müfredatı güncellenmekte ve kalitesi takip edilmektedir. Söz konusu denetleme sistemleri, eğitici kalitesinin sürekliliğini ve eğitim normlarının muhafazasını hedeflemektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

3.3. Ölçme, Değerlendirme ve Sertifikalandırma

GETAT sertifikasyon programlarının en önemli basamağını, eğitim sürecini bitiren hekimin bilgi düzeyi, yetenek ve klinik öngörüsünü objektif şekilde ölçülendiren aşamalar oluşturmaktadır. Türkiye’de GETAT müdahalelerinin uygulanabilirliği, sadece bu süreçlerin başarılı şekilde tamamlanmış olması akabinde resmiyet kazanmakta; böylelikle sertifikasyon aşaması sadece katılım temelli bir belge olarak değil, gerçek anlamda mesleki yetkinlik belirteci hâlini almaktadır. Bu yöntem, akademik ve de hukuki kapsamda programlanarak hasta emniyetinin sağlanmasını ve klinik uygulama kalitesinin standardize edilmesini hedeflemektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

GETAT sertifika sürecinde değerlendirme aşaması genel bakımdan teorik sınav, pratik ve uygulama sınavı ve eğitmen değerlendirmesi olarak üç esas ögeyi kapsamaktadır. Teorik sınavlar; adaylık sürecindeki hekimin uygulama ile alakalı bilimsel altyapı zeminini, endikasyon ve kontrendikasyon bilgi düzeyini, kanıta dayalı tıbbı karşı tutumunu, enfeksiyon kontrol programı ve hasta emniyeti prensiplerini ne kadar kanıksadığını değerlendirmeye dönüktür. Bu sınavlar büyük ölçüde seçenekli test soruları ve klinik açıdan olası durumlar vasıtasıyla yapılmakta olup, uygulama öncesi zaruri olan bilişsel yetkinlik düzeyini ölçmektedir.

Uygulamalı değerlendirme ise sertifikasyon aşamasının en belirleyici kısmını oluşturmaktadır. Bu süreçte adaylık sürecindeki hekim; anatomik olarak işaretleme, işlem tekniği, hijyen ve sterilizasyon kuralları, hasta iletişimi ve uygulama kademelerini eğitici nezaretinde en doğru şekilde tatbik etmekle sorumludur.

Bununla birlikte eğitmenler aracılığıyla yapılan sürekli ölçümleme ve geri bildirimler, aday hekimin klinik bilinci, risk yönetim becerisi ve mesleki yeterliliğini ortaya çıkaran bütüncü bir kriter görevi görmektedir. Söz konusu ölçümlerler, bazı birimlerde sertifika verilme aşamasında direkt olarak uygulanabilmektedir.

Başarı ölçütleri eğitim birimlerine göre bazı nüanslar barındırabilse de genel anlamda teorik sınavda asgari başarı seviyesinin temin edilmesi, pratik uygulamada esas yöntemlerin en doğru biçimde uygulanması ve eğitmen değerlendirme sürecinde yeterlilik sağlamak sertifika verilmesi için ön şart olarak kabul görmektedir. Bu ölçütleri karşılamayan aday hekimlere sertifika verilmemesi, uygulama kalitesinin devamlılığına katkı sunmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

Başarılı olan adaylara takdim edilen Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış GETAT başarı belgeleri ulusal ölçekte muteber, kişiye özgül ve sadece ilişkili metodu içeren bir yetkilendirme dokümanı vasfındadır. Sertifikalar süresiz şekilde geçerli olmakla beraber, bilimsel yeniliklere uyum sağlama amacıyla bazı uygulama metotlarında dönemsel güncelleme eğitimleri tavsiye edilebilmektedir.

3.4. Sürekli Tıp Eğitimi (STE) ve Mesleki Gelişim

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamaları, güncel literatürün ve klinik uygulama kılavuzlarının çok hızlı güncel hale geldiği dinamik bir sahadır. Bu sebeple GETAT hususunda sertifika sahibi olmak, mesleki sürecin sadece başlangıç basamağını oluşturmakta; etkili, emniyetli ve kanıta dayalı uygulama yöntemlerinin devamlılığı ise hekimlerin Sürekli

Tıp Eğitimi (STE) etkinliklerine düzenli biçimde katılımını zaruri kılmaktadır. STE, sadece bilgi transferini değil; mesleki yetkinliğin muhafazasını, geliştirilmesini ve güncel risklerin idaresini amaçlayan sistematik bir mesleki gelişim sürecidir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

GETAT uygulamalarında fitoterapi, akupunktur, ozon tedavisi ve mezoterapi gibi yöntemlerle alakalı yeni klinik çalışmalar, güncel doz protokolleri, farmakolojik etkileşim dataları ve emniyet bildirimleri devamlı bir şekilde ilan edilmektedir. STE etkinlikleri sebebiyle hekimler; güncel klinik rehberleri, ulusal ve uluslararası düzeyde akademik literatürü, kanıt seviyesi değişen metotları ve güncel risk beyanlarını yakinen takip edebilmekte, bu bilgileri klinik pratikleri ile birleştirebilmektedirler (WHO, 2019).

STE'nin GETAT bakımından en mühim etkilerinden birisi, hasta emniyetinin ve komplikasyon bilincinin korunmasıdır. Güncel eğitim uygulamaları vasıtasıyla hekimler; yeni bildirilen komplikasyonları, sterilizasyon normlarındaki değişiklikleri, ilaç-bitkisel ürün etkileşimlerini ve alternatif metotlarla alakalı güvenlik ikazlarını öğrenip işlemlerini bu yönde güncelleyebilmektedir. Bu metodoloji, komplikasyon ihtimallerinin düşürülmesine ve klinik risklerin daha etkili bir şekilde idaresine katkı sunmaktadır (World Medical Association, 2022).

Uygulama temelli GETAT metotlarında klinik uygulama becerilerinin zamanla zayıflayabileceği düşünüldüğünde, STE aksiyonları beraberinde beceri yenileme görevi üstlenmektedir. Kongre, sempozyum ve pratik uygulamalı çalıştaylar, simülasyon eğitimleri ve olgu değerlendirme seansları; hekimlerin metodolojik yetkinliklerini güncellemelerine ve klinik tecrübelerini güçlendirmelerine fırsat sunmaktadır. Son dönemlerde üniversiteler ve Sağlık Bakanlığınca takdim edilen internet tabanlı STE programları ise literatür güncellemeleri ve eğitim muhtevasına ulaşımı kolay hale getirerek mesleki gelişim aşamasının devamlılığına destek olmaktadır.

GETAT sertifikasyon süreci sonrası hekimlerin, uygulama yaptıkları vakalar hususunda kayıt oluşturmaları, komplikasyon durumlarını bildirmelerini ve gerekli olduğunda ileri seviye eğitimlere katılım sağlamaları mesleki gelişim sürecinin ayrılmaz bir kısmı olarak yorumlanmaktadır. Bu durum, sadece bireysel anlamda mesleki gelişim sürecini değil; bununla birlikte kurum içi kalite yönetimini ve disiplinler arası iş birliği sürecini de güçlendirmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

Eğitim ve mesleki gelişim, GETAT hizmetlerinin niteliğini belirleyen temel bir boyut olmakla birlikte, bu hizmetlerin sürdürülebilirliği insan gücünün planlanması ve istihdam dinamikleriyle yakından ilişkilidir. Bu nedenle aşağıda insan gücü planlaması ve istihdama ilişkin başlıca sorun alanları değerlendirilmiştir.

4. İNSAN GÜCÜ PLANLAMASI VE İSTİHDAM SORUNLARI

4.1. GETAT Hekimliğine Yönelim ve Tükenmişlik

Modern tıp sisteminde artış gösteren iş yükü, yoğun poliklinik temposu, yönetsel aşamalar, hasta beklenti düzeylerindeki artış ve de performans odaklı baskı, hekim camiasında tükenmişlik sendromunun yaygın şekilde görülmesine sebebiyet vermektedir. Tükenmişlik; duygusal bakımdan tükenme, duyarsızlaşma (depersonalizasyon) ve şahsi başarı duygusunda azalma özellikleri ile belirlenmiş olup sağlık çalışanları içerisinde en yaygın görülen mesleki

risklerden biri olarak tanımlanmaktadır (Maslach ve Leiter, 2016). Bu kapsamda bir kısım hekimin, mesleki hoşnutsuzluğu azaltmak ve hekimlik karakterini daha anlamlı bir temele oturtturarak yeniden inşa etmek hedefiyle GETAT uygulama yöntemlerine olan eğilimleri artmaktadır.

GETAT hekimliğine eğilimin esas sebeplerinden biri, mesleki olarak tükenmişlik durumuna karşı alternatif bir yol arayışıdır. Fazla hasta başvuru talepleri, zaman sınırlılığı, defansif tıp tutumları ve aralıksız performans boyunduruğu altında görev yapan hekimler, GETAT konusunda daha temkinli görev temposu, daha fazla hasta muayene süresi ve kişiselleştirilmiş tedavi metotları bulabilmektedir. Bu tablo, hekimin mesleki işlevini sadece “hizmet sunan” olmaktan çıkarıp daha deva merkezli ve anlamlı bir zemine oturtmasına katkı sunmaktadır.

GETAT uygulama yöntemlerinin biyopsikososyal şablonu temellendirmesi, hekimlere hastayı sadece biyolojik değil; psikolojik, sosyal ve varoluşsal tüm boyutlarıyla bir bütün olarak ölçümleme olanağı tanımaktadır. İlaç harici tercihlerin ve yaşam şekli idaresinin tedaviye entegrasyonunun sağlanması, çokça hekim açısından mesleki tatmin seviyesini yükselten mühim bir öge olarak dikkat çekmektedir. Çalışmalar, hastaya takdir edilen sürenin artmasının ve hekim–hasta iletişiminin güçlenmesinin tükenmişlik ihtimalini azalttığını göstermektedir (West vd., 2018).

GETAT alanında görev yapan hekimlerde, duygusal baskı düzeyinde düşüş, mesleki mana hissinde artış, anksiyete seviyesinde azalma ve hasta ilişkilerinde daha fazla tatmin bildirilmiştir. Bu pozitif tesirler, GETAT uygulamalarının hekimler bakımından “mesleki açıdan yenilenme sahası” şeklinde algılanmasına sebebiyet vermektedir. Bununla beraber GETAT uygulama hekimliği de kendine has riskleri barındırmaktadır. Bilhassa metropollerde gittikçe artış gösteren hasta istekleri, bir kısım hastaların gerçek dışı “mucizevi tedavi” ümitleri, klasik tıp camiasından gelen önyargılar ve vakit geçtikçe uzmanlık alanına yabancılaşma kaygısı, yeni bir tükenmişlik kaynağına evrilebilmektedir.

Sonuç olarak, GETAT uygulamaları bağlamında hekimlerde görülebilecek tükenmişlik riskinin asgariye indirilmesi; çalışma temposunun hekim tarafından rasyonel bir şekilde dengelenmesi, uygulamaların bilimsel kanıt temelinde muhafaza edilmesi ve hastaların gerçek dışı beklentilerinin (realistik beklenti yönetimi) doğru idare edilmesiyle mümkündür. Ayrıca, disiplinler arası iş birliğinin sürdürülebilir kılınması, kurumsal destek mekanizmalarının yapılandırılması ve mesleki dayanışma ağlarının güçlendirilmesi, hekimin psikososyal sağlığı ve hizmet kalitesinin devamlılığı açısından stratejik bir öneme haizdir.

4.2. Arz-Talep Dengesi ve Coğrafi Dağılım

Türkiye’de GETAT sağlık hizmetlerine olan rağbet son yıllarda önemli bir yükselme kaydetmektedir. Kronik hastalıkların görülme sıklığının artışı, farmakolojik tedavi yöntemlerine karşı seçenek bulma gayreti, bütüncül tedavi talebi ve toplumsal bilincin artışı bu yükselmenin esas sebeplerinden biridir. Fakat artış gösteren talep, sertifika sahibi hekim adedi ve bu hekimlerin coğrafi olarak dağılımı bakımından önemli bir arz–talep istikrarsızlığı oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde uzun zamandan beri bulunan bölgesel adaletsizlikler,

GETAT hususunda da önemli şekilde ortaya çıkmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

GETAT'a çevrili müşterek ilginin medya ve sosyal medya tesiriyle hızlı biçimde artmasına karşın, sertifika sahibi hekim adedinin kısıtlı kalması arzın artışını yavaşlatmaktadır. Bilhassa ozon tedavisi, akupunktur ve hipnoz uygulamaları gibi bir kısım uygulama yöntemlerinde sertifikalı hekim miktarının Türkiye nüfusuna kıyasla düşük miktarda kaldığı görülmektedir. Eğitimlerin yalnızca belirli üniversiteler ve akredite ünitelerde sürdürülmesi, bu dengesizliği arttıran önemli bir faktördür (WHO, 2019).

GETAT uygulama hizmetlerinin önemli ölçüde özel teşebbüs eksenli yapılandırılması, arz-talep eşitsizliğini artıran bir başka nedendir. Özel hastane işletmeleri, özel sektör poliklinikleri ve şahsi muayenahaneler GETAT sağlık hizmet arzının mühim bir kısmını sağlarken, kamu sağlık kurum ve kuruluşlarındaki GETAT merkezlerinin miktarı kısıtlı kalmaktadır. Bu manzara, gelir düzeyi düşük hastalar bakımından hizmete ulaşımında zorluklar yaratmakta ve sağlık hizmet sunumunda fırsat eşitliğini azaltmaktadır.

Coğrafi dağılım yönünden değerlendirildiğinde, GETAT sertifikasına sahip hekimlerinin önemli bölümünün İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa ve Antalya gibi büyükşehirlerde yoğunlaştığı göze çarpmaktadır. Eğitim ünitelerinin bu şehirlerde bulunması, hasta talebinin yüksek oluşu ve özel teşebbüs yatırımlarının yoğunluğu bu bölgelerdeki arzı yükseltmektedir. Ancak Doğu ve Güneydoğu Anadolu, Karadeniz'in iç kısımları ve kimi İç Anadolu şehirlerinde GETAT sağlık hizmeti ya hiç verilememekte ya da oldukça sınırlı sunulmaktadır. Bu tablo, bilhassa kronik hastalığı olan ya da alternatif tedavi seçeneği talebi olan hastaların büyükşehirlerle meyletmesine sebebiyet vermektedir.

Kırsal alanlarda görev ifa eden hekimlerin GETAT sertifikasyon eğitimlerine katılım sağlaması ise ulaşım ve konaklama maliyetleri, eğitim boyunca vazife yerinden ayrılma zorluğu ve ekonomik kısıtlılıklar sebebiyle zorlaşmaktadır. Bu tablo, sertifika sahibi hekim sayısının bölgesel açıdan dengeli şekilde artışını engellemektedir. Oluşan arz-talep dengesizliği; yoğun şekilde hizmet veren GETAT ünitelerinde hizmet kalitesinin azalması, yetkisiz ve merdiven altı işlemlerin artması, fiyat farklılıklarının belirgin hale gelmesi ve sağlık hizmetine ulaşımında eşitsizlik gibi mühim problemlere sebebiyet vermektedir (WHO, 2019).

4.3. Kariyer Planlaması ve Uzmanlaşma Tartışmaları

GETAT işlemlerinin ülkemizde kurumsallaşmasıyla beraber bu alanda görev yapan hekimlerin uzmanlaşma ve kariyer tasarlama aşamaları kritik bir tartışma konusu olmuştur. GETAT sertifikasyonunun, özerk bir uzmanlık dalı veya yan dal şeklinde konumlandırılması; mesleki tasvirlerle beraber eğitim standardizasyonu, insan gücü planlaması ve hasta güvenliğini direkt olarak etkilemektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

Türkiye'de GETAT işlemleri hâlâ sertifika esaslı bir model şeklinde sürdürülmektedir. Bu durum GETAT'ı özerk bir uzmanlık dalı şeklinde değil, hekimlerin kendi alanlarına ek olarak elde ettikleri yetkinlik sahası olarak tasvir etmektedir. Sertifikasyon esaslı yapı bilhassa girişimsel ve ciddi yetkinlik gerektiren işlemlerde uzun vadede uzmanlaşma ihtiyacını yeterli oranda karşılayamadığı şeklinde eleştirilmektedir. Bu eleştiriler perspektifinde bazı akademisyenler GETAT'ın yan dal olarak yapılandırılması gerektiğini savunmaktadır. Yan dal

olması klinik mesuliyet çerçevesinin belirginleşmesi ve akademik verimliliğin artışı bakımından avantajlı görünmektedir. Daha farklı bir bakış açısı ise GETAT'ın özerk uzmanlık dalı şeklinde tanımlanmasıdır. Bu yaklaşım bütüncül tıp perspektifinin kendine has bir paradigma arz ettiğini savunmaktadır. Güney Kore, Japonya ve Çin gibi ülkelerde GETAT benzeri işlemlerin özerk eğitim programlarıyla sürdürülmesi bu perspektifin misalleri arasında yer almaktayken; Avrupa ülkeleri ABD ve Kanada'nın önemli bir bölümünde GETAT, Türkiye'ye benzer şekilde sertifikasyon esaslı ek yetkinlik sahası olarak düzenlenmektedir (WHO, 2019).

4.4. Personel Devir Hızı ve Aidiyet

GETAT ünitelerinde verilen hizmetlerin kalitesi; yetkili hekimin tecrübesi, ekip uyumu ve kurumun yönetsel mekanizması ile oldukça ilişkilidir. Bu sebeple personel devir hızı ve kurumsal aidiyet GETAT işlemlerinin sürdürülebilirliği ve kalite güvencesi bakımından oldukça önemlidir. Büyük oranda özel teşebbüsler tarafından sunulan bir hizmet olması münasebetiyle GETAT ünitelerinde personel hareketliliği, öteki klinik ünitelere göre daha belirgin olup hizmet kalitesinde dalgalanmalara neden olabilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

Personel devir hızını yükselten ana faktörler içerisinde özel sağlık sektöründeki rekabet esaslı çalışma şartları, performans sistemi baskısı, gelir modeline bağlı belirsizlikler ve GETAT'ın özerk bir uzmanlık branşı şeklinde yapılandırılmamış olması yer bulmaktadır. Uzun dönemli kariyer planlamasının net olamayışı, bir kısım hekimin GETAT alanını geçici olarak görmesine ve kurumsal aidiyet duygunu oluşturmamasına sebebiyet vermektedir.

Personel devir hızının artışı, verilen hizmetin niteliğinde geçici düşüslere, hasta memnuniyetinde düşüşe ve ekip işlevselliğinde gerilemeye sebep olmaktadır. Hekimin sürekli olarak değişmesi hastalar açısından güven kaybı ve tedavi devamlılığında aksamaya neden olabilmektedir. Bununla beraber yeni personelin adaptasyon süreci eğitim ve verimlilik düşüşü gibi sebeplerle kurumsal maliyetlerde artış olmaktadır (WHO, 2019).

GETAT ünitelerinde aidiyet duygusunun yükseltilmesi ve devir hızının düşürülebilmesi amacıyla profesyonel gelişim imkanlarının desteklenmesi, şeffaflık ve katılım ilkeleri doğrultusunda bir yönetim zihniyetinin benimsenmesi, adil ücretlendirme politikaları ve iş ile yaşam ahengini göz önünde bulunduran çalışma şekillerinin uygulanması mühimdir. Bu açıdan personel idaresi, GETAT insan kaynağı organizasyonunun direkt belirleyici etmenlerinden biridir. Ancak insan gücü planlaması ve istihdamın ötesinde, GETAT hizmetlerinin güvenli ve etkili biçimde yürütülmesi meslekler arası iş birliği ve uygun uygulama modellerinin kurulmasını da gerektirmektedir.

5. MESLEKLER ARASI İŞ BİRLİĞİ VE UYGULAMA MODELLERİ

5.1. Multidisipliner Yaklaşım ve Konsültasyon

GETAT işlemlerinin modern tıp ile beraber etkili ve güvenli şekilde sürdürülebilmesi, multidisipliner metodolojiyi zaruri kılmaktadır. Kronik rahatsızlıkların psikolojik, biyolojik ve yaşam biçimi komponentlerini ihtiva eden çok yönlü karakteri ile GETAT işlemlerinin fizyolojik ve farmakolojik tesirleri, farklı uzmanlık dallarının koordinasyon gerektiren iş birliğine ihtiyaç duymaktadır. Bu sebeple disiplinler arası iş birliği, GETAT ünitelerinde hasta

güvenliği ve tedavi etkinliği bakımından esas bir yönetim modeli şeklinde kabul edilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014).

GETAT işlemleri, konvansiyonel tedavinin yerini almadan tamamlayıcı bir öge olarak disiplinler arası tedavi organizasyonuna dahil edilmelidir. Bilimsel datalar, multidisipliner yaklaşımların fonksiyonel kapasite, ağrı kontrolü ve hasta memnuniyetine olumlu etkiler sağladığını göstermektedir (WHO, 2019). Bununla birlikte antikoagülan ilaç kullanımı onkolojik hasta grupları veya önemli psikiyatrik tablolar gibi durumların varlığında ilgili branşlardan konsültasyon istemi komplikasyon ihtimalini düşürerek işlem güvenliğini artırmaktadır. Bu bağlamda standart konsültasyon protokolleri ve multidisipliner iş birliği anlayışı GETAT işlemlerinde nitelik ve sürekliliğin elzem bir ögesi olarak yer almaktadır.

5.2. Modern Tıp Hekimleri ile İletişim ve Önyargılar

GETAT işlemlerinin sağlık sisteminde sürdürülebilir şekilde yer bulabilmesi, profesyonel ve şeffaf biçimde iletişim ile mümkündür. GETAT'a karşı Türkiye'de temkinli tutumlar, kavramsal bilgi azlığı, merdiven altı işlemlerin oluşturduğu önyargı ve GETAT uygulamalarının alternatif tıp ile karıştırılmasından kaynaklanmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014). Hâlbuki GETAT, hukuken konvansiyonel tıbbın yerine ikame edilen değil, onu bütünleyen bir uygulama şekli biçiminde tanımlanmıştır. Bu ayrımın net şekilde belirtilmesi, iletişimdeki kritik dönüm noktalarının azalmasını sağlamaktadır.

Peşin hükümlerin idaresinde konvansiyonel tıp dili, risk-yarar analizi, endikasyon ve kontrendikasyon sınırları ile konsültasyon talep kültürü kritik önem arz eder. Uygulanan işlemlerin, kullanılan malzemelerin ve tedavi kurallarının konvansiyonel tıp uygulayıcıları ile paylaşılması; disiplinler arası güven bağına güçlendirerek hasta güvenliğini artırır (WHO, 2019). Bu sebeple GETAT ünitelerinde insan gücü idaresi, konvansiyonel tıp dallarıyla çatışma odaklı değil bütünleştirme esaslı bir iletişim şeklini temel almalıdır.

5.3. Vaka Yönetiminde Ekip Çalışması

GETAT işlemlerinde vaka temelli yaklaşımın etkinliği, hastanın biyopsikososyal olarak bütüncül şekilde değerlendirilmesine ve multidisipliner ekip çalışmasının başarılı ve koordineli çalışmasıyla ilişkilidir. Kronik ve kompleks hastalıklarda GETAT'ın konvansiyonel tıp ile uyumlu şekilde uygulanabilmesi, hekim öncülüğünde yapılandırılmış bir ekip anlayışını elzem kılmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu paradigmada tıbbi karar ve müdahale sorumluluğu hekime ait iken, hasta hazırlama ve izleme aşamasını hemşire, kullanılan ürünlerin güvenliği ve etkileşim tahlilini eczacı, beslenmenin düzenlenmesini diyetisyen, rehabilitasyon sürecini fizyoterapist ve davranışsal destek aşamasını ise psikolog yürütür. Gerektiğinde endokrinoloji, dahiliye, fiziksel tıp, kardiyoloji ve algoloji gibi uzmanlık dallarıyla konsültasyon yapılması, işlem güvenliği ve tedavi etkinliğini artırır (WHO, 2019). Düzenli olgu tartışma toplantıları, ortak elektronik hasta kayıt ve dokümantasyon sistemleri ve hızlı yürütülen konsültasyon sistemleri ile destekli ekip çalışma anlayışı; komplikasyonların önlenmesi ve etkin yönetimini sağlayan bir yönetim sistemi olarak fonksiyon görür.

Ortak karar alma şablonu ise GETAT uygulayıcı hekimi, ilişkili konvansiyonel tıp uzman hekimi ve gerek duyulduğunda etik kurulun devreye girme gereksinimini azaltan, hastanın tedavi uyumu ve memnuniyet düzeyini artıran esas bir kalite yönetimi ögesidir.

5.4. Etik Kurullar ve Ortak Karar Alma

GETAT işlemlerinde klinik karar sürecinin etik değerlere uygun ve çok bileşenli şekilde olması, hasta güvenliği ve klinik uygulama niteliği bakımından esastır. Bilhassa şüphe barındıran, yüksek riskli özel hasta gruplarını içeren klinik olgularda sürece etik kurulların eklenmesi, tıbbi sınırların korunması ile hekimin mesleki ve hukuki yükümlülüğünün güvence altına alınmasını sağlar (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2014). Etik kurullar; risk-yarar ölçüsünü değerlendiren, klinik uygulama çerçevesini belirleyen, multidisipliner görüşün sürece beraber değerlendirmede bulunduğu yapılandırılmış bir süreçtir. Bu şablonda uygulanması planlanan GETAT yöntemi; var olan tıbbi durum, alternatif tedavi yöntemleri ve olası komplikasyonlar bağlamında ele alınır ve ekip olarak ortak bir konsensüs oluşturulur. Hastaya istikrarlı ve yegâne bir tedavi uygulama planının sunulması, yersiz beklentileri düşürerek tedavi uyumunu artırır (WHO, 2019). Bu açıdan ortak karar alma sistemleri ve etik kurullar, GETAT işlemlerinde kalite teminatının ve konvansiyonel tıp ile entegrasyonun temel yapı taşlarından biridir. Bu çerçevede mevzuat, eğitim, insan gücü planlaması ve ekip iş birliği bileşenleri birlikte değerlendirildiğinde, GETAT hizmetlerinde insan kaynakları yönetiminin çok boyutlu bir kalite güvencesi alanı olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ

Sonuç olarak, GETAT hizmetlerinde insan kaynakları yönetimi; yalnızca personel dağılımı ve görev paylaşımı ile sınırlı olmayan, hasta güvenliği, hizmet kalitesi ve etik sorumlulukları doğrudan etkileyen stratejik bir yönetim alanıdır. Uygulayıcı ve destekleyici sağlık personelinin yetki sınırlarının net biçimde tanımlanması, eğitim ve sertifikasyon süreçlerinin standartlaştırılması ve disiplinler arası iş birliğinin kurumsal düzeyde desteklenmesi, GETAT uygulamalarının güvenli ve sürdürülebilir biçimde yürütülmesi açısından temel gerekliliklerdir. Bu çerçevede, insan kaynağına yönelik planlama ve denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi hem klinik uygulamalarda risklerin azaltılmasına hem de GETAT hizmetlerinin sağlık sistemiyle uyumlu biçimde bütünleşmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Guide to infection prevention for outpatient settings: Minimum expectations for safe care*. U.S. Department of Health & Human Services. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/hcp/prevention-healthcare/outpatient-expectations.html>
- European Medicines Agency. (2014). *Guideline on good agricultural and collection practice (GACP) for starting materials of herbal origin*. Londra: EMA.
- Ijaz, N., & Boon, H. (2018). *Statutory regulation of traditional medicine practitioners and practices: The need for distinct policy making guidelines*. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 24(4), 307–313. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0346>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* içinde (ss. 351–357). Academic Press.
- T.C. Resmî Gazete. (1926). *Türk Borçlar Kanunu* (Kanun No. 818). Sayı: 359.

- T.C. Resmî Gazete. (1928). *Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun* (Kanun No. 1219). Sayı: 863.
- T.C. Resmî Gazete. (1953). *Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun* (Kanun No. 6197). Sayı: 8591.
- T.C. Resmî Gazete. (1954). *Hemşirelik Kanunu* (Kanun No. 6283). Sayı: 8647.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*. Resmî Gazete (Sayı: 29158).
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm> adresinden edinilmiştir.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Wiedermann, C. J., Piccoliori, G., & Engl, A. (2025). *Integrating complementary and alternative medicine into general practice training: A regional survey in South Tyrol*. *Healthcare*, 13(7), 797. <https://doi.org/10.3390/healthcare13070797>
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes*. Cenevre: WHO Press.
- World Health Organization. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. Cenevre: WHO Press.
- World Medical Association. (2022). *Medical ethics manual*. Ferney-Voltaire, Fransa: World Medical Association.
- Yükseköğretim Kurulu. (2020). *Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP)*. Ankara: YÖK.

ALTINCI BÖLÜM

GETAT ÜRÜNLERİ TIBBİ BİTKİLER VE TEDARİK ZİNCİRİ YÖNETİMİ

Arif Selim EREN¹, Ayşe YILMAZ İRGİN²

1. GİRİŞ

GETAT ürünleri tıbbi ve aromatik bitkilerden başlayarak çok katmanlı bir üretim ve değer yaratma sürecinin sonunda son kullanıcıya ulaştırılan ürün grubu biçiminde tanımlanır. Bu alanda üretim faaliyetlerinin tarımsal uygulamalarla başladığı ve hammadde temininden işleme süreçlerine kalite güvencesi gibi konuları da kapsayarak pazara arz edilmesine kadar uzanan geniş bir sistem içinde yürütülmektedir (Şahan ve İlhan, 2024). Bitkisel kökenli ürünlerde biyolojik değişkenliğin yüksek olması sebebiyle üretim zincirinin her safhasında standardizasyon ihtiyacının ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Dolayısıyla GETAT ürünleri sadece sağlık alanında değerlendirilen çıktılar olarak değil aynı zamanda tarım sanayi ve hizmet sektörleri arasında etkileşimi zorunlu kılan stratejik bir üretim alanı olarak görülmektedir (Dişli ve Yeşilada, 2019).

Türkiye'nin biyoçeşitlilik kapasitesi ve tıbbi aromatik bitkiler bakımından sunduğu kaynak çeşitliliği bu alanda önemli bir potansiyel oluşturmakta olup söz konusu potansiyelin ekonomik değere dönüştürülmesinin planlı bir yaklaşımla sürdürülmesi gereğini ortaya çıkarmaktadır (Ceyhan ve Yalçın, 2025). Bitkisel üretimde iyi tarım uygulamalarının yaygınlaştırılması hasat ve hasat sonrası işlemlerin kontrol altına alınması ve hammadde kalitesinin güvenceye alınması gerektiği söylenebilir (Demirbaş, 2019). Bununla beraber hammadde sürekliliğinin sağlanmasında sözleşmeli üretim modellerinin ve çiftçi eğitim programlarının belirleyici rol üstlendiği yadsınamazdır (Aydın, 2007). Katma değer in ülke içinde kalabilmesi için hammadde satışına dayalı yapıdan uzaklaşılması; ekstrakt üretimi, standardize preparatlar geliştirme ve nihai ürün geliştirme süreçlerine yatırım yapılması gibi faaliyetler gerekmektedir (Bitkisel Üretim Genel Müdürlüğü, 2020). GETAT ürünlerinin piyasaya arzı ve kullanım güvenliği yalnız üretim aşamasındaki teknik uygulamalarla sınırlı değildir. Aynı zamanda ruhsatlandırma ve onay süreçlerinin farklı idari otoriteler tarafından yürütülmesi ürün sınıflandırmasının ve pazar stratejilerinin mevzuat uyumunu zorunlu kılmaktadır (Dişli ve Yeşilada, 2019).

Bitkisel tıbbi ürünlerde kapsamlı dosyalama ve İyi Üretim Uygulamaları (Good Manufacturing Practices- GMP) şartlarının uygulanması ürün kalitesinin sürekliliği bakımından temel oluşturmaktadır. Buna bağlı olarak canlı materyal temelli uygulamalarda biyogüvenlik sterilizasyon ve izlenebilirlik yükümlülüklerinin daha yüksek hassasiyet gerektirdiği kabul edilmektedir (Şahan ve İlhan, 2019). Öte yandan son kullanıcıya erişim safhasında eczanelerin

¹ Doç. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Uluslararası Ticaret ve Lojistik Bölümü, arifselimeren@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-7274-1113.

² Dr., ayseyilmaz911@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0606-1117.

kontrollü dağıtım kanalı olarak konumlandırılması; danışmanlık hizmeti sunulması ve izlenebilirliğin sağlanması bakımından önemli katkılar sunmaktadır (Tutar, 2024). Buna karşılık internet satışlarının yaygınlaşmasıyla sahte ve tağşişli (ürün içeriğine başka maddeler katılarak saflığının bozulması) ürün riskinin arttığı, denetim kapasitesinin güçlendirilmesine ihtiyaç duyulduğu son yıllarda dikkatle üzerinde durulması gereken hususlardır (Kaya ve Yayla, 2020).

Farmakovijilans (ilaçlara bağlı istenmeyen etkilerin izlenmesi ve değerlendirilmesi süreci) mekanizmalarının bitkisel ve tamamlayıcı ürünlerde de etkin biçimde işletilmesi olası risk sinyallerinin erken tespit edilmesine imkân tanımaktadır. Soğuk zincir uygulamaları, stok yönetimi, ithalat ihracat prosedürleri ve dijital izlenebilirlik alt yapısının bütüncül biçimde yönetilmesi ise; ürün güvenliğinin artırılmasına ve piyasa şeffaflığının güçlendirilmesine katkı sağlamaktadır (Ak Sakallı, 2018). Bu bağlamda GETAT ürünleri tıbbi bitkiler ve tedarik zinciri yönetimi başlığının disiplinler arası bir çerçevede ele alınmasının hem kamu sağlığı hem de ekonomik sürdürülebilirlik açısından gerekli olduğu kabul edilmektedir.

2. TIBBİ VE AROMATİK BİTKİLERİN ÜRETİMİ VE EKONOMİSİ

2.1. Türkiye'nin Biyoçeşitlilik Potansiyeli

Türkiye Avrupa Sibirya Akdeniz ve İran Turan fitocoğrafik bölgelerinin kesişim noktasında yer almaktadır. Bu jeobotanik konum farklı iklim tiplerinin ve topografik çeşitliliğin aynı coğrafya üzerinde bir arada bulunmasına olanak sağlamaktadır. Deniz seviyesinden yüksek dağ kuşaklarına kadar uzanan yükselti farklılıklarının mikroklimatik alanlar oluşturduğu kabul edilmektedir. Bu ekolojik çeşitlilik sonucunda yüksek düzeyde floristik zenginlik ortaya çıkmakta ve endemizm oranının birçok Avrupa ülkesine nazaran daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Söz konusu biyolojik çeşitliliğin yalnızca ekolojik değil aynı zamanda ekonomik ve stratejik bir kaynak olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (Şenkul ve Kaya, 2017). Türkiye florasında yer alan binlerce bitki taksonunun önemli bir bölümünün tıbbi ve aromatik özellikler taşıdığı aşikardır. Bu türlerin bir kısmının geleneksel tıp uygulamalarında uzun yıllardır kullanıldığı ve etnobotanik bilgi birikiminin kuşaktan kuşağa aktarıldığı kabul edilmektedir (Kendir ve Güvenç, 2010). Kekik, defne yaprağı, adaçayı, çörek otu, gül ve kantaron gibi türlerin hem iç piyasada hem de uluslararası pazarda talep görmektedir (Çelik ve Gül, 2020). Uçucu yağ ve ekstrakt üretiminde kullanılan bu bitkilerin katma değer potansiyeli yüksektir. Dolayısıyla coğrafi işaret uygulamaları aracılığıyla belirli yörelerle özdeşleşmiş ürünlerin marka değerinin artırıldığı ve ürünlerin menşeinin doğrulanmasına dayalı güvenilirliğin sağlandığı ifade edilmektedir (Pakdemirli, 2020; Şahin, 2024).

Biyoçeşitliliğin ekonomik değere dönüştürülmesi sürecinde doğal popülasyonların korunması temel ilke olarak benimsenmelidir. Doğadan yoğun ve plansız toplama yapılması halinde türlerin genetik çeşitliliğinin zarar görebileceği ve popülasyon dengesinin bozulabileceği belirtilmektedir. Bu sebeple kültüre alma çalışmaları ve kontrollü tarımsal üretim modellerinin geliştirilmesi önerilmektedir (Demir, 2022). Tarımsal üretime kazandırılan türlerde sertifikalı tohum ve fide kullanımıyla kalite standardizasyonunun sağlanabileceği kabul edilmektedir. Ekosistem bütünlüğünün korunmasıyla uzun vadede sürdürülebilir ekonomik getiri elde edilmesinin mümkün olacağı söylenebilir (Bal vd., 2023).

Uluslararası pazarlarda rekabet edebilmek için kalite güvence sistemlerinin etkin biçimde uygulanması gereklidir (Uludemirciler, 2011). Avrupa Birliği ve Amerika Birleşik Devletleri gibi pazarlarda kalıntı analizleri ağır metal kontrolleri ve izlenebilirlik belgeleri önemli kriterler arasında yer almaktadır (Ethmane, 2022). Bu gerekliliklerin karşılanması durumunda ihracat hacminin artırılabilmesi ve katma değerli ürün geliştirme kapasitesinin güçlendirilebileceği öngörülmektedir (Eraslan ve Fırat 2021). Üniversite-sanayi iş birliği projeleri yardımıyla yeni ekstrakt teknolojilerinin geliştirilmesi ve ürün çeşitliliğinin artırılması mümkündür. Böylelikle Türkiye'nin biyolojik çeşitliliğinin sadece hammadde tedarikçisi konumunda kalmayarak yüksek katma değerli ürün üretimi yoluyla ekonomik kalkınmaya daha güçlü katkı sunabileceği belirtilmektedir (Ayдын ve Can, 2025).

2.2. İyi Tarım Uygulamaları ve Standardizasyon

Tıbbi ve aromatik bitkilerin üretiminde kalite kontrol süreçlerinin yalnızca teknik bir gereklilik değil aynı zamanda halk sağlığını doğrudan etkileyen stratejik bir unsur olduğu kabul edilen bir gerçektir (Arslan vd., 2015).

İyi Tarım Uygulamaları çerçevesinde yürütülen üretim faaliyetlerinde çevresel sürdürülebilirlik gıda güvenliği ve izlenebilirlik ilkelerinin birlikte ele alınması gerektiği belirtilmektedir. Bilhassa tıbbi amaçlı kullanılacak bitkilerde pestisit kalıntısı ağır metal birikimi ve mikrobiyolojik kontaminasyon riskinin minimize edilmesi zorunlu görülmektedir (Okur, 2015). Bu nedenle üretim öncesinde toprak analizlerinin yapılması sulama suyunun kimyasal ve biyolojik açıdan değerlendirilmesi ve çevresel risk faktörlerinin belirlenmesi önerilmektedir (Demir vd., 2025). Böylece hammaddenin farmasötik kalite standartlarına uygunluğunun daha üretim aşamasında güvence altına alınabileceği değerlendirilmektedir (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu [TİTCK], 2022).

Hasat sürecinin etken madde yoğunluğu üzerinde belirleyici olduğu açıktır. Bitkilerin fenolojik dönemlerine bağlı olarak aktif bileşen oranlarının değiştiği kabul edilmektedir (Sönmez, 2024). Uygun olmayan zamanda yapılan hasadın etken madde konsantrasyonunu düşürebileceği ve nihai ürünün terapötik değerini azaltabileceği ifade edilmektedir. Bu sebeple hasat zamanının bilimsel analizler ve literatür verileri doğrultusunda belirlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Hasat sonrası işlemlerde uygulanan kurutma tekniklerinin de kalite üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Sıcaklık ve nem kontrolünün sağlanmadığı zaman ortamlardaki uçucu bileşen kaybı yaşanabileceği ve küf oluşumu riski artacaktır (Güner, 2014). Standardizasyon sağlanmadığında aynı tür bitkiden elde edilen farklı partiler arasında belirgin kalite farklılıklarının ortaya çıkabileceği gözlemlenmektedir (Kunle vd., 2012). Bu durum bitmiş ürün formülasyonlarında tutarsızlık yaratabilmekte ve dozaj güvenliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Hammadde analizlerinin düzenli aralıklarla gerçekleştirilmesi ve referans değerlerle karşılaştırılması kalite güvencesinin temel unsuru olarak ifade edilebilir. Kromatografik analiz yöntemleriyle aktif bileşen profilinin belirlenmesi önerilmektedir. Böylelikle farmasötik üretimde kullanılan bitkisel hammaddelerin homojenliği sağlanabilecektir (Beressa vd., 2021).

Sertifikasyon ve belgelendirme süreçlerinin yaygınlaştırılması üreticiler açısından uluslararası pazarlara erişim kolaylığı sağlamaktadır. İyi Tarım Uygulamaları sertifikası organik tarım belgesi ve izlenebilirlik kayıtları pazarlama sürecinde güven unsuru oluşturmaktadır

(Özkan vd., 2015). Üretim zincirinin her aşamasının kayıt altına alınması şeffaflık ilkesini güçlendirmektedir. Bu yaklaşımın hem tüketici güvenini artırdığı hem de düzenleyici denetimlerin etkinliğini destekleyici bir yaklaşımdır. Standardizasyonun sistematik biçimde uygulanması sürdürülebilir üretim modelinin vazgeçilmez bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir (Atay vd., 2023).

2.3. Sözleşmeli Üretim Modelleri ve Çiftçi Eğitimi

Sözleşmeli üretim modeli kapsamında üretici ile işleyici sanayi kuruluşu arasında önceden belirlenmiş şartlara dayalı bir üretim ilişkisi kurulmaktadır. Bu modelde üretim miktarı kalite standartları teslim süresi ve fiyatlandırma esasları sözleşme hükümleri çerçevesinde tanımlanmaktadır (Ulaş ve Kara, 2020). Böylelikle arz dalgalanmalarının azaltılması ve planlı üretim yapılması mümkün hale getirilmektedir. Özellikle tıbbi ve aromatik bitkiler gibi kaliteye duyarlı ürünlerde hammadde sürekliliğinin sağlanması sanayi açısından stratejik önem taşımaktadır. Bu üretim modeliyle çiftçilerin piyasa belirsizliğinden kaynaklanan gelir dalgalanmalarını azaltılabileceği ve üretim kararlarının daha öngörülebilir hale getirilebileceği kabul edilmektedir (Bayram vd., 2010).

Sanayi ile tarım sektörü arasındaki entegrasyonun güçlendirilmesi hammadde temininde süreklilik ve kalite standardizasyonunun sağlanması bakımından önemli görülmektedir. Sözleşmeli modelde üretim süreci genellikle teknik rehberlik ile desteklenmektedir (Adalı, 2022). Üreticilere tohum seçimi, gübreleme programı, zararlı mücadelesi ve hasat teknikleri gibi konular hakkında eğitim verilmesi kalite kriterlerinin sürdürülebilir olmasına katkı sağlamaktadır. Bu teknik destek yardımıyla hatalı uygulamalardan kaynaklanan verim kaybının azaltılması mümkün olmaktadır. Aynı zamanda hasat sonrası işlemlerin doğru yürütülmesiyle depolama kayıplarının minimize edilmesi amaçlanmaktadır (Bayramoğlu, 2007).

Kırsal kalkınma perspektifinden bakıldığında sözleşmeli üretim modelinin bölgesel ekonomik canlılığı artırabileceği değerlendirilmektedir (Pakdemirli, 2020). Eğitim programları aracılığıyla sürdürülebilir üretim teknikleri çevresel koruma ilkeleri ve toprak sağlığı konularında bilinç oluşturulmaktadır (Uçmaz ve İpek, 2025). Üretim planlamasının veri temelli yapılması teşvik edilmekte ve piyasa talebi doğrultusunda çeşit seçimi önerilmektedir. Böylelikle gereksiz üretim fazlasının önlenmesi ve kaynak kullanımının optimize edilmesi sağlanabilmektedir. Bu yaklaşımın hem ekonomik verimliliği hem de çevresel sürdürülebilirliği desteklediği söylenebilir (Torkul vd., 2024). Uzun vadeli sözleşmeler üreticiler açısından yatırım güvenliği oluşturabilmektedir. Gelir istikrarının sağlanması durumunda modern tarım ekipmanlarına yatırım yapılması mümkün hale gelmektedir. Damla sulama sistemleri mekanik hasat ekipmanları ve kurutma tesisleri gibi altyapı yatırımlarının kaliteyi artırdığı bilinmektedir (Adalı, 2022). Sonuç olarak sanayi kuruluşlarından alınan teknik ve finansal destek üretim standardının yükseltilmesine katkıda bulunabilmektedir. Dolayısıyla, sözleşmeli üretim modelinin sürdürülebilir hammadde temini ve kırsal kalkınma açısından etkili bir araç olduğu söylenebilir.

2.4. Hammaddeden Son Ürüne Katma Değer Zinciri

Tıbbi ve aromatik bitkilerin yalnızca ham form biçiminde satılmasıyla elde edilen ekonomik getiri sınırlı kalmaktadır (Özgüven vd., 2005). Kurutulmuş bitki ya da dökme

hammadde ihracatında fiyat oluşumunun genellikle uluslararası emtia piyasalarına bağlı olacak şekilde belirlendiği ve üretici ülkenin pazarlık gücünün düşük kaldığı kabul edilmektedir (Dilek, 2022). Buna karşılık ekstrakt üretimi yarı mamul standardize edilmiş geliştirme ve nihai ürün formülasyonu gibi ileri işleme aşamalarına yatırım yapılması durumunda katma değer önemli ölçüde artırılabilir (Keykubat, 2016). İşleme kapasitesinin ülke içinde geliştirilmesiyle yalnızca hammadde tedarikçisi konumunda kalınmamakta aynı zamanda teknoloji yoğun üretim yapısına geçiş sağlanabilmektedir. Bu dönüşümün ihracat gelirlerini artırma potansiyeline sahip olduğu ve dış ticaret dengesine olumlu katkı sunabileceği ifade edilmektedir.

Ekstraksiyon teknolojilerinin geliştirilmesi ileri düzey bilimsel altyapı ve teknik uzmanlık gerektirmektedir. Süperkritik akışkan ekstraksiyonu, membran filtrasyon teknikleri ve standardizasyon yöntemleri gibi teknolojik uygulamaların yüksek yatırım maliyeti içerdiği bilinmektedir (Kırca, 2025). Bu nedenle üniversite-sanayi iş birliği projeleri söz konusu alanda kritik rol üstlenmektedir. Akademik araştırma merkezlerinde yürütülen fitokimyasal analiz çalışmaları yardımıyla aktif bileşen profillerinin daha hassas biçimde belirlenmesi mümkün olmaktadır (Temiz, 2020). Ar-Ge faaliyetleri yoluyla yeni dozaj formlarının geliştirilmesi biyoyararlanımın artırılması ve stabilite süresinin uzatılması hedeflenmektedir. Bu yaklaşımın uluslararası pazarda rekabet avantajı oluşturduğu ve markalaşma sürecini desteklediği söylenebilir (Torun, 2024).

Nihai ürün geliştirme aşamasında markalaşma stratejilerinin belirleyici olduğunu söylemek mümkündür. Yüksek kaliteli ambalaj tasarımı içerik şeffaflığı ve kalite belgeleri marka güvenilirliğini artıran unsurlar arasındadır (Torun, 2024). Uluslararası pazarlarda tüketici güveninin bilimsel kanıtlarla desteklenen ürünlere yöneldiği görülmüştür. Bu sebeple klinik çalışmalar literatür referansları ve kalite sertifikaları pazarlama sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir. Markanın sürdürülebilirliği açısından tutarlı kalite üretimi ve düzenli denetim mekanizmalarının işletilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Karaaslan ve Tuncer, 2015).

Katma değer zincirinin bütüncül biçimde planlanmasının stratejik bir gereklilik olduğu belirtilmektedir. Hammadde üretiminden ekstraksiyon sürecine formülasyon geliştirmeden ambalajlamaya ve dağıtıma kadar tüm aşamaların entegre edilmesi önerilmektedir (Özgüven vd., 2005). Lojistik planlamanın üretim takvimi ile uyumlu yürütülmesi maliyet kontrolünü kolaylaştırmaktadır. Depolama ve dağıtım süreçlerinin optimize edilmesi hem ekonomik verimlilik hem de kalite güvenliği açısından fayda sağlamaktadır. Böylelikle sürdürülebilir rekabetçi ve teknoloji odaklı bir üretim yapısının oluşturulabilecektir (Eğilmez, 2024).

3. GETAT ÜRÜNLERİNDE RUHSATLANDIRMA VE PİYASAYA ARZ

3.1. Çift Başlı Mevzuat Sorunu Sağlık Bakanlığı ve Tarım Bakanlığı Arasındaki Ayrım

GETAT ürünlerinin hukuki statüsünün belirlenmesinde iki ayrı idari otorite tarafından yürütülen düzenleyici çerçeve belirleyici olmaktadır. Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürün olarak sınıflandırılan ürünlerin ruhsatlandırma ve denetim süreçleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülmekte iken Takviye Edici Gıda kategorisinde değerlendirilen ürünlerin onay ve izleme

işlemleri Tarım ve Orman Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu ikili düzenleme yapısının ürün sınıflandırmasının teknik ölçütlere dayalı biçimde yapılmasını zorunlu kıldığı bilinmektedir (Dişli ve Yeşilada, 2019).

Fakat sınır durumlarda aynı bitkisel bileşenin farklı dozaj formları veya beyan içerikleriyle iki ayrı kategori kapsamında değerlendirilebilmesi uygulamada yorum farklılıklarına yol açabilmektedir (Ulus, 2021). Bu durum düzenleyici belirsizlik alanı oluşturmakta ve firmaların piyasaya giriş stratejilerini doğrudan etkilemektedir. Özellikle yatırım planlaması ruhsat süresi maliyet projeksiyonu ve pazarlama dili gibi unsurların belirlenmesinde hukuki danışmanlık ihtiyacının arttığı gözlemlenmektedir.

Mevzuat ayrımının temelinde ürünün tedavi edici iddia taşıyıp taşımadığı ölçütünün yer aldığı bilinmektedir. Tıbbi iddia içeren ürünlerde etkililik ve güvenlik verilerinin kapsamlı bir bilimsel dosya ile desteklenmesi zorunlu tutulmaktadır. Bu dosyada kalite verileri stabilite çalışmaları literatür referansları ve gerektiğinde klinik çalışma sonuçlarının sunulması beklenmektedir (Bozgeyik ve Er, 2024). Buna karşılık takviye edici gıdalarda ağırlıklı olarak içerik güvenliği hijyen koşulları ve etiket uygunluğu değerlendirilmektedir (Gıda Takviyesi ve Beslenme Derneği [GTBD], 2024). Klinik etkililik kanıtının talep edilmemesi maliyet yapısını ve başvuru süresini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu farklılık nedeniyle firmaların ürün geliştirme sürecinin erken aşamasında düzenleyici kategoriye ilişkin stratejik karar vermesi gerekli görülmektedir (Özgen ve Tatar, 2007).

Çift başlı düzenleyici yapı denetim ve yaptırım mekanizmalarında da farklı uygulamaların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Etiket üzerinde yer alan ifadeler reklam metinleri ve dijital tanıtım içerikleri bakımından farklı mevzuat hükümleri geçerli olabilmektedir (Haydardedeoğlu, 2017). Özellikle sağlık beyanlarının sınırlarının doğru çizilmemesi durumunda idari yaptırımlar uygulanabileceği bilinmektedir. Bu nedenle firmaların iletişim stratejilerini hukuki çerçeveye uygun biçimde planlaması gerekmektedir. Dijital mecralarda yapılan tanıtımların izlenmesi ve gerektiğinde içerik güncellemesi yapılması risk yönetimi açısından önem taşımaktadır (Büyüktanır ve Karaosmanoğlu, 2017). Dolayısıyla bu tür durumları ortadan kaldıracak düzenleyici çerçevenin açık ve öngörülebilir biçimde tanımlanmasının sektörün kurumsallaşmasına katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Uzun vadede mevzuat uyumlaştırmasının yatırım ortamını iyileştirebileceği öngörülmektedir. Tekil ve bütüncül bir düzenleme modelinin oluşturulması halinde başvuru süreçlerinin sadeleşeceği ve idari belirsizliklerin azalacağı kabul edilmektedir (Konca, 2015). Bu yaklaşımın yerli üreticilerin uluslararası pazarlarda daha rekabetçi konuma gelmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda tüketici güveninin güçlenmesi ve ürün güvenliğinin daha etkin biçimde denetlenmesi mümkün olabilecektir. Mevzuatın bilimsel temelli uygulama birliğini sağlayacak ve sektörün gelişimini destekleyecek biçimde geliştirilmesi sürdürülebilir ve şeffaf bir piyasa yapısının tesisi açısından önemli görülmektedir (Aksoy, 2006).

3.2. TİTCK Ruhsatlandırma Süreçleri ve GMP Şartı

Bitkisel tıbbi ürünlerin ruhsatlandırılmasında Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından belirlenen ayrıntılı teknik ve idari kriterlerin uygulandığı bilinmektedir

(Akalin vd., 2023). Ruhsat başvurusunda kalite, güvenlik ve etkililik unsurlarını kapsayan kapsamlı bir dosyanın sunulması zorunludur. Bu dosyada hammaddenin botanik kimliğinin doğru biçimde tanımlanması morfolojik ve kimyasal özelliklerinin ortaya konulması ve kullanılan bitkisel materyalin kaynağının belgelenmesi beklenmektedir. Ekstraksiyon yönteminin ayrıntıları çözücü seçimi üretim parametreleri ve standardizasyon yaklaşımı teknik raporlarla desteklenmektedir (Beressa vd., 2021). Ayrıca analitik yöntem validasyonlarının gerçekleştirilmesi stabilite çalışmalarının yürütülmesi ve safsızlık profilinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu kapsamlı değerlendirme sürecinin temel amacının hasta güvenliğini sağlamak ve ürün kalitesinde tutarlılığı temin etmek olduğu kabul edilmektedir (TİTCK, 2022).

Ruhsatlandırmanın temel koşullarından biri üretimin İyi Üretim Uygulamaları standardına uygun tesislerde gerçekleştirilmesidir. GMP sertifikasına sahip olmayan tesislerde üretilen ürünlerin tıbbi ürün statüsünde piyasaya arz edilmesine izin verilmemektedir (Türk, 2019).

Üretim alanlarının fiziksel koşullarının hijyen standartlarına uygunluğu kalite kontrol laboratuvar altyapısının yeterliliği ve dokümantasyon sisteminin eksiksizliği düzenli denetimlere tabi tutulmaktadır. Personelin mesleki eğitimi görev tanımlarının açık biçimde belirlenmesi ve kalite yönetim sisteminin etkin işletilmesi zorunlu kabul edilmektedir. Bu çerçevede üretim sürecinin her aşamasının kayıt altına alınması izlenebilirliğin sağlanması ve kontaminasyon riskinin minimize edilmesi hedeflenmektedir (TİTCK, 2022).

Ruhsatlandırma sürecinin zaman ve maliyet açısından önemli bir yatırım gerektirdiği bilinmektedir (Vural ve Özet, 2018). Klinik literatür verilerinin sunulması veya geleneksel kullanımın bilimsel kaynaklarla belgelenmesi zorunlu görülmektedir. Stabilite çalışmalarının belirli bir süre boyunca yürütülmesi gerektiğinden ürünün piyasaya çıkış süresi uzayabilmektedir (Alkan, 2008). Buradan hareketle sektörde daha yoğun Ar-Ge çalışmalarının gerçekleştirilmesi gerektiği değerlendirilmektedir. Ruhsatın alınması sürecin sona erdiği anlamına gelmemektedir. Ürün piyasaya sunulduktan sonra farmakovijilans yükümlülükleri devam etmektedir. Olası yan etkilerin izlenmesi değerlendirilmesi ve ilgili mercilere raporlanması zorunlu tutulmaktadır. Üretim yerinde formülasyonda veya tedarik zincirinde yapılacak değişikliklerin kuruma bildirilmesi gerekmektedir. Bu düzenleyici çerçeve sayesinde ürünün yaşam döngüsü boyunca kalite ve güvenlik denetiminin sürdürülmesi sağlanmakta ve kamu sağlığının korunmasına yönelik sürekli bir gözetim mekanizması işletilmektedir (Temiz Nemutlu, 2017).

3.3. Homeopatik İlaçların Ruhsatlandırılması

Homeopatik ürünlerin düzenleyici çerçevesi uluslararası alanda da metodolojik ve hukuki tartışmaların yoğunlaştığı alanlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Bu ürünlerde yüksek derecede seyreltme prensibinin uygulanması nedeniyle klasik farmakodinamik ve farmakokinetik etki mekanizmalarının gösterilmesinin güçleştiği bilinmektedir. Etken maddenin moleküler düzeyde tespit edilemeyecek kadar seyreltilmiş olması geleneksel ilaç değerlendirme kriterlerinin doğrudan uygulanmasını zorlaştırmaktadır. Bu durum ruhsatlandırma sürecinde bilimsel kanıtın niteliği ve kapsamı konusunda farklı yaklaşımların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Türkiye’de homeopatik ürünlerin tıbbi ürün statüsünde

değerlendirilebilmesi belirli mevzuat hükümlerine bağlanmış olup kalite ve güvenlik kriterlerinin sağlanması temel şart olarak kabul edilmektedir (Kapucuk vd., 2025).

Etiket beyanlarının tedavi iddiası içermemesi halinde daha sınırlı bir değerlendirme süreci uygulanabildiği bilinmektedir. Ancak ürünün belirli bir hastalığın tedavisine yönelik açık iddia taşıması durumunda klinik veri gerekliliği gündeme gelmektedir. Bu aşamada metodolojik tasarım randomizasyon ve örneklem büyüklüğü gibi bilimsel kriterlerin sağlanması beklenmektedir. Klinik kanıtın sunulması sürecinin hem zaman hem de maliyet açısından firmalar üzerinde önemli yük oluşturduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle üreticiler tarafından Avrupa Birliği ve diğer ülkelerdeki düzenleyici uygulamaların incelenmesi ve başvuru stratejisinin buna göre belirlenmesi önerilmektedir (Ağaoğlu, 2019).

Homeopatik ürünlerin GMP standartlarına uygun tesislerde üretilmesi zorunlu tutulmaktadır (Ak Sakallı, 2018). Seyreltme ve potentizasyon basamaklarının ayrıntılı biçimde kaydedilmesi izlenebilirlik açısından gerekli görülmektedir. Üretim sürecinde kullanılan hammaddenin botanik veya kimyasal kimliğinin doğrulanması ve kontaminasyon riskinin analiz edilmesi şart koşulmaktadır. Mikrobiyolojik testlerin gerçekleştirilmesi ve üretim ortamının hijyen standartlarına uygunluğunun sağlanması kalite güvence sisteminin parçası olarak kabul edilmektedir. Bu uygulamalar sayesinde ürün güvenliğinin sağlanması ve olası risklerin minimize edilmesi hedeflenmektedir (TİTCK, 2022).

Pazar büyüklüğünün sınırlı kalmasının düzenleyici belirsizlik ve bilimsel tartışmalarla ilişkili olduğu değerlendirilmektedir. Net ve öngörülebilir bir mevzuat çerçevesinin bulunmaması yatırım kararlarını etkileyebilmektedir (Şahan ve İlhan, 2019). Bilimsel araştırmaların artırılması ve metodolojik açıdan güçlü çalışmaların yürütülmesi halinde düzenleyici yaklaşımın daha açık bir zemine oturabileceği öngörülmektedir. Akademik kurumların ve araştırma merkezlerinin bu alandaki çalışmalara katkı sunması beklenmektedir. Uzun vadede şeffaf bilimsel temelli ve uygulama birliğini sağlayan bir düzenleme modelinin geliştirilmesinin hem üretici güvenini hem de tüketici güvenliğini güçlendireceği kabul edilmektedir.

3.4. Tıbbi Sülük ve Larva Üretim Tesisleri

Tıbbi sülük ve steril larva üretimi canlı materyal temelli uygulamalar kapsamında değerlendirilmekte olup klasik farmasötik üretimden farklı biyolojik risk unsurlarını barındırdığı bilinmektedir. Bu ürünlerin üretiminde biyogüvenlik ilkelerinin titizlikle uygulanması zorunlu görülmektedir (Rahul vd., 2014). Üretim tesislerinin fiziksel altyapısının kontrollü ortam koşullarını sağlayacak biçimde tasarlanması gerekmektedir. Hijyen standartlarının sağlanması çapraz kontaminasyonun önlenmesi ve dış ortamdan gelebilecek patojen riskinin minimize edilmesi temel öncelikler arasında yer almaktadır. Canlı organizmaların kontrolsüz çoğalmasının önlenmesi amacıyla üretim partilerinin kayıt altına alınması ve biyolojik materyalin hareketlerinin izlenmesi zorunlu tutulmaktadır. Bu yaklaşımın hem düzenleyici denetim hem de hasta güvenliği açısından koruyucu bir işlev gördüğü kabul edilmektedir (Cevahir vd., 2024).

İmalatta kullanılan suyun mikrobiyolojik ve kimyasal açıdan uygunluğunun düzenli analizlerle doğrulanması gerekmektedir. Besleme rejiminin standardize edilmesi ve ortam

sıcaklığı nem ve ışık koşullarının belirli sınırlar içinde tutulması üretim kalitesini doğrudan etkilemektedir. Canlı materyalin gelişim evrelerinin planlı biçimde izlenmesi ve kayıt altına alınması kalite güvencesinin parçası olarak görülmektedir. Her üretim partisi için izlenebilirlik kayıtlarının tutulmasıyla hastaya ulaşan materyalin kaynağının geriye dönük olarak takip edilebilmesi mümkün hale gelmektedir. Bu sistemin olası bir enfeksiyon veya kalite sorunu durumunda hızlı müdahale imkânı sağladığı bilinmektedir. Üretim zincirinde şeffaflık ilkesinin benimsenmesi düzenleyici otoriteler ile üretici arasında güven temelli bir ilişki kurulmasına katkı sağlamaktadır (Aminov vd., 2025). Sterilizasyon süreçlerinde mikrobiyolojik analizlerin yapılması zorunlu tutulmaktadır. Patojen mikroorganizmaların varlığının test edilmesi ve kontaminasyon riskinin ortadan kaldırılması hasta güvenliği açısından temel hedef olarak belirlenmektedir (Cevahir vd., 2024). Uygun koşullarda üretilmeyen veya taşınmayan canlı materyalin klinik uygulama sırasında enfeksiyon riskini artırabileceği bilinmektedir (Toptan vd., 2019). Bu nedenle üretim kadar lojistik süreçlerin de mevzuata uygun biçimde planlanması gerekmektedir. Taşıma sırasında sıcaklık ve nem kontrolünün sağlanması gecikmelerin önlenmesi ve sevkiyat sürecinin kayıt altına alınması kalite yönetim sisteminin uzantısı olarak değerlendirilmektedir (Şen, 2008).

Canlı materyal üretiminde görev alan personelin biyogüvenlik hijyen ve kalite kontrol konularında eğitilmiş olması önemli görülmektedir. Üretim tesislerinde yazılı prosedürlerin oluşturulması görev tanımlarının netleştirilmesi ve kalite yönetim sisteminin kurulması tavsiye edilmektedir. Düzenli iç denetimlerin gerçekleştirilmesiyle potansiyel risklerin erken aşamada tespit edilmesi mümkün olmaktadır. Ayrıca dış denetim mekanizmalarının işletilmesi sektörel güvenilirliği artırmaktadır. Bu bütüncül yaklaşım sayesinde hem kamu sağlığının korunması hem de canlı materyal temelli GETAT uygulamalarına yönelik güvenin güçlendirilmesi hedeflenmektedir (Cevahir vd., 2024).

4. ECZANELERİN ROLÜ VE ÜRÜN GÜVENLİĞİ

4.1. Eczane Güvenli Alanı ve Eczacı Danışmanlığı

GETAT ürünlerinin güvenli biçimde son kullanıcıya ulaştırılmasında eczaneler kontrollü ve denetlenebilir dağıtım noktaları olarak konumlandırılmıştır. Eczanelerde ürünlerin uygun sıcaklık nem ve ışık koşullarında muhafaza edilmesi sağlanmakta olup saklama standartlarının mesleki mevzuat çerçevesinde düzenli biçimde denetlendiği bilinmektedir (Çıtırık vd., 2024). Bilhassa bitkisel ekstre içeren preparatlarda etken madde stabilitesinin çevresel faktörlere duyarlı olduğu dikkate alındığında uygun depolama koşullarının kalite sürekliliği açısından kritik önem taşıdığı ifade edilmektedir. Raf düzeni, parti takibi ve miad kontrolünün sistematik şekilde yürütülmesi sayesinde ürün güvenliğinin korunabildiği değerlendirilmektedir (Türk, 2019). Bu bağlamda eczanelerin sadece ticari satış noktası olarak değil aynı zamanda güvenli saklama, izleme ve danışmanlık hizmeti sunan sağlık birimleri olarak işlev gördüğünü söylemek mümkündür. Eczacı danışmanlığı GETAT ürünlerinde rasyonel ve güvenli kullanım açısından belirleyici rol oynamaktadır. Bitkisel ürünlerin farmakolojik etkilerinin hafife alınmaması gerektiği ve bazı bileşenlerin konvansiyonel ilaçlarla etkileşime girebileceği bilinmektedir. Özellikle kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerde veya çoklu ilaç kullanan hastalarda kontrolsüz kullanımın klinik risk oluşturabileceği kabul edilmektedir (Toklu ve Ayanoğlu Dülger, 2014). Dolayısıyla eczacılar tarafından hastanın

mevcut ilaç profili değerlendirilmekte ve olası etkileşimler yan etki ihtimalleri ve doz aralığı konusunda bilgilendirme yapılmaktadır. Bu uygulamanın farmasötik bakım anlayışının tamamlayıcı sağlık ürünlerine de entegre edildiğini gösterdiği ifade edilmektedir. Danışmanlık hizmeti sayesinde yanlış doz kullanımı gereksiz ürün tüketimi ve bilimsel temeli zayıf iddialara dayalı tercihlerin azaltılabildiği düşünülmektedir (Bilgener, 2022).

Eczanelerde gerçekleştirilen kayıt ve takip uygulamalarının izlenebilirlik açısından önemli bir güvenlik katmanı oluşturduğu bilinmektedir. Satışı yapılan ürünlerin parti numarası ve miadı bilgileri sistematik biçimde kaydedilmekte ve gerektiğinde geri çağırma sürecinin hızlı biçimde yürütülmesine imkân tanınmaktadır. Bu mekanizmanın kalite sorunu tespit edildiğinde halk sağlığının korunması açısından koruyucu işlev gördüğü kabul edilmektedir. Ayrıca eczacının bilimsel bilgiye dayalı yönlendirmesi sayesinde sağlık beyanı açısından tartışmalı veya içeriği belirsiz ürünlerin tercih edilmesinin azaltılabileceği ifade edilmektedir. Böylece piyasa denetimi yalnızca idari otoritelerin gözetimine bırakılmamakta mesleki sorumluluk ve etik bilinç aracılığıyla da desteklenmektedir (Ay, 2020). Bu kuruluşların güvenli alan olarak tanımlanmasının temelinde mesleki etik ilkelere bağlılık ve mevzuata uyum zorunluluğu yer almaktadır. Eczacıların sağlık profesyoneli kimliği çerçevesinde hareket ettiği ve ticari kaygıların kamu sağlığı sorumluluğunun önüne geçmemesi gerektiği kabul edilmektedir. Ürünlerin kaynağı içerik belgeleri ve uygunluk durumları incelenmeden raflara yerleştirilmediği bilinmektedir. Bu disiplinli yaklaşımın tüketici güvenliğini güçlendirdiği ve kayıt dışı ürün dolaşımının sınırlandırılmasına katkı sağladığı değerlendirilmektedir. (Avcı, 2022). Uzun vadede eczanelerin GETAT ürünleri açısından güvenli ve kontrollü dağıtım kanalı olarak konumunun korunmasının halk sağlığı politikaları bakımından stratejik önem taşıdığı ifade edilmektedir (Tutar, 2024).

4.2. İnternet Satışları ve Sahte Ürün Tehdidi

Dijital ticaret kanallarının yaygınlaşmasıyla birlikte GETAT ürünlerinin internet üzerinden satışında belirgin bir artış yaşandığı aşikardır. Çevrim içi pazar yerleri sosyal medya platformları ve bağımsız e ticaret siteleri aracılığıyla geniş bir tüketici kitlesine kısa sürede ulaşılabildiği kabul edilmektedir (Dişli ve Yeşilada, 2019). Ancak bu hızlı erişim imkânının denetim kapasitesiyle aynı oranda gelişmediği ifade edilmektedir. Resmî kayıt sistemine dâhil olmayan ürünlerin tüketiciye ulaştırılabildiği ve içerik doğruluğunun her zaman teyit edilemediği bilinmektedir (Özcan, 2025). Özellikle zayıflama bağışıklık güçlendirme ve cinsel performans artırma gibi yüksek talep gören ürün kategorilerinde yanıltıcı beyanların sıkça kullanıldığı tespit edilmektedir. Bu durum sahte tağşişli ya da standardize edilmemiş ürün riskini artırmakta ve halk sağlığı açısından ciddi tehdit oluşturmaktadır (Türkmen ve Ataseven, 2020).

Sağlık beyanı içeren reklamların mevzuata aykırı biçimde sunulmasının tüketiciyi yanlış yönlendirdiği söylenebilir. Bilimsel dayanak gösterilmeksizin belirli hastalıkların tedavi edileceği veya iyileştirileceği yönünde iddialarda bulunulmasının kamu sağlığı açısından risk doğurduğu bilinmektedir (Kılınç, 2024). Dijital ortamda yayılan içeriklerin hızla çoğalması ve farklı platformlarda tekrar paylaşılması denetim sürecini zorlaştırmaktadır. Algoritmalar yardımıyla hedefli reklam yapılabilmesi hassas tüketici gruplarının etkilenme olasılığını artırmaktadır. Bu nedenle ilgili kurumlar tarafından dijital izleme ve erken uyarı sistemlerinin

geliştirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Kazaz& Erdoğan, M.G. (2020). Sahte veya kayıt dışı ürünlerin içeriğinde etiket üzerinde belirtilmeyen sentetik farmasötik maddelerin bulunabileceği bilinmektedir (Küçükibrahimoğlu vd., 2013). Bu tür maddelerin özellikle kalp damar sistemi karaciğer fonksiyonları ve hormonal denge üzerinde ciddi yan etkilere yol açabileceği görülmüştür.

Ürünlerin üretim yerinin parti numarasının ve analiz belgelerinin doğrulanamaması izlenebilirlik sorununa sebep olmaktadır. Geri çağırma mekanizmasının işletilememesi risk yönetimini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle tüketicilerin yalnızca kayıtlı ve güvenilir satış kanallarını tercih etmesi gerektiği üzerinde ısrarla durulmaktadır (Türkmen ve Ataseven, 2020). İnternet üzerinden gerçekleştirilen kontrolsüz satışlara karşı yürütülen mücadelenin çok paydaşlı bir yaklaşımla ele alınması önerilmektedir. Kamu otoriteleri meslek örgütleri ve dijital platform sağlayıcıları arasında iş birliği mekanizmalarının güçlendirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Soydemir, 2014). Sonuç olarak farkındalık kampanyaları yoluyla tüketicilerin etiket okuma sağlık beyanı değerlendirme ve kayıt kontrolü konularında bilinç düzeyinin artırılması amaçlanmaktadır (Aybek ve Şahin, 2025). Hukuki yaptırımların etkin biçimde uygulanmasının caydırıcılık sağlayacağı değerlendirilmektedir. Uzun vadede dijital ticaretin güvenli ve denetlenebilir bir çerçevede yürütülmesi için bütüncül bir düzenleme ve izleme modeline ihtiyaç duyulduğu söylenebilir (Özdemir ve Doğanay, 2019).

4.3. Farmakovijilans ve Yan Etki Bildirimi

Bitkisel ve tamamlayıcı sağlık ürünlerinin güvenli kullanımının sağlanması amacıyla farmakovijilans sistemlerinin işletilmesinin zorunlu olduğu kabul edilmektedir. Bu sistemler aracılığıyla yan etki ve advers reaksiyon bildirimlerinin düzenli biçimde toplanması ürün güvenliği değerlendirmesi açısından temel veri kaynağı oluşturmaktadır (Temiz Nemutlu, 2017). Türkiye Farmakovijilans Merkezi üzerinden iletilen bildirimlerin analiz edilmesiyle olası risk sinyallerinin erken aşamada tespit edilebildiği bilinmektedir (Ergün, 2019). Özellikle yaygın kullanıma sahip bitkisel ürünlerde nadir görülen ancak klinik bakımdan önemli sonuçlar doğurabilecek reaksiyonların kayıt altına alınması kamu sağlığı açısından koruyucu bir işlev görmektedir. Bu bakımdan değerlendirildiğinde farmakovijilans sisteminin sadece sentetik ilaçlarla sınırlı kalmaması gerektiği ve tamamlayıcı sağlık ürünlerini de kapsayacak biçimde işletilmesinin gerekli olduğu ifade edilmektedir (Ak Sakallı, 2018).

Bitkisel ürünlerin konvansiyonel ilaçlarla birlikte kullanımında etkileşim riskinin bulunduğu bilinmektedir. Özellikle karaciğer enzim sistemleri üzerinde etkili olan bitkisel bileşenlerin ilaç metabolizmasını değiştirebileceği ve terapötik aralığın dışına çıkılmasına yol açabileceği kabul edilmektedir. Antikoagülan antidepresan immünsupresan ve kardiyovasküler ilaç kullanan hastalarda etkileşim riskinin daha belirgin olabileceği ifade edilmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin hastalardan kullandıkları tamamlayıcı ürünleri sorgulaması ve olası yan etkileri bildirmesi teşvik edilmektedir. Bildirim oranlarının artırılmasının veri setinin güçlenmesine ve risk analizlerinin daha sağlıklı yapılmasına katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir (İstanbuluoğlu ve Çeliker, 2018). Farmakovijilans kültürünün yaygınlaştırılması için sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir. Eczacı ve hekimlerin bildirim prosedürleri hakkında bilgilendirilmesi sistemin etkinliğini artırmaktadır. Bildirim sürecinin kolay erişilebilir dijital platformlar üzerinden yürütülmesi katılım oranını

yükseltebilmektedir. Hastaların da yaşadıkları olası yan etkileri sağlık kuruluşlarına iletmesi konusunda bilinçlendirilmesi gerektiği kabul edilmektedir. Böylece izleme mekanizmasının yalnızca resmî kurumlara dayalı olmaktan çıkıp çok paydaşlı ve katılımcı bir yapıya kavuşması sağlanabilmektedir (Altınel, 2010).

Toplanan verilerin istatistiksel ve epidemiyolojik yöntemlerle analiz edilmesi düzenleyici karar alma süreçlerinde belirleyici rol oynamaktadır. Belirli bir ürünle ilişkili risk sinyali saptandığında etiket güncellemesi doz uyarısı veya ürün geri çekme kararı uygulanabilmektedir. Bu uygulamalar kamu sağlığının korunmasına yönelik önleyici tedbirler olarak değerlendirilmektedir. Farmakovijilans sisteminin tamamlayıcı sağlık ürünlerinde de aktif biçimde işletilmesinin tüketici güvenini artırdığı ve sektörel şeffaflığı desteklediği ifade edilmektedir. Uzun vadede veri temelli güvenlik değerlendirmelerinin mevzuatın geliştirilmesine katkı sağlayacağı kabul edilmektedir (TİTCK, 2022).

4.4. Majistral Üretim

Majistral üretim uygulaması kapsamında eczacılar tarafından hekim reçetesine dayalı olarak kişiye özel formülasyonların hazırlanabildiği bilinmektedir. Bu üretim sürecinin ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde tanımlandığı ve belirli teknik ve idari şartlara bağlandığı kabul edilmektedir. Kullanılan hammaddelerin farmasötik kalite belgelerine sahip olması ve analiz sertifikalarıyla doğrulanması zorunlu görülmektedir. Hammaddenin kaynağı saflık düzeyi ve uygunluk kriterleri üretim öncesinde değerlendirilmekte ve kayıt altına alınmaktadır (Andaç vd., 2015).

Üretim sürecinin tüm aşamalarının belgelenmesi ve izlenebilirliğin sağlanması kalite güvencesi açısından temel ilke olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşımın hem hasta güvenliğini hem de mesleki sorumluluğun şeffaf biçimde yerine getirilmesini desteklediği ifade edilmektedir (Tekeli, 2025). Kişiye özel formülasyonların hazırlanmasında dozaj ayarlamasının hastanın yaşı kilosu eşlik eden hastalıkları ve mevcut tedavi rejimi dikkate alınarak belirlendiği bilinmektedir. Bu uygulama bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımının bir yansıması olarak değerlendirilmektedir. Standart ticari ürünlerde bulunmayan doz aralıklarının hazırlanabilmesi belirli hasta grupları için önemli bir avantaj oluşturmaktadır. Hazırlama sürecinde hijyen koşullarının sağlanması çapraz kontaminasyon riskinin önlenmesi ve doğru ölçüm tekniklerinin uygulanması zorunlu kabul edilmektedir. Laboratuvar ortamının düzenli denetimi ekipman kalibrasyonlarının yapılması ve prosedürlerin güncel tutulması kalite güvencesini desteklemektedir (Tekeli, 2025). Majistral üretim sayesinde piyasada bulunmayan kombinasyonların veya belirli etken madde oranlarının hazırlanabilmesi mümkün olmaktadır. Bu durum özellikle pediatrik geriatri ve nadir hastalık gruplarında tedavi esnekliği sağlamaktadır (Aksoy, 2025). Fakat bu esneklik beraberinde yüksek teknik yeterlilik gereksinimini de getirmektedir. Formülasyon bilgisi stabilite değerlendirmesi ve uygun taşıyıcı madde seçimi konularında uzmanlık gerekmektedir. Bu nedenle eczacıların mesleki eğitimlerinin güncel tutulması ve bilimsel gelişmelerin yakından takip edilmesi önem taşımaktadır (Duraklı ve İmamoğlu, 2023). Kişiye özel üretimin etik ve hukuki sorumluluk doğurduğu kabul edilen bir gerçektir. Eczacının hazırladığı ürünün güvenliğinden ve doğruluğundan mesleki sorumluluğu kapsamında yükümlü olduğu bilinmektedir. Kayıt sisteminin eksiksiz tutulması reçete bilgisi üretim tarihi parti numarası ve kullanılan

hammaddelere ilişkin belgelerin saklanması olası denetimlerde şeffaflık sağlamaktadır. Bu uygulama hem düzenleyici otoriteler hem de hasta açısından güven unsurudur. Böylece majistral üretimin kontrollü güvenli ve mevzuata uygun biçimde sürdürülmesi hedeflenmektedir (Tekeli, 2025).

5. TEDARİK ZİNCİRİ VE LOJİSTİK YÖNETİMİ

5.1. Soğuk Zincir ve Saklama Koşulları

GETAT ürünlerinde tedarik zinciri yönetiminin yalnızca ticari bir organizasyon faaliyeti olarak değil kalite güvencesinin bütünüleyici ve vazgeçilmez bir unsuru olarak ele alınması gerektiği kabul edilmektedir. Özellikle biyolojik kaynaklı ve ısıya duyarlı ürünlerde taşıma ve depolama koşullarının ürün etkinliği ve güvenliği üzerinde doğrudan belirleyici olduğu bilinmektedir.

Arı sütü apılarnil tıbbi sülük ve bazı probiyotik içerikli preparatlarda sıcaklık dalgalanmalarının kimyasal stabiliteyi ve biyolojik canlılığı olumsuz etkileyebileceği ifade edilmektedir. Bu tür ürünlerde protein yapısının bozulması enzim aktivitesinin azalması veya mikrobiyal denge değişiklikleri meydana gelebilmektedir (Metin ve Koçyiğit, 2023). Bu nedenle üretim tesisinden dağıtım merkezlerine ve son kullanıcıya kadar kesintisiz bir soğuk zincir mekanizmasının kurulması zorunlu görülmektedir.

Soğuk zincirin sürdürülebilir biçimde işletilebilmesi için lojistik planlamanın ulusal ve uluslararası teknik standartlara uygun olarak tasarlanması gerekir (Mohamed, 2025). Taşıma sürecinde kullanılan araçların sıcaklık kontrollü sistemlere sahip olması diğer temel gereklilikler arasındadır. Nakliye sırasında belirlenen sıcaklık aralığının korunması için kalibre edilmiş soğutma sistemlerinin kullanılmasına dikkat edilmelidir. Veri kaydedici cihazlar ve uzaktan izleme teknolojileri aracılığıyla sıcaklık değerlerinin anlık olarak takip edilebilir (İpekçi ve Tanyaş, 2021). Sıcaklık sapması tespit edilmesi halinde ise ilgili parti ürünün karantinaya alınması analiz edilmesi veya imha edilmesi yönünde prosedürlerin uygulandığı ifade edilmektedir. Bu uygulamaların hem hasta güvenliğini koruduğu hem de üretici ve dağıtıcı açısından hukuki sorumluluk riskini azalttığı değerlendirilmektedir (Küçüktürkmen ve Bozkır, 2025).

Depolama alanlarında nem ve ışık kontrolünün sağlanması da kalite yönetimi açısından kritik önem taşımaktadır (Bekmezci, 2021). Bitkisel ekstrakt içeren ürünlerin ultraviyole ışığa maruz kalması durumunda aktif bileşen kaybı ve oksidatif bozulma meydana gelebilmektedir. Bu nedenle ambalaj materyalinin ışık geçirgenliği teknik kriterlere göre seçilmektedir. Raf düzeninin hava sirkülasyonunu engellemeyecek biçimde planlanması ve sıcaklık dağılımının homojen tutulması gerekmektedir. Soğuk hava depolarının düzenli bakımının yapılması sensör kalibrasyonlarının belgelenmesi ve periyodik kontrol kayıtlarının tutulması izlenebilirlik açısından zorunlu kabul edilmektedir (Şen, 2008).

Soğuk zincirin sürdürülebilirliğinin yalnızca teknik ekipmanla değil insan faktörüyle de ilişkilidir. Lojistik ve depo personelinin ürün özellikleri saklama koşulları ve acil durum prosedürleri hakkında eğitilmesine önem verilmelidir. Olası elektrik kesintisi ekipman arızası ya da nakliye gecikmesi gibi durumlara karşı alternatif planların oluşturulması düşünülmelidir (Türk ve Öztekin, 2021). Risk analizlerinin düzenli aralıklarla güncellenmesi ve süreç

performansının izlenmesi proaktif bir kalite yönetim yaklaşımının benimsenmesini sağlamaktadır. Böylelikle tedarik zinciri boyunca ürün bütünlüğünün korunması ve kamu sağlığının güvence altına alınması amaçlanmaktadır (Çoruh, 2025).

5.2. Stok Yönetimi ve Miad Takibi

Doğal içerikli ürünlerde raf ömrünün sınırlı olabildiği ve çevresel koşullara karşı daha hassas bir yapı sergilediği bilinmektedir. Bitkisel ekstreler uçucu yağlar arı ürünleri ve probiyotik preparatlar gibi ürün gruplarında zamanla etkin madde kaybı meydana gelebileceği kabul edilmektedir (Bekar, 2024). Bu durum stok yönetiminin yalnızca ticari bir planlama faaliyeti olarak değil kalite güvence sürecinin önemli bir parçası olarak ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Miad süresi yaklaşan ürünlerin zamanında tespit edilmemesi hem ekonomik kayıplara hem de kalite riskine yol açabilmektedir. Bu sebeple stok takip sistemlerinin dijital altyapıyla desteklenmesi ve gerçek zamanlı veri akışıyla izlenmesi önerilmektedir. Dijital sistemler aracılığıyla miad yaklaşımı uyarılarının otomatik olarak oluşturulması erken müdahale imkânı sağlamaktadır (Saray, 2024).

Stok devir hızının düzenli biçimde analiz edilmesi talep tahmininin daha sağlıklı yapılmasına katkı sunmaktadır (Doğar, 2006). Özellikle bağışıklık destekleyici ürünlerde kış aylarında artan talep gibi mevsimsel değişimlerin dikkate alınması gerektiği bilinmektedir. Talep dalgalanmalarının doğru analiz edilmemesi durumunda gereğinden fazla sipariş verilmesi söz konusu olabilmektedir (Kaya, 2020). Aşırı stok bulundurulması hem finansal yükü artırmakta hem de miad kaynaklı fire oranının yükselmesine neden olmaktadır (Türk, 2019). Tam tersi durum olan yetersiz stok bulundurulmasında ise tedarik sürekliliği riske girebilmektedir. Bu bağlamda optimum stok seviyesinin veri temelli analizlerle belirlenmesi stratejik önem taşımaktadır (Doğar, 2006). Miad takibinde barkod ve parti numarası sistemlerinin kullanılması izlenebilirliği önemli ölçüde artırmaktadır. Her ürün partisinin depoya girişinden sevkiyatına kadar kayıt altına alınması kalite yönetim sisteminin temel gereklilikleri arasında yer almaktadır (Eroğlu, 2024). Ürün geri çağırma sürecinde hangi partinin hangi dağıtım noktasına gönderildiğinin belirlenebilmesi hızlı müdahale imkânı sağlamaktadır. Bu uygulama hem halk sağlığının korunmasına katkı sunmakta hem de hukuki sorumlulukların yerine getirilmesini kolaylaştırmaktadır. Parti bazlı izleme sistemi sayesinde kalite sorunu tespit edilen ürünlerin kontrollü biçimde piyasadan çekilmesi mümkün olmaktadır (Türkmen ve Ataseven, 2023).

Bu süreçlerin yönetiminde veri analitiği yöntemlerinden yararlanılması karar alma süreçlerinin etkinliğini artırmaktadır. Ayrıca, satış eğilimlerinin istatistiksel analizlerle incelenmesi ve geçmiş veriler üzerinden tahmin modelleri oluşturulması geleceğe yönelik projeksiyon yapılmasına imkân tanımaktadır. Bu yaklaşım işletme sermayesinin daha verimli kullanılmasına katkı sağlamaktadır. Aynı zamanda miad kaynaklı kayıpların azaltılması ve depo alanının optimize edilmesi mümkün hale gelmektedir. Böylelikle ekonomik verimlilikle ürün güvenliği arasında dengeli ve sürdürülebilir bir yönetim modeli oluşturulabilmektedir (Göksu Kırca, 2025).

5.3. İthalat ve İhracat Prosedürleri

GETAT ürünlerinde kullanılan hammaddelerin bir kısmının farklı coğrafyalardan temin edildiği ve ithalat sürecinin sıkı bir düzenleyici denetime tabi tutulduğu bilinmektedir. İthal edilen bitkisel droglar ekstraktlar veya yardımcı maddeler için menşe ülkeye ait analiz sertifikalarının sunulması zorunludur (Türkmen vd., 2014). Bu belgelerde pestisit kalıntı düzeyleri ağır metal içerikleri mikrobiyolojik yük ve aflatoksin gibi kontaminasyon parametrelerinin mevzuata uygunluğu gösterilmektedir (Gençoğlu, 2017). Gümrük aşamasında yapılan belge ve numune kontrollerinde ise ürün güvenliğinin sınır girişinde değerlendirilmesi mümkün olmaktadır. Bu uygulamanın halk sağlığının korunmasına yönelik önleyici bir filtre işlevi gördüğü söylenebilir (Temel vd., 2018).

İhracat sürecinde ise hedef ülkenin düzenleyici çerçevesine uyum sağlanmasının zorunlu olduğu bilinmektedir. Avrupa Birliği pazarında izlenebilirlik sistemleri sağlık beyanı kuralları ve maksimum kalıntı limitleri gibi standartların yüksek düzeyde olduğu kabul edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri pazarında ise içerik beyanı etiket tasarımı ve bildirim prosedürleri farklı düzenlemelere tabi tutulmaktadır. Bu nedenle ihracat öncesinde kapsamlı bir mevzuat analizi yapılması ve ürün formülasyonunun hedef ülke gerekliliklerine uygunluğunun değerlendirilmesi önerilmektedir. Aksi durumda gümrükte ürün reddi veya geri gönderme gibi ticari kayıpların yaşanabileceği bilinmektedir (Eraslan ve Fırat, 2021). Uluslararası ticarete kalite belgelerinin ticari güvenilirlik açısından belirleyici rol oynadığı açıktır. GMP sertifikası analiz raporları organik üretim belgeleri ve menşe belgeleri alıcı firmalar açısından güven unsuru oluşturmaktadır. Bu belgelerin doğrulanabilir ve güncel olması ticari ilişkilerin sürdürülebilirliğini desteklemektedir. Lojistik planlamanın gümrük süreçleriyle entegre biçimde yürütülmesi ve sevkiyat takviminin resmi prosedürlerle uyumlu planlanması gerekmektedir. Belgelerin eksiksiz hazırlanması ve dijital sistemler üzerinden paylaşılması gecikmelerin önlenmesine katkı sağlamaktadır (TİTCK, 2022).

İhracat stratejisinin yalnızca kısa vadeli satış hedefleriyle değil uzun vadeli marka konumlandırmasıyla birlikte ele alınması gerektiği ifade edilmektedir. Yerli üretimin yüksek katma değerli bitmiş ürünlere yönlendirilmesi dış ticaret dengesine olumlu katkı sunabilmektedir. Ar Ge yatırımları ve uluslararası kalite sertifikasyonları marka değerinin artmasını desteklemektedir. Devlet destek programları ve ihracat teşviklerinden yararlanılması finansal yükün azaltılmasına yardımcı olabilmektedir. Bu bütüncül yaklaşım sayesinde küresel pazarda sürdürülebilir ve rekabetçi bir konum elde edilmesi hedeflenmektedir (Eraslan ve Fırat, 2021).

5.4. İzlenebilirlik Sistemleri ÜTS ve TABS

Dijital izlenebilirlik sistemlerinin GETAT ürünlerinde tedarik zinciri güvenliğinin sağlanmasında merkezi bir rol üstlendiği söylenebilir. Ürün Takip Sistemi yardımıyla belirli kategorideki ürünlerin üretim aşamasından başlayarak dağıtım kanallarına ve nihai kullanıcıya kadar kayıt altına alınmaktadır. Bu sistemle her bir ürününün hareketinin dijital ortamda izlenebilmesi mümkün hale gelmektedir. Sahte ve kayıt dışı ürün dolaşımının sınırlandırılması bu sistemin temel hedeflerindendir. Veri tabanının düzenli olarak güncellenmesi ve sistem girişlerinin eş zamanlı yapılması denetim kapasitesini artırmakta ve riskli ürünlerin erken aşamada tespit edilmesine olanak sağlamaktadır. Bu yaklaşımın hem kamu otoriteleri hem de

sektör paydaşları açısından güven artırıcı bir işlev olarak değerlendirilmektedir (Uslu ve Demircan, 2023).

Takviye edici gıdalarda uygulanan onay numarası sisteminin piyasa şeffaflığı bakımından önemli bir araç olduğu ifade edilmektedir (Gıda Takviyesi ve Beslenme Derneği [GTDB], 2024). Ürün ambalajında yer alan onay numarası tüketicilerin ilgili veri tabanından ürün bilgilerine erişebilmesine olanak sağlamaktadır. Öte yandan içeriğin beyan edilmesi, üretim yeri ve onay tarihi gibi bilgilerin görülebilmesi güven algısını güçlendirmektedir (Korkmaz, 2024). Parti numarası, üretim tarihi gibi diğer bilgilerinin dijital sistemle entegre edilmesi geri çağırma süreçlerinin hızlı ve hedefli biçimde yürütülmesine imkân tanımaktadır. Böylelikle potansiyel kalite sorunlarında risk yönetimi daha etkin ve kontrollü biçimde gerçekleştirilebilmektedir (Saray, 2024). İzlenebilirlik sistemlerinin etkinliği büyük ölçüde veri doğruluğuna ve sistem disiplinine bağlıdır. Üretici, ithalatçı, dağıtıcı ve perakendecilerin kayıt girişlerini zamanında ve eksiksiz yapması gerekmektedir. Dijital kaydın fiili stok hareketiyle uyumlu olması kalite güvence sürecinin temel koşuludur. Denetim mekanizmalarının düzenli olarak işletilmesi ve veri uyumsuzluklarının analiz edilmesi sistemin sürdürülebilirliğini desteklemektedir. Aksi durumda dijital kayıt ile sahadaki uygulama arasında uyumsuzluk oluşabileceği ve sistemin güvenilirliğinin zedelenebileceği bilinmektedir (Ayhan vd., 2021).

Uzun vadede blok zincir tabanlı çözümler ve ileri veri analitiği uygulamalarının izlenebilirlik sistemlerine entegre edilebileceği değerlendirilmektedir. Dağıtık veri yapısının kullanılması halinde kayıtların geriye dönük değiştirilmesinin zorlaşacağı ve sahtecilik riskinin azalacağı öngörülmektedir. Büyük veri analizleri aracılığıyla anomali tespiti yapılması ve riskli dağıtım modellerinin erken belirlenmesi mümkün olabilmektedir. Dijital dönüşümün tedarik zinciri yönetimine entegre edilmesi stratejik bir gereklilik olarak kabul edilmektedir (Arslanhan ve Delice, 2025). Bu yaklaşım sayesinde GETAT ürünlerinde güvenli şeffaf ve denetlenebilir bir piyasa yapısının tesis edilmesi hedeflenmektedir (Gerdan, 2019).

6. SONUÇ

Bu bölümde GETAT ürünleri tıbbi ve aromatik bitkiler ile tedarik zinciri yönetiminin birbirini tamamlayan unsurlar olarak ele alınmasının zorunlu olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Türkiye'nin biyoçeşitlilik kapasitesinin yüksek olduğu ve tıbbi aromatik bitkiler bakımından önemli bir kaynak tabanı sunmaktadır. Ancak bu potansiyelin sürdürülebilir ekonomik değere dönüştürülebilmesi için doğal popülasyonların korunması kültüre alma uygulamalarının yaygınlaştırılması ve üretim süreçlerinin bilimsel temelli biçimde standardize edilmesi gerektiği değerlendirilmektedir (Temel vd., 2018). İyi Tarım Uygulamaları çerçevesinde pestisit kalıntısı ağır metal birikimi ve mikrobiyolojik risklerin kontrol altına alınmasının hammadde kalitesinin güvenceye alınmasında belirleyici olduğu görülmektedir. Üretim sürekliliği açısından sözleşmeli üretim modellerinin ve çiftçi eğitimlerinin tedarik güvenliğini güçlendirdiği ve kalite kayıplarını azalttığı kabul edilmektedir (Demir vd., 2025).

Katma değer yaratma bakımından sadece hammadde ihracatına dayalı yaklaşımın sınırlı getiri sağladığı ve ülke içinde işleme kapasitesinin geliştirilmesinin stratejik önem taşıdığı sonucuna varılmaktadır. Ekstraksiyon, standardizasyon ve nihai ürün geliştirme süreçlerine yatırım yapılması halinde katma değerün üretici ülkede kalmasının mümkün olacağı ifade edilmektedir (Keykubat, 2016). Bu dönüşümün Ar-Ge altyapısı üniversite sanayi iş birliği ve

kalite belgelendirme mekanizmalarıyla desteklenmesi gerektiği kabul edilmektedir. Markalaşma ve bilimsel kanıt temelli pazarlama yaklaşımının uluslararası rekabet gücünü artırdığı düşünülmektedir (Sharp vd., 2017). Böylece tıbbi ve aromatik bitkilerin yalnızca hammadde olarak değil teknoloji yoğun ürünlerin temel girdisi olarak konumlandırılmasının daha sürdürülebilir bir ekonomik yapı sağlayacağını söylemek mümkündür (Aydın ve Can, 2025).

Piyasaya arz ve ürün güvenliği boyutunda düzenleyici çerçevenin belirleyici olduğu ve mevzuatın çift başlı yapısının sınıflandırma ve denetim süreçlerinde belirsizlik alanları doğurabildiği görülmektedir (Körük, 2024). Bitkisel tıbbi ürünlerde kapsamlı dosyalama GMP uyumu ve yaşam döngüsü boyunca denetim anlayışının hasta güvenliğini desteklediği kabul edilmektedir (TİTCK,2022). Homeopatik ürünlerde kanıt değerlendirmesine ilişkin metodolojik tartışmaların sürdüğü ve düzenleyici öngörülebilirliğin yatırım kararlarını etkilediği değerlendirilmektedir. Tıbbi sülük ve steril larva gibi canlı materyal temelli ürünlerde biyogüvenlik sterilizasyon ve izlenebilirlik yükümlülüklerinin kritik olduğu ve lojistik süreçlerin de bu çerçevede ele alınması gerektiği sonucuna varılmaktadır (Dinçer, 2025).

Dağıtım kanalları ve tedarik zinciri yönetimi açısından eczanelerin danışmanlık izlenebilirlik ve kontrollü saklama koşulları nedeniyle güvenli bir erişim alanı sunduğu kabul edilmektedir. Buna karşılık internet satışlarında sahte ve tağşişli ürün riskinin arttığı ve dijital izleme ile çok paydaşlı denetim modellerine ihtiyaç duyulduğu değerlendirilmektedir (Arslan vd., 2025). Farmakovijilans sistemlerinin bitkisel ve tamamlayıcı ürünlerde etkin işletilmesi halinde risk sinyallerinin erken tespit edilebileceği ve düzenleyici kararların veri temelli biçimde güçlenebileceği düşünülmektedir (Soyalan, 2012). Soğuk zincir stok yönetimi ithalat ihracat süreçleri ve dijital izlenebilirlik sistemlerinin bütüncül biçimde yönetilmesiyle kalite sürekliliğinin sağlanabileceği sonucuna ulaşılmaktadır (İpekçi ve Tanyaş, 2021). Genel olarak GETAT alanında sürdürülebilir ve güvenilir bir piyasa yapısının tesis edilmesinin tarım sanayi sağlık ve lojistik bileşenlerinin eşgüdüm içinde çalıştırılmasına ve bilimsel temelli standardizasyon yaklaşımının tüm zincire yayılmasına bağlı olduğu kabul edilmektedir (Oktar vd., 2019). Sonuç olarak doğru kullanıldığında önleyici ve destekleyici tedavide önemli katkılar sağlayan GETAT ürünlerinin tedarikinin de doğru bir şekilde yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Adalı, Z. (2022). Sözleşmeli tarımsal üretim: Yenişehir ilçesin 'de bir araştırma (Yayın No: 761999) [Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Ağaoğlu A. (2019). Dünyada ve Avrupa'da Homeopatinin Durumu. *J Biotechnol and Strategic Health Res*, 3, 74-84. doi:10.34084/bshr.547751.
- Ak Sakallı, E. (2018). Farmasötik formdaki bitkisel ürünlerin izlenmesi ve takip sistemleri oluşturulması (Yayın No: 523697) [Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Akalın, B., İrban, A., & Özargun, G. (2023). Türkiye'de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Mevcut Standartları ve İyileştirme Önerileri. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(1), 49-69. <https://doi.org/10.57224/jhpr.1230794>

- Aksoy, M. (2025). Pediatrik ve Geriatrik Hastalarda İlaç Kullanımı: Eczacılık Yaklaşımları. *Sağlık & Bilim 2025: Eczacılık-I*, 115.
- Aksoy, R. (2006). Bir Pazarlama Değeri Olarak Güven ve Tüketicilerin Elektronik Pazarlara Yönelik Güven Tutumları. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 2(4), 79-90.
- Alkan, N. (2008). Klinik tıp kütüphaneciliği. *Bilgi Dünyası*, 9(2), 315-34 <https://doi.org/10.15612/BD.2008.309>.
- Altınel, S. (2010). Gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan ilaç güvenliliği (farmakovijilans) sistemlerinin incelenmesi, Türkiye'deki mevcut yapılanma ile karşılaştırılması ve ülkemizde oluşturulması amaçlanan denetim sisteminin araştırılması (Yayın No: 267564) [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Aminov, R., Aminova, A., Florov, A., & Makyeyeva, L. (2025). Optimal artificial conditions for keeping and breeding medicinal leeches *Hirudo verbana* and *Hirudo orientalis*. *Annals of Parasitology*, 71, 79–83.
- Andaç, A., Yaşayan, G., Alarcin, E., Okuyan, B., & Şahbaz, S. (2015). Eczane Mesul Müdürlerinin Majistral İlaç Hazırlama ile ilgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 19(3), 283-289.
- Arslan, A. A., Baytar, Y. S., Yılmaz, Ö., Karaotmarlı Güven, G., & Gürbüzkol Yılmaz, F. (2025). Eczacılık Öğrencilerinin Kozmetik Ürün Üretimi, Piyasa Kontrolü ve Denetimi Hakkında Bilgi Düzeyleri: Eğitim Öncesi ve Sonrası Analizi. *Biruni Sağlık ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 8(2), 29-43. <https://izlik.org/JA22JM67SE>
- Arslan, N., Baydar, H., Kızıl, S., Karık, Ü., Şekeroğlu, N., & Gümüşçü, A. (2015). Tıbbi aromatik bitkiler üretiminde değişimler ve yeni arayışlar. *Türkiye Ziraat Mühendisliği VIII. Teknik Kongresi Bildiriler Kitabı* (ss. 483–507).
- Arslanhan, H., & Delice, Y. (2025). Blok Zincir Teknolojisinin İlaç ve Gıda Tedarik Zincirindeki Rolü: Karşılaştırmalı Bir Bibliyometrik Literatür Taraması. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2), 749-776. <https://doi.org/10.25287/ohuiibf.1624897>
- Atay, S., Birpınar, M. E., & Yetiş, Ü. (2023). Sürdürülebilir Üretim ve Tüketimde Eko-Etiketlerin Önemi: Türkiye Çevre Etiket Sistemi. *Çevre Şehir ve İklim Dergisi*, 2(3), 60-81. <https://izlik.org/JA87XG83TS>
- Avcı, O. (2022). Etik ikilem kavramı ve eczanelerde karşılaşılan etik ikilemlerin analizi kapsamında eczaneler üzerinde yapılan bir çalışma (Yayın No: 748279) [Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Ay, G. (2020). Eczane bilgi yönetim sistemlerinin serbest eczanelerde kullanımının değerlendirilmesi: İstanbul ili örneği (Yayın No: 632245) [Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Aybek, Z., & Şahin, S. (2025). Gıda Etiket Okuryazarlığı ve Tüketici Bilinci. *Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(5), 2635-2648. <https://doi.org/10.47495/okufbed.1788726>

- Aydın, B. (2007). Tarımda sözleşmeli üretim modeli. *Ekonomik Yaklaşım Derneği*, 18(65), 91–105.
- Aydın, B., & Can, Z. S. (2025). Türkiye’de Yetişen ve Jinekolojik Hastalıklarda Önemi Olan Tıbbi Bitkilerin Değerlendirilmesi. *Current Research in Health Sciences*, 2(2), 82-93. <https://doi.org/10.62425/crihs.1702194>
- Ayhan, E., Aytekin, M., & Güvener, H. (2021). Türkiye’de ilaç tedarik zincirinde kullanılan ilaç takip sistemi ile blok zincir tabanlı ilaç tedarik zinciri uygulamalarının karşılaştırılması. 7. International Istanbul Scientific Research Congress (ss. 318–326).
- Bal, H. S. G., & Özbek, H. (2023). Tarımsal biyoçeşitliliğin korunmasında yerel tohum kullanımı ve üretici farkındalığı. B. Doğru Çokran (Ed.), *Tarımda iyileştirmeler II* (ss. 33–56). İksad Yayıncılık.
- Bayram, E., Kırıcı, S., Tansı, S., Yılmaz, G., Kızıl, O. A. S., & Telci, İ. (2010). Tıbbi ve aromatik bitkiler üretiminin arttırılması olanakları. *Ziraat Mühendisliği VII. Teknik Kongresi Bildiriler Kitabı* (ss. 1–21). TMMOB Ziraat Mühendisleri Odası.
- Bayramoğlu, Z. (2007). Konya ilinde tarıma dayalı sanayinin yapısal analizi (Yayın No: 213762) [Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Bekar, E. (2024). Uludağ yöresine ait arı polenlerinden ekstrakte edilen fenolik bileşenlerin karakterizasyonu ve mikrokapsüle formlarının biyoerişilebilirliklerinin değerlendirilmesi (Yayın No: 858019) [Doktora Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Bekmezci, M. (2021). Tarım-gıda tedarik zincirinde depolama. A. O. Dünder (Ed.), *Disiplinler arası yaklaşımla tarım-gıda tedarik zinciri yönetimi: Seçme yazılar* (ss. 106–124). Nobel Yayıncılık.
- Metin, E., & Koçyiğit, M. (2022). Arı ürünlerinden apilarnil, apiar ve balmumu’nun sağlığımız için önemi. Y. K. Haspolat & S. Ertuğrul (Eds.), *Tamamlayıcı ve geleneksel tıp* (ss. 155–169). Orinet Yayıncılık.
- Beressa, A., Wariyo, A., Chala, G., & Tefera, Y. (2021). Analytical method development for quality control and standardization of medicinal plants: a critical review. *Research and Reviews Journal of Herbal Science*, 10(1), 9-20.
- Bilgener, E. (2022). İyi Bir Bakım Sağlayıcı Olarak Eczacı. *Türkiye Klinikleri Pharmacy Sciences-Special Topics*, 2(2), 1-7.
- Bitkisel Üretim Genel Müdürlüğü. (2020). *Tıbbi nane: Fizibilite raporu ve yatırımcı rehberi*. <https://candasmimarlik.com/group/tarim/tpy/wp-content/uploads/2022/03/TIBBINANEFIZIBILITERAPORUVEYATIRIMCIREHBERI.pdf>
- Bozgeyik, H., & Er, S. (2024). Yargıtay Kararları Işığında İlaç Markalarında Karıştırılma İhtimali. *Ticaret Ve Fikri Mülkiyet Hukuku Dergisi*, 10(1), 79-100. <https://doi.org/10.55027/tfm.1457137>

- Cevahir, F., & Altındış, G. K. I. M.(2024). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarında hijyen, enfeksiyonlardan korunma ve hasta güvenliği. *Türk Hijyen ve Deneyisel Biyoloji Dergisi*, 82(2), 335-360.
- Ceyhan, M. S., & Yalçın, E. (2025). Bartın İlinin Tıbbi Ve Aromatik Bitki Potansiyeli Ve İlin Sosyo Ekonomik Kalkınmasındaki Yeri ve Önemi. *Uluslararası Batı Karadeniz Sosyal Ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 9(2), 195-219. <https://doi.org/10.46452/baksoder.1714349>
- Çelik, A. D., & Gül, A. (2020). Medicinal and aromatic plants market in Hatay Province and development opportunities. *Turkish Journal of Agriculture-Food Science and Technology*, 8(5), 1127-1133. <https://doi.org/10.24925/turjaf.v8i5.1127-1133.3310>
- Çıtırık, Y., Çıtırık, Ömer F., Baykan, H. E., Baykan, M., & Şimşir, M. (2024). Eczane İşletmesinde Risk Değerlendirmesi ve Kontrolü. *PEARSON JOURNAL*, 8(27), 1106–1125. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10820449>
- Çoruh, Y. (2025). Gıda Güvenliğinde İşletme Yönetimi: Strateji, Risk ve Tedarik Zinciri Yaklaşımları. *Uluslararası Sosyal Bilimlerde Mükemmellik Arayışı Dergisi*, 9, 2-15. <https://izlik.org/JA54LF93XX>
- Demir, A. (2022). *Biyolojik çeşitlilik ekonomisi: Ekonomik açıdan biyolojik çeşitliliğin sürdürülebilir kullanımı* Nobel Bilimsel Eserler.
- Demir, M. R., Arslan Öztürk, R., Işık, S., Uzun, H. İ., Işık, S., & Topalcengiz, Z. (2025). Gıda Güvenliği ve Tarımsal Sular: Mikrobiyolojik ve Kimyasal Risklerin Değerlendirilmesi. *Mus Alparslan University Journal of Science*, 13(2), 405-426. <https://doi.org/10.18586/msufbd.1761698>.
- Demirbaş, N. (2019). İyi tarım uygulamaları ile meyve bahçelerinde ortaya çıkan üretim, hasat ve hasat sonrası kayıpları azaltılabilir mi? In D. Dimitrov, D. Nikoloski, R. Yılmaz (Eds.), *Proceedings of the XII. IBANESS International Congress on Economics, Business and Management* (ss. 289–296). IBANESS Publishing.
- Dilek, A. G. (2022). Türkiye tarım ürünleri dış ticaretinin analizi (Yayın No: 766490) [Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Dinçer, M. (2025)., I. International Health Tourism Congress (Ihet 2025) Tam Metin Ve Geniş Özet Bildiri Kitabı. E. Dikmetaş Yardan, (Ed.), “Sağlık Turizminde Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp.” 12-32.
- Dişli, M., & Yeşilada, E. (2019). Türkiye ‘de bitkisel tıbbi ürünler (Türkiye’de bitkisel ürünlerin standardizasyonu, üretimi ve taşıması). *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 13-21.
- Doğar, A. (2006). Tedarik zincirinde stok yönetimi (Yayın No: 223806) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Duraklı, K., & İmamoğlu, H. İ. (2023). Eczacı Hasta İlişkisinin Eczane Performansına Etkisinin Değerlendirilmesi. *Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(1), 136-145. <https://doi.org/10.46482/ebyuiibfdergi.1314626>
- Eğilmez, G. (2024). *Sürdürülebilir akıllı lojistik*. Duvar Yayınları.

- Eraslan, İ. H., & Fırat, S. (2021). Bölgesel Kalkınma Çalışmalarında Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Sektörünün (Getat) Rolü: Düzce İli Getat Sektörünün Uluslararası Rekabetçilik Analizi Çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23(2), 925-956.
- Ergün, Y. (2019). Farmakovijilans: Türk Mevzuatı Açısından Bir Değerlendirme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3), 155-161.
- Eroğlu, M. Y. (2024). Stok izlenebilirlik ve ERP yönetimi [Yüksek Lisans Dönem Projesi, Dokuz Eylül Üniversitesi].
- Ethmane, V. (2022). Bazı endemik tıbbi aromatik bitkilerin element içeriklerinin araştırılması (Yayın No: 729915) [Yüksek Lisans Tezi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Gençoğlu, M. (2017). Gıdalarda ağır metal kontaminasyonu ve insan sağlığında oluşturduğu risk (Yayın No: 476703) [Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Gerdan, G. (2019). Blokszincir teknolojisiyle gıda güvenliği ve yumurta sektörü için örnek bir uygulama (Yayın No: 549450) [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Gıda Takviyesi ve Beslenme Derneği. (2024). Gıda takviyesi üretim teknolojileri, hammadde ve bitmiş üründe kalite. *Gıda ve Beslenme*, (17). https://gtbd.org.tr/wp-content/uploads/2024/06/Gida_ve_beslenme_17
- Göksu Kırca, E. (2025). Veri Analitiği Ve Karar Verme: Matematiksel Modellerin İşletmelerde Kullanımı: Data Analytics And Decision-Making: Applications Of Mathematical Models In Business Operations. *Socrates Journal of Interdisciplinary Social Researches*, 11(56), 1–11. <https://doi.org/10.5281/zenodo.16968627>
- Güner, K. G. (2015). Çeşitli aromatik bitkilerin, meyve kurutmada küf-maya gelişimi, fonksiyonel ve duyuşal özelliklere etkileri (Yayın No: 382856) [Doktora Tezi, Namık Kemal Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Haydardedeoğlu, M. (2017). Avrupa Birliği gıda etiketleme mevzuatının incelenmesi ve ulusal mevzuatımızla karşılaştırılması (Yayın No: 486462) [Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- İpekçi, E., & Tanyaş, M. (2021). Soğuk Zincir Lojistiği Uygulamaları Ve Türkiye’de Soğuk Zincir Lojistiğinin Swot Analizi. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 46-64. <https://izlik.org/JA64LE92DB>.
- İstanbuluoğlu, S., & Çeliker, A. (2018). İlaç-bitkisel ürün etkileşimlerinin önlenmesinde eczacının rolü. *FABAD Journal of Pharmaceutical Sciences*, 43(3), 291-305.
- Kapucuk, F. S., Dinç, H., & Oruç, A. (2025). Homeopatide Bitkisel, Hayvansal ile Mineral Kaynaklı Homeopatik Maddelerin Farmakoloji ve Toksikolojisi Pharmacology and

- Toxicology of Plant, Animal and Mineral Based Homeopathic Remedies, *JAUA Journal of Academic Union Association*.
- Karaaslan, A., & Tuncer, G. (2015). Uluslararası Rekabet Gücünün Artırılmasında Temel Devlet Politikaları. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26. <https://izlik.org/JA45BB57GZ>
- Kaya, S. Y., & Yayla, F. (2020). Resmi Verilere Göre Türkiye’de Taklit ve Tağşiş Yapılan Yiyecek ve İçecekler (According to Official Data of Adulteration and Counterfeit Made in Turkey Food & Beverage). *Journal of Tourism & Gastronomy Studies*, 8(4), 3108-3128.
- Kazaz, A., & Gençyürek Erdoğan, M. (2020). Takviye Edici Gıda Reklamlarında Aldatıcı Unsurlar. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 930-960. <https://doi.org/10.19145/e-gifder.722025>
- Kendir, G., & Güvenç, A. (2010). Etnobotanik ve Türkiye’de yapılmış etnobotanik çalışmalara genel bir bakış. *Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy*, (1), 49-80. <https://izlik.org/JA73PW36WA>
- Keykubat, B. (2016). Medicinal and aromatic plants and good life. *Izmir Commodity Exchange R&D Department*. <https://itb.org.tr/dosya/raporen/medicinal-and-aromatic-plants-and-good-life.pdf>
- Kılınç, A. N. (2024). Takviye Edici Gıdalara İlişkin Aldatıcı Reklamlar Karşısında Tüketicinin Korunması. *Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 28(2), 677-720. <https://doi.org/10.60002/ebyuhfd.1536242>
- Kırca, E. G. (2025a). Veri Analitiği Ve Karar Verme: Matematiksel Modellerin İşletmelerde Kullanımı: Data Analytics And Decision-Making: Applications Of Mathematical Models In Business Operations. *Socrates Journal of Interdisciplinary Social Researches*, 11(56), 1-11.
- Kırca, T. (2025). Usnea subfloridana likeninden ham, kristalize ve süperkritik CO2 ekstraksiyonu ile elde edilen özütlerin biyolojik aktivitelerinin incelenmesi (Yayın No: 939974) [Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Konca, M., Özer, Ö., & Uğurluoğlu, Ö. (2015). İlaç Sektöründe Ürün Geliştirme, Ek Koruma Sertifikasının Önemi ve Türkiye’deki Durum. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 187-197. <https://izlik.org/JA62CX39LT>
- Korkmaz, E. (2024). Yanıltıcı ürün ambalajlarının tüketici tutumları üzerindeki etkisi: Gıda sektörü örneği (Yayın No: 908338) [Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Körük, M. M. (2024). Kurumsal risk yönetimi sürecinin iç denetimi ve bir araştırma (Yayın No: 877942) [Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Kunle, O. F., Egharevba, H. O., & Ahmadu, P. O. (2012). Standardization of herbal medicines- A review. *International journal of biodiversity and conservation*, 4(3), 101-112.

- Küçükibrahimoğlu, E., Durmaz, Z., Berber, N., Ersoy, C., Ince, H., Kaymakçioğlu, B., & Gülhan, R. (2013). Counterfeit products containing medical active ingredients İlaç etkin maddesi İçeren sahte ürünler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(4), 1158-1165. <http://doi.org/10.5336/medsci.2012-33031>
- Küçüktürkmen, B., & Bozkır, A. (2018). Özel saklama koşulu gerektiren veya soğuk zincire tabi ilaçlar ve uygulamalar açısından değerlendirmeler. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 75(3), 305-322.
- Mohamed, A. Y. (2025). Taze gıda soğuk zincir lojistik hizmet sağlayıcılarının bulanık DEMATEL bazlı bulanık VIKOR yöntemi ile performans değerlendirmesi: Kenya için bir uygulama (Yayın No: 954742) [Doktora Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Oktar, D., Öcal, E. E., Pala, S. Ç., Önsüz, M. F., & Metintaş, S. (2019, October). Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Erişkinlerin Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Kullanımı. In 3. *International 21. National Public Health Congress*.
- Okur, O. (2015). Aydın ilinde güvenli tarım uygulamalarında sektörler arası işbirliği yaklaşımı ve e-egitim modeli geliştirilmesi (Yayın No: 424818) [Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Özcan Büyüktanır, B. G., & Okyar Karaosmanoğlu, D. (2017). Endikasyon Dışı (Off-Label) İlaç Kullanımından Doğan Zararlardan İlaç Üreticisinin ve Hekimin Hukuki Sorumluluğu. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 8(1), 153-198. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 8(1), 153-198. <https://doi.org/10.21492/inuhfd.303208>
- Özcan, B. (2025) *Dijital Pazarlarda Veri Kaynaklı Rekabet Endişeleri Ve Farklılaşan Hukuki Müdahaleler*. Rekabet Kurumu. www.rekabet.gov.tr/Dosya/busra-ozcan-20260113145346678.pdf
- Özdemir, S. S., & Doğanay, M. Z. (2019). Bir Mecra Olarak Sosyal Medyanın Reklam Hukuku Açısından Değerlendirilmesi. *Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi*, 13, 295-337. <https://doi.org/10.18771/mdergi.581896>
- Özgen, H., & Tatar, M. (2007). Sağlık Sektöründe Bir Verimlilik Değerlendirme Tekniği Olarak Maliyet-Etkililik Analizi ve Türkiye’de Durum. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 109-137. <https://izlik.org/JA72EY79NC>
- Özgüven, M., Sekin, S., Gürbüz, B., Şekeroğlu, N., Ayanoğlu, F., & Ekren, S. (2005). Tütün, tıbbi ve aromatik bitkiler üretimi ve ticareti. In *Türkiye Ziraat Mühendisliği VI. Teknik Kongresi bildirileri* (Cilt 1, ss. 481–500). TMMOB Ziraat Mühendisleri Odası.
- Özkan, F. Z., Hasdemir, M., & Uzunçam, R. (2015). Türkiye’de Tarım Ürünlerinin Belgelendirilmesi ve Akreditasyonu. *Tarım Ekonomisi Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-58. <https://izlik.org/JA45CS68MF>
- Pakdemirli, B. (2020). Sözleşmeli Tarımsal Üretim: DİTAP Modeli. *Tarım Ekonomisi Dergisi*, 26(1), 81-88. <https://doi.org/10.24181/tarekoder.749096>

- Rahul, S., Swarnasmita, P., Janhavi, D., Bhuvan, J., & Shobhit, P. (2014). Hirudotherapy-a holistic natural healer: a review. *Leech*, 2(6), 59-69.
- Saray, G. (2024). Üretimde dijital dönüşüm etkinliğinin değerlendirilmesi için bir performans ölçüm sistemi geliştirilmesi (Yayın No: 874353) [Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Sharp, B. (2017). Viva La Revolution! for Evidence-Based Marketing We Strive. *Australasian Marketing Journal*. <https://doi.org/10.1016/J.AUSMJ.2017.11.005>
- Soyalan, M., Demirdamar, R., & Gümüşel, B. National pharmacovigilance system and current practice in the Turkish Republic of Northern Cyprus. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 16(3). <https://doi.org/10.12991/201216395>
- Soydemir, G. (2014). İnternette haksız rekabetin önlenmesi (Yayın No: 3681499) [Doktora Tezi, İstanbul Kültür Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Sönmez, Z. (2024). Fesleğinde uçucu yağ oranı, toplam fenol içeriği, antioksidan ve antimikrobiyal aktivitenin genotip, bitki büyüme dönemi ve günlük hasat zamanına göre değişimi (Yayın No: 939991) [Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Şahan, D., & İlhan, M. N. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Ve Halk Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 12-19. <https://izlik.org/JA53PJ86DH>
- Şahin, G. (2024). Türkiye’de coğrafi işaret kapsamındaki tarım ürünleri ve uygulamadaki yanlışlar. In N. Türkoğlu, K. Karabacak, G. Mutlu, H. Canbulat, S. Gündoğdu, & Z. Dalkıran (Eds.), *TÜCAUM 2024 International Geography Symposium proceedings* (ss. 195–208). Ankara University, Research Center of Turkish Geography (TÜCAUM).
- Şen, A. (2008). Tedarik zinciri yönetiminde soğuk lojistik uygulamalarının etkinliğinin artırılmasına yönelik bir çalışma (Yayın No: 220229) [Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Şenkul, Ç., & Kaya, S. (2017). Türkiye endemik bitkilerinin coğrafi dağılışı. *Türk Coğrafya Dergisi*, 69, 109-120. <https://doi.org/10.17211/tcd.322515>
- Tekeli, Y. (2025). Majistral İlaçlar Ve Uygulamaları: Kişiyi Özel Farmasötik Yaklaşımlar. B. Özkara (Ed.), *Sağlık Bilimleri Değerlendirmeleri* (ss. 66-89). [Yaz Yayınları].
- Temel, M., Tinmaz, A. B., Öztürk, M., & Gündüz, O. (2018). Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi - Aromatik Bitkilerin Üretimi ve Ticareti. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tarım ve Doğa Dergisi*, 21, 198-214. <https://doi.org/10.18016/ksutarimdog.vi.473036>
- Temiz Nemutlu, N. (2017). Ankara ilinde reçetelenen ilaçlara bağlı istenmeyen etkilerin izlenmesi ve farmakovijilans konusunda farkındalığın artırılması (Yayın No: 432530) [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Temiz, B. (2020). Ülkemizde yetiştirilen bazı citrus l. türleri üzerine fitokimyasal ve biyolojik aktivite çalışmaları (Yayın No: 616600) [Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

- Toklu, H., & Ayanoğlu Dülger, G. (2014). Akılcı ilaç kullanımı ve eczacının rolü. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 15(3), 89-93. <https://doi.org/10.12991/mpj.90583>
- Toptan, H., Kaya, T., & Altındış, S. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Uygulamalarında Enfeksiyon Kontrol Önlemleri, Hijyen ve Çalışan/Hasta Güvenliği. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 168-172. <https://doi.org/10.34084/bshr.622368>
- Torkul, O., Kor, E., & Şişci, M. (2024). Tedarik Zincirinde Hibrit Talep Tahmin Modeli Önerisi: Çelik Sektörü Uygulaması. *Journal of Intelligent Systems: Theory and Applications*, 7(2), 66-80. <https://doi.org/10.38016/jista.1427938>
- Torum, B. (2024). Türkiye'de gıda ürün geliştirme sürecinde endüstriyel tasarımın rolü (Yayın No: 856689) [Doktora Tezi, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Tutar, A. (2024). İlaç dağıtımında e-lojistik uygulamaları: Karaman'da bulunan eczaneler üzerine bir araştırma (Yayın No: 868504) [Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Türk, E., & Öztekin, M. Y. (2021). Sürdürülebilirlik Açısından Soğuk Zincir Oluşturmanın Önemi Ve Bir Araştırma. *Econharran*, 5(7), 221-248. <https://izlik.org/JA89LW99GB>
- Türk, H. (2019). İlaç sektöründeki tarafların kilit tedarik zinciri performans göstergelerinin ölçülmesi ve Türkiye'deki ilaç tedarik zinciri yapısının analizi (Yayın No: 561109) [Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. (2022). *Beşeri tıbbi ürünler imalathaneleri iyi imalat uygulamaları (GMP) kılavuzu* (Versiyon 2022/03). https://www.ieis.org.tr/ieis/media/file/S150-3_hGOhV8_J2nAke.pdf
- Türkmen, S., & Ataseven, Y. (2020). Türkiye'de Taklit ve Tağşiş Yapılan Gıdalara İlişkin Yasal Düzenlemelerin ve Uygulamaların Değerlendirilmesi. *Tarım Ekonomisi Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 65-75. <https://izlik.org/JA95DM57SM>
- Türkmen, Z., Türkdöğru, S., Mercan, S., & Açikkol, M. (2014). Bitkisel ürünlerin ve gıda destek ürünlerinin içeriklerinin adli ve hukuki boyutu. *The Bulletin of Legal Medicine*, 19(1), 38-48. www.adlitipbulteni.com/index.php/atb/tr/article/view/770
- Uçmaz, A., & İpek, R. (2025). Üretici Gelecek: Toprak ve Ziraat Eğitiminde Sürdürülebilir Yaklaşımlar. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 12(119), 1147-1154. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15597408>
- Ulaş, D., & Kara, E. (2022). Sözleşmeli Üretici Açısından Ar-Ge, Tasarım, Tedarik, Eğitim, Marka Geliştirme, Kalite Kontrol ve Denetim Konularının Değerlendirilmesi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (51), 133-149. <https://doi.org/10.30794/pausbed.1061139>
- Uludemirciler, B. (2011). Gıda kalite güvence sistemlerinin sürdürülebilir rekabet gücüne etkisi ve bir uygulama örneği (Yayın No: 303728) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

- Ulus, F. (2021). Farklı gübre uygulamalarının nigella damascena l.(şam çörekotu) bitkisinde sekonder metabolit ve sitotoksik aktivite üzerine etkisi (Yayın No: 670797) [Doktora Tezi, Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Uslu, D., & Demircan, F. (2023). Ürün Takip Sistemi (ÜTS) Kullanılabilirlik Değerlendirilmesi: Tıbbi Cihaz Firmalarına Yönelik Bir Çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1026-1031. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1320075>
- Vural, E. H., & Özet, A. (2019). Türkiye’de Biyoteknolojik İlaçlara İlişkin Ruhsatlandırma Süreci. *GMJ*, 30, 102-106. <https://gazimedj.com/p>

YEDİNCİ BÖLÜM

GETAT HİZMETLERİNDE KALİTE, AKREDİTASYON VE HASTA GÜVENLİĞİ

Duygu DENİZ ÇELİK¹

1. GİRİŞ

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarının sağlık hizmet sunumu içindeki kalite ve hasta güvenliği boyutları ile birlikte değerlendirilmesi, girişimsel nitelik taşıyan yöntemlerin standartlara dayalı, izlenebilir ve risk temelli bir yönetim anlayışıyla yürütülmesi önem arz etmektedir. Bu kapsamda Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde GETAT ünitelerinin konumu, dokümantasyon, gösterge yönetimi ve fiziksel alan koşulları ile enfeksiyon kontrolü, sterilizasyon, tıbbi atık yönetimi, kimlik doğrulama ve acil durum hazırlığı gibi hasta güvenliğini doğrudan etkileyen süreçler değerlendirilecektir. Ayrıca ulusal ve uluslararası akreditasyon sistemleri ile sürekli iyileştirme yaklaşımının GETAT hizmetlerinin güvenli ve sürdürülebilir biçimde sunulmasına katkısı tartışılmaktadır.

2. SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI (SKS) VE GETAT

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamaları sağlık kurumlarında sunulan hizmetler arasında yer almaktadır. Dolayısıyla klinik yararlarına ilişkin tartışmalar bu hizmetlerin standart ve güvenli bir çerçevede yürütülmesini gerekli kılmaktadır. Akupunktur, hacamat ve hirudoterapi gibi girişimsel yöntemler hasta güvenliği bakımından acil durum hazırlığı, enfeksiyon kontrolü ve tıbbi atık yönetimini ön plana çıkarmaktadır. Fitoterapi gibi biyolojik temelli uygulamalarda ise ilaç-bitki etkileşimleri özellikle kronik hastalığı olan bireylerde risk yönetiminin önemini artırmaktadır (Izzo ve Ernst, 2009; Posadzki vd., 2013).

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, hizmetin tüm süreçlerini kapsayan bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bu anlayış Donabedian'ın yapı-süreç-sonuç modeli ve hasta güvenliği kaynaklarıyla desteklenmektedir (Donabedian, 1988; Institute of Medicine [IOM], 2000, 2001). Türkiye'de Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) ile uluslararası düzeyde Joint Commission International (JCI) yaklaşımı, GETAT hizmetlerinde kalite ve güvenliğin değerlendirilmesine referans olmaktadır (Türkiye Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü [TÜSKA], 2024; Joint Commission International [JCI], 2024). Bu bölümde, GETAT uygulamaları kalite yönetimi, hasta güvenliği ve denetim mekanizmaları kapsamında ele alınmaktadır.

2.1. SKS-Hastane Setinde GETAT'ın Yeri

SKS'nin temel amacı, sağlık kurumlarında güvenli ve kaliteli hizmet sunumunun standardizasyonudur. Bu kapsamda GETAT merkezleri, hastane bünyesindeki klinik hizmetler arasında değerlendirilmektedir. Dokümantasyon, kimlik doğrulama, enfeksiyon kontrolü ve acil

¹ Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Galata Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, İstatistik Bölümü, Tıbbi Veri İşleme Teknikerliği Pr., duyugudeniiz@gmail.com, ORCID: 0000-0001-5754-9916.

durum hazırlığı gibi temel hasta güvenliği bileşenlerine tabi tutulmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Donabedian'ın yapı-süreç-sonuç modeli çerçevesinde ise GETAT hizmetlerinin kalitesi altyapı, uygulama süreçleri ve klinik çıktılar üzerinden izlenmektedir (Donabedian, 1988).

SKS kapsamında GETAT merkezleri; hizmet süreçlerinin standardizasyonu, personel yetkinliği, enfeksiyon kontrolü ve veri temelli izleme mekanizmaları üzerinden değerlendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020; Donabedian, 1988).

2.1.1. Dokümantasyon Yönetimi

GETAT hizmetlerinde dokümantasyon, kalite standardizasyonu ve hasta güvenliğinin temel bileşenlerinden biridir. Yapılandırılmış doküman setleri, hizmet süreçlerinin standartlaştırılmasını, uygulama farklılıklarının azaltılmasını ve denetimlerde kanıt üretimini destekleyerek güvenli bakımın sürdürülebilirliğini sağlamaktadır (Donabedian, 1988; IOM, 2000, 2001).

GETAT merkezlerinde dokümantasyon yapısı; politika belgeleri, süreç prosedürleri ile görev tanımları ve talimatlar doğrultusunda oluşturulmaktadır. Bu belgeler, hasta kabulden izlem sürecine kadar hizmet sunumunun standarda uygun bir biçimde yürütülmesini sağlayarak bilhassa girişimsel ve biyolojik temelli uygulamalarda hasta güvenliğini güçlendirmektedir (Siegel vd., 2007; DSÖ, 2009a, 2021; JCI, 2024; TÜSKA, 2024). Bu yönüyle etkin dokümantasyon, GETAT hizmetlerinin kalite yönetim sistemleriyle uyumunu destekleyen temel araçlardan biri olarak değerlendirilmektedir.

2.1.2. Gösterge Yönetimi

Gösterge yönetimi, sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliğinin ölçülebilir ve izlenebilir şekilde yönetilmesini sağlayan temel kalite araçlarından biridir. Güvenli bakımın sürdürülebilirliği, standartların saha uygulamalarıyla uyumunun izlenmesi ve öğrenme temelli iyileştirme süreçlerinin işletilmesiyle mümkün olmaktadır. Bu yaklaşım DSÖ'nün Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı'nda temel güvenlik bileşenleri arasında yer almaktadır (DSÖ, 2021).

GETAT uygulamalarının biyolojik ve girişimler riskler içeren yapısı sebebiyle gösterge setlerinin klinik güvenlik, süreç uyumu, hasta deneyimi ve operasyonel çıktıları kapsamı gerekmektedir. Bu göstergelerin sınıflandırılmasında Donabedian'ın yapı-süreç-sonuç modeli kuramsal bir çerçeve sunmaktadır (Donabedian, 1988). Güvenlik göstergeleri komplikasyonlar ve istenmeyen olayların izlenmesine odaklanmaktadır. Süreç göstergeleri; onam, kimlik doğrulama ve sterilizasyon gibi uygulamaların uygunluğunu değerlendirmektedir. Hasta deneyimi göstergeleri ise memnuniyet ve geri bildirimleri ele almakta ve operasyonel göstergeler işlem süreleri ile kaynak kullanımını izlemektedir (IOM, 2000, 2001; JCI, 2024).

Bu göstergelerin düzenli biçimde toplanması, analiz edilmesi ve geri bildirim süreçlerine entegre edilmesi, PUKÖ döngüsüyle birlikte değerlendirildiğinde GETAT merkezlerinde kanıta dayalı ve sürekli iyileştirmeyi destekleyen bir kalite yönetim yapısının oluşturulmasına katkı sağlamaktadır.

2.1.3. Fiziksel Alan Standartları

GETAT merkezlerinde güvenli fiziksel alanların oluşturulması, kalite yönetiminin altyapı boyutunu oluşturmaktadır. Fiziksel alan standardizasyonu, hasta mahremiyeti, enfeksiyon kontrolü ve atık yönetiminin sağlanmasında temel bir rol üstlenmektedir. JCI ve TÜSKA (Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü) standartları doğrultusunda temiz–kirli alan ayrımı, el hijyeni, uygun havalandırma koşulları ve atık yönetimi düzenlemeleri fiziksel çevre güvenliğinin temel unsurları arasında yer almaktadır (Siegel vd., 2007; TÜSKA, 2024; JCI, 2024).

Hasta mahremiyetinin sağlanması, özellikle hacamat, hirudoterapi ve akupunktur gibi girişimsel uygulamalarda fiziksel ve psikolojik güvenliğin sağlanması açısından temel bir hasta güvenliği unsurudur. Uygulama alanlarının mahremiyeti destekleyecek biçimde düzenlenmesi, hasta deneyimini ve bilgilendirilmiş onam sürecine duyulan güveni güçlendirmektedir (JCI, 2024; TÜSKA, 2024).

Havalandırma koşulları, enfeksiyon kontrolü ve çevresel risklerin yönetiminde önemli bir role sahiptir. Doğal veya mekanik sistemlerin kullanım amacına uygun biçimde düzenlenmesi bulaş riskinin azaltılmasına katkı sağlamaktadır. Bu gereklilik, özellikle girişimsel uygulamalar ve ozon tedavisi gibi maruziyet riski bulunan işlemlerde çevresel güvenliğin sağlanmasında kilit rol oynamaktadır (Atkinson vd., 2009; CDC, 2019; DSÖ, 2023).

Sterilizasyon ve dezenfeksiyon alanları temiz–kirli alan ayrımı esasına göre planlanmakta; ekipmanların güvenli ayrıştırılması, uygun koşullarda saklanması ve el hijyeni altyapısıyla desteklenmesi bulaş riskinin azaltılmasında temel hasta güvenliği bileşenlerini oluşturmaktadır (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019; DSÖ, 2009a).

GETAT uygulamalarında atık yönetimi, kan ve biyolojik materyal teması nedeniyle hasta, çalışan ve çevre güvenliği açısından kritik bir süreçtir. Tıbbi atıkların kaynağında ayrıştırılması, güvenli biçimde toplanması ve bertaraf edilmesi ile kesici–delici atıklar ve biyolojik materyallerin kayıtlı prosedürlerle imha edilmesi temel uygulamalar arasında yer almaktadır (Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, 2017; DSÖ, 2024).

2.2. Hasta Güvenliği Uygulamaları ve Risk Yönetimi

GETAT uygulamaları; girişimsel işlemler, kan ve vücut sıvılarıyla temas ve deri bütünlüğünün bozulması nedeniyle enfeksiyon riski içeren hizmet alanlarıdır. Bu nedenle enfeksiyon kontrolü ve sterilizasyon uygulamaları hasta güvenliği ve risk yönetiminin temel bileşenleri arasında yer almakta; el hijyeni, kişisel koruyucu ekipman kullanımı ve kesici–delici alet güvenliği asgari standartlar olarak kabul edilmektedir (Siegel vd., 2007).

Akupunktur gibi dokuya girişim gerektiren uygulamalarda kullanılan iğne ve benzeri ekipmanlar yüksek riskli cihazlar arasında yer almaktadır. Bu nedenle steril, paketli ve tek kullanımlık malzeme kullanımı güvenli cihaz yönetiminin temel unsurunu oluşturmaktadır. Tekrar kullanılabilir ekipmanların yönetimi ise temizlik, dezenfeksiyon/sterilizasyon, paketlenme, depolama ve izleme aşamalarını kapsayan bütüncül bir yeniden işleme sürecini gerektirmektedir (Stuckey vd., 2019).

GETAT merkezlerinde otoklavla sterilizasyon, sterilité güvencesinin sağlanmasında temel bir uygulama olup çevrim parametrelerinin izlenmesi, kimyasal ve biyolojik indikatörlerin kullanımı ve doğrulama süreçlerinin kayıt altına alınmasıyla yürütülmektedir. Girişimsel GETAT uygulamalarında kullanılan tekrar kullanılabilir tıbbi ekipmanların temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon süreçleri; ulusal mevzuat ve Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında hasta güvenliğinin sağlanması açısından zorunlu uygulamalar arasında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Bu süreçlerin planlanması, yürütülmesi ve izlenmesinde; uluslararası iyi uygulama standartları olarak kabul edilen AAMI ST79 ve ISO 17665 standartları ile CDC tarafından yayımlanan sterilizasyon ve dezenfeksiyon rehberleri temel teknik referanslar olarak kullanılmaktadır (Rutala ve Weber, 2008; AAMI, 2013; ISO, 2024).

Hacamat, akupunktur ve enjeksiyon temelli uygulamalarda el hijyenine uyumun düzenli izlenmesi, DSÖ rehberleri doğrultusunda çapraz bulaş riskinin azaltılmasına ve hasta güvenliğinin güçlendirilmesine katkı sağlamaktadır (DSÖ, 2009a; Siegel vd., 2007).

Enfeksiyon kontrolü ve sterilizasyon güvenliğinin sürdürülebilirliği ise personel yetkinliği, uygun altyapı koşulları ve kalite yönetim sistemiyle bütünleşik bir yapı kurulmasına bağlıdır. Standart uygulama kılavuzlarının kullanımı, eğitimlerin belgelenmesi, izlem–geri bildirim mekanizmaları ve düzeltici–önleyici faaliyetler yoluyla öğrenme döngüsünün desteklenmesi, sterilizasyon süreçlerinin kurumsal düzeyde sürekliliğini sağlamaktadır (DSÖ, 2016a; AAMI, 2013).

2.2.1. Tıbbi Atık Yönetimi

GETAT uygulamalarında tıbbi atık yönetimi; enfeksiyon kontrolü, hasta ve çevre güvenliğinin sağlanmasının yanı sıra kalite yönetiminin temel bileşenlerinden biridir. Hacamat, hirudoterapi ve enjeksiyon temelli işlemler sonucunda oluşan kan ve vücut sıvılarıyla kontamine materyaller, enfeksiyöz ve biyolojik atık kapsamında değerlendirilmekte olup bu atıkların oluşumundan bertarafına kadar tüm süreçlerin mevzuata uygun biçimde yönetilmesi zorunludur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği doğrultusunda GETAT merkezlerinde oluşan kanlı sarf malzemeler, kupalar ve hirudoterapide kullanılan sülüklerin kaynağında ayrıştırılması, uygun biçimde toplanması, geçici depolanması ve lisanslı tesislerde imha edilmesi gerekmektedir. Özellikle hirudoterapi uygulamalarında biyolojik riskin yüksekliği nedeniyle sülüklerin yeniden kullanımı yasak olup bu sürecin “Sülük İmha Prosedürü” ile kayıt altına alınarak mevzuata uygun biçimde yürütülmesi hasta, çalışan ve çevre güvenliği açısından temel bir yükümlülük olarak değerlendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, 2017).

2.2.2. Kimlik Doğrulama, Taraf İşaretleme

Kimlik doğrulama ve taraf işaretleme, yanlış hasta, yanlış uygulama alanı ve yanlış taraf hatalarının önlenmesi açısından hasta güvenliğinin temel bileşenleri arasında yer almaktadır. DSÖ rehberleri doğrultusunda hasta kimliğinin en az iki tanımlayıcıyla doğrulanması ve uygulama öncesi kimlik doğrulama sürecinin standartlaştırılması, GETAT uygulamalarında güvenli bakımın sağlanması açısından önem arz etmektedir (DSÖ, 2009b).

Belirli anatomik bölgelere yönelik girişimsel GETAT uygulamalarında (hacamat, hirudoterapi ve akupunktur vb.), hasta onayıyla kimlik doğrulamasının yapılması ve uygulama alanının görünür biçimde işaretlenmesi etkili bir güvenlik bariyeri oluşturmaktadır. Bu süreçlerin “doğru hasta–doğru işlem–doğru taraf” ilkesi doğrultusunda yazılı prosedürler, personel eğitimleri ve uyum izlemleriyle desteklenmesi, hasta güvenliği kültürünün kurumsallaşmasına katkı sağlamaktadır (JCI, 2023a; National Patient Safety Foundation, 2015; Vincent vd., 2014).

2.2.3. Acil Durum Yönetimi

Vazovagal senkop, anafilaksi ve alerjik reaksiyonlar gibi öngörülebilir risklere karşı hasta güvenliğini destekleyen temel koruyucu bariyerlerden biri GETAT merkezlerindeki acil durum yönetiminin sağlanmasıdır. Bu kapsamda erken tanı, hızlı çağrı sistemi ve acil müdahale ekipmanlarının sürekliliği güvenli bakımın temel unsurları arasında yer almaktadır. Türkiye’de uygulanan Mavi Kod sistemi, acil durumlara zamanında yanıt verilmesini sağlayan kurumsal bir hasta güvenliği mekanizması olarak değerlendirilmektedir (Türk Dişhekimleri Birliği, 2009; World Allergy Organization [WAO], 2020).

GETAT merkezlerinde acil durum yönetiminin etkinliği yalnızca ekipman ve protokollerin varlığıyla sınırlı olmayıp, bu süreçlerin sürekli olarak izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesiyle doğrudan ilişkilidir. Bu kapsamda Planla–Uygula–Kontrol Et–Önlem Al (PUKÖ) döngüsü, acil müdahale uygulamalarının sistematik biçimde yönetilmesine olanak sağlayan temel kalite yaklaşımı olarak öne çıkmaktadır. Mavi Kod bildirimlerinin düzenli aralıklarla analiz edilmesi, olay kök nedenlerinin değerlendirilmesi ve elde edilen bulguların düzeltici–önleyici faaliyetlere dönüştürülmesi, hasta güvenliği risklerinin azaltılmasına ve tekrarının önlenmesine katkı sağlamaktadır. Bu sürecin kurumsal geri bildirim mekanizmalarıyla desteklenmesi, personel farkındalığını artırmakta ve acil durum yönetiminde öğrenen organizasyon yapısının güçlenmesine olanak tanımaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; Resuscitation Council UK, 2021)

2.3. Akreditasyon Süreçleri

2.3.1. Joint Commission International (JCI) Standartlarında Tamamlayıcı Tıp

Joint Commission International (JCI) standartları, sağlık kurumlarında sunulan tüm klinik hizmetlerin hasta odaklılık, kanıta dayalı uygulama ve entegre bakım ilkeleri doğrultusunda yürütülmesini esas almaktadır. Bu kapsamda hasta eğitimi, ağrı yönetimi ve klinik entegrasyon süreçlerinin kurum bünyesinde sunulan GETAT uygulamalarıyla uyumlu biçimde planlanması, JCI kalite standartlarının dolaylı gereklilikleri arasında değerlendirilmektedir (JCI, 2024).

JCI standartlarında yapılandırılmış hasta eğitimi; bilgilendirilmiş onamın güçlendirilmesi, tedaviye uyumun artırılması ve hasta deneyiminin iyileştirilmesi açısından merkezi bir role sahiptir. Ek olarak akupunktur gibi bazı GETAT uygulamaları, kanıta dayalı tamamlayıcı yaklaşımlar çerçevesinde disiplinlerarası ağrı yönetiminin destekleyici bileşenleri arasında yer almaktadır. Bu uygulamaların klinik sonuçlarının izlenmesi ve bakım planlarıyla bütünleştirilmesi ise sürekli iyileştirme yaklaşımıyla ilişkilendirilmektedir (JCI, 2024; National Center for Complementary and Integrative Health, 2022; DSÖ, 2019).

Entegratif bakım modeli kapsamında GETAT uygulamalarının konvansiyonel sağlık hizmetleriyle uyumlu biçimde yürütülmesi, hasta kayıtlarının eksiksiz tutulması ve disiplinlerarası iletişimin sağlanması JCI tarafından temel kalite göstergeleri arasında değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım, hasta güvenliğini güçlendirmekte ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kurumsal kalite düzeyinin izlenebilirliğini artırmaktadır (JCI, 2024; DSÖ, 2019).

2.3.2. Sağlık Akreditasyon Standartları (SAS) ve TÜSKA

Türkiye’de Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS), sağlık kuruluşlarının kalite, hasta güvenliği ve kurumsal performans düzeylerini değerlendirmeyi amaçlayan ulusal akreditasyon standartlarıdır. DSÖ ve ISQua ilkeleri doğrultusunda oluşturulan bu sistemin uygulama ve değerlendirme süreçleri, TÜSEB bünyesinde faaliyet gösteren Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) tarafından yürütülmektedir (Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSH Seti, e.t. 15.01.2026).

TÜSKA denetimleri, sadece dokümantasyon varlığına değil aynı zamanda kanıt temelli, süreç odaklı ve saha uygulamalarına dayalı değerlendirme yaklaşımını esas almaktadır. Bu çerçevede görüşme, gözlem ve kayıt incelemeleriyle desteklenen denetimler, standartların uygulama süreçleriyle bütünleşme düzeyini göstermektedir (Beylik, 2018). Bu yaklaşım, GETAT uygulamalarının klinik kalite ve hasta güvenliği sistemleriyle entegre biçimde değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

SAS–TÜSKA kapsamında GETAT uygulamalarında kimlik doğrulama, enfeksiyon kontrolü, sterilizasyon, tıbbi atık yönetimi ile kayıt ve izlenebilirlik süreçleri temel denetim kanıtlarını oluşturmaktadır. Personel yetkinliği, olay bildirimleri ve düzeltici–önleyici faaliyet döngüsü ise güvenli hizmet sunumunun sürdürülebilirliğini değerlendiren başlıca unsurlar arasında yer almaktadır (Beylik, 2018; Kavak, 2018). Bu yönüyle akreditasyonun GETAT uygulamalarına katkısı, biçimsel uyumdan çok kanıta dayalı ve entegre bakım yaklaşımının sahada sürdürülebilir biçimde yürütülmesiyle anlam kazanmaktadır (Brubakk vd., 2015; Hussein vd., 2021; Lam vd., 2018; Lewis vd., 2022).

2.3.3. Akreditasyonun Pazarlama ve Güven Algısına Etkisi

Akreditasyon, sağlık hizmet sunumunda kalite ve hasta güvenliğinin bağımsız bir otorite tarafından doğrulanmasını ifade etmekte; aynı zamanda sağlık kuruluşları açısından kurumsal güven ve itibar yönetiminin önemli bir unsuru olarak değerlendirilmektedir. Özellikle GETAT uygulamalarında hizmet güvenilirliği, kanıta dayalı uygulamalar ve uygulayıcı yetkinliğine ilişkin algısal belirsizlikler, hastaların akreditasyonu temel bir referans noktası olarak görmesine neden olmaktadır. Bu yönüyle akreditasyon, hizmet kalitesinin görünür ve doğrulanabilir bir göstergesi olma niteliği taşımaktadır (JCI, 2023b; Shaw vd., 2010).

Sağlık turizmi bağlamında akreditasyon, GETAT merkezlerinin uluslararası sahada marka değerini güçlendiren stratejik bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Akredite sağlık kuruluşları, hasta güvenliği, klinik kalite ve etik uygulamalarına yönelik belirsizlikleri azaltarak yabancı hastalar açısından güvenilir bir tercih zemini oluşturmaktadır (Turner, 2011; Crooks vd., 2017; Hussein vd., 2021). Bu durum, GETAT uygulamalarının alternatif bir hizmet alanı

yerine güvenli ve entegre sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak algılanmasına katkı sağlamaktadır (DSÖ, 2019).

Yerli hastalar açısından ise akreditasyon, GETAT uygulamalarına yönelik güven algısının oluşmasında belirleyici bir rol üstlenmektedir. Hasta güvenliği, etkililik ve kanıta dayalılık algısının güçlenmesi; hizmete yönelimi, hasta memnuniyetini ve kurumsal itibarı olumlu yönde etkilemektedir (Alkhenizan ve Shaw, 2011; Brubakk vd., 2015; Lam vd., 2018). Nihai olarak GETAT merkezleri açısından akreditasyon, sadece pazarlama iletişimde kullanılan bir kalite etiketi değildir. Aynı zamanda algılanan kalite, güven ve deneyim boyutları üzerinden kurumsal marka sermayesini güçlendiren stratejik bir yatırım aracı olarak değerlendirilmektedir (Aaker, 2014; Berry ve Bendapudi, 2007; DSÖ, 2019).

2.3.4. Sürekli İyileştirme (PUKÖ Döngüsü)

Sürekli iyileştirme yaklaşımı, GETAT uygulamalarında hasta güvenliği ve hizmet kalitesinin sürdürülebilirliğini destekleyen bir yönetim mekanizmasıdır. Girişimsel nitelik taşıyan uygulamalarda Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al (PUKÖ) döngüsü, süreç risklerinin sistematik biçimde analiz edilmesine ve kalite performansının geliştirilmesine olanak sağlamaktadır (Deming, 1986; DSÖ, 2017a).

PUKÖ döngüsünün özellikle kontrol ve önlem alma aşamaları, olumsuz olayların bireysel hatalardan ziyade sistemsel zayıflıklar çerçevesinde ele alınmasını mümkün kılmaktadır. Düzeltici ve önleyici faaliyetler, kök neden analizi, süreç güncellemeleri ve eğitim uygulamaları aracılığıyla sürekli iyileştirme kültürünü güçlendirmektedir (Reason, 2000; Vincent, vd., 2014). Bu bakımdan PUKÖ döngüsü, GETAT merkezlerinde kalite yönetimini öğrenen ve sürdürülebilir bir yapıya dönüştüren kurumsal bir yaklaşım niteliği taşımaktadır (DSÖ, 2017a).

2.4. Denetim ve İzleme Mekanizmaları

Denetim ve izleme mekanizmaları, GETAT uygulamalarının güvenli, etkin ve mevzuata uygun biçimde sürdürülebilmesi açısından çok katmanlı bir yönetim yapısının altyapısını oluşturmaktadır. İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülen dış denetimler ile sağlık kuruluşlarının gerçekleştirdiği öz değerlendirme (iç denetim) süreçleri birbirini tamamlayan bir denetim sistemini meydana getirmektedir. Dış denetimler, ruhsatlandırma koşullarının sürdürülmesi, yetki ve sorumluluk sınırlarının korunması ile hasta güvenliğini doğrudan etkileyen uygulamaların mevzuata uygunluğunu sağlamayı amaçlarken; iç denetimler ise risk temelli yaklaşım doğrultusunda süreç performansının izlenmesine, olası uygunsuzlukların erken aşamada belirlenmesine ve kalite iyileştirme faaliyetlerinin sürekliliğine katkı sunmaktadır. Özellikle girişimsel özellik taşıyan GETAT uygulamalarında enfeksiyon kontrolü, malzeme güvenliği, kayıt-izlenebilirlik ve atık yönetimi gibi kritik alanların düzenli olarak izlenmesi hem kurumsal sorumluluğun güçlendirilmesini hem de hasta güvenliği kültürünün kurumsallaşmasını desteklemektedir. Bu bütüncül denetim anlayışı, PUKÖ döngüsü kapsamında sürekli iyileştirme yaklaşımını güçlendirerek GETAT hizmetlerinin sürdürülebilir kalite standartları çerçevesinde sunulmasına imkân tanımaktadır.

2.4.1. İl Sağlık Müdürlüğü Denetimleri

İl Sağlık Müdürlükleri, GETAT uygulamalarının güvenli ve mevzuata uygun bir şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla planlı (rutin) ve başvuru temelli (şikâyet, ihbar ve olağandışı bildirim) denetimler gerçekleştirmektedir. Bu denetimler, Sağlık Bakanlığı çatısı altında yürütülen Denetim ve İzleme Sistemi (Den-İz) üzerinden planlanmakta; saha incelemeleri ve raporlama süreçleri idari denetim mekanizması kapsamında izlenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Rutin denetimlerde ruhsat koşulları, yetki tanımlamaları, personel sertifikasyonu, enfeksiyon kontrolü, tıbbi atık yönetimi, kayıt-izlenebilirlik ve acil durum hazırlığı gibi hasta güvenliğini direkt etkileyen unsurlar olarak değerlendirilmektedir. Şikâyet ya da olağandışı bildirimler üzerine yapılan denetimlerde ise özellikle yetki dışı uygulamalar, personel yetkinliği ve süreç güvenliği üzerinde yoğunlaşmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Denetimlerde temel değerlendirme araçları; standardize edilmiş denetim formları, yerinde tespit tutanakları ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülen Denetim ve İzleme Sistemi (Den-İz) üzerinden oluşturulan raporlardan oluşmaktadır. Belirlenen uygunsuzluklara yönelik yaptırımlar, ilgili mevzuat çerçevesinde kademeli biçimde uygulanmaktadır. Bu yönüyle İl Sağlık Müdürlüğü denetimleri, GETAT uygulamalarında sadece mevzuata uyumun sağlanmasına değil, aynı zamanda hasta güvenliği kültürünü destekleyen önemli bir geri bildirim mekanizması olarak değerlendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

2.4.2. Öz Değerlendirme (İç Denetim)

Öz değerlendirme (iç denetim), sağlık kuruluşlarının süreçlerini kanıta dayalı biçimde inceleyerek uygunsuzlukları erken aşamada tespit etmeyi ve kalite sürdürülebilirliğini sağlamayı amaçlayan temel bir yönetim aracıdır. Türkiye’de kalite yönetim sisteminin temelinde yer alan bu yaklaşım, yalnızca dokümantasyonun değil uygulama performansının da görünür hâle getirilmesini hedeflemektedir. Bu kapsamda bina turları, iç denetimin işlevsel araçlarından biri olarak eksikliklerin belirlenmesine ve iyileştirme süreçlerinin yönlendirilmesine katkı sağlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

GETAT uygulamalarının girişimsel ya da yarı girişimsel niteliği; cihaz ve malzeme güvenliği, tıbbi atık yönetimi ile kan ve vücut sıvılarıyla temas gibi riskleri artırmaktadır. Dolayısıyla hacamat, akupunktur ve hirudoterapi gibi uygulamalarda iç denetimler, kritik risk alanlarının sistematik biçimde izlenmesini önemli hale getirmektedir. Haberli ve habersiz bina turları ise bu süreci tamamlayıcı yöntemler olarak, uygulama alanlarında mevcut risklerin belirlenmesini sağlamak ve iyileştirme fırsatlarının ortaya konulmasına destek olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021; DSÖ, 2017b).

İç denetim sürecinde bina turlarının esas noktası eksik aramaktan ziyade risk temelli gözlem olmalıdır. Akupunkturda iğne güvenliği ve kayıt bütünlüğü, hacamat uygulamalarında tek kullanımlık malzeme ve atık yönetimi, hirudoterapide ise sülüklerin tek kullanımı ve imha kayıtları temel denetim kanıtlarını oluşturmaktadır. Bu alanların düzenli izlenmesi, iç denetim sonuçlarının düzeltici-önleyici faaliyetlere dönüştürülmesini ve PUKÖ döngüsü çerçevesinde sürekli iyileştirmeyi desteklemektedir.

2.4.3. İstenmeyen Olay Bildirimi Sistemi

GETAT uygulamaları girişimsel nitelikleri nedeniyle hasta güvenliği riskleri içermekte; bu nedenle istenmeyen olayların sistematik biçimde izlenmesi kalite yönetiminin temel unsurları arasında yer almaktadır. DSÖ, sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan istenmeyen olayların önemli bir kısmının önlenabilir olduğunu ve bu olaylardan öğrenmenin yapılandırılmış bildirim sistemleri aracılığıyla mümkün olabileceğini vurgulamaktadır (DSÖ, 2017b; 2021).

Hasta güvenliği literatüründe olay bildirim sistemleri, bireysel hatalardan çok sistem temelli riskleri görünür kılan öğrenme araçları olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’de uygulanan Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi, gizlilik esasına dayalı ve cezalandırıcı olmayan yapısıyla öğrenme odaklı raporlamayı desteklemekte ve DSÖ’nün güvenli bildirim ilkeleriyle uyum göstermektedir (Reason, 2000; Vincent vd., 2014; DSÖ, 2017b;2021).

GETAT uygulamalarına ilişkin bildirimler komplikasyonların kaydının tutulmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda olayın nedenleri ve alınan düzeltici–önleyici faaliyetlerin analizini de kapsayarak kök neden değerlendirmesi ve sürekli iyileştirme süreçleri yoluyla hasta güvenliği kültürünün kurumsallaşmasını desteklemektedir (DSÖ, 2017b;2021).

2.4.4. Yasadışı Uygulamalarla Mücadele

GETAT alanında Bakanlık tarafından yetkilendirilmiş sağlık kuruluşları dışında, yetkili hekim veya dış hekimi bulunmaksızın ya da mevzuatta tanımlanan kapsamın dışında yürütülen uygulamalar yasadışı (merdiven altı) uygulamalar olarak değerlendirilmektedir. Bu tür uygulamalar hasta güvenliği ihlallerine ve kamu sağlığı risklerine yol açmakta; kayıt dışılık ve yetkilendirme sorunları nedeniyle çok boyutlu yaptırım süreçlerini gündeme getirmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Yetkisiz uygulamalar, İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülen rutin ve olağandışı denetimler ile ihbar ve şikâyet mekanizmaları aracılığıyla tespit edilmektedir. Bu süreçte uygulayıcı yetkinliği, izin kapsamı, enfeksiyon kontrolü, sterilizasyon, acil durum hazırlığı, tıbbi atık yönetimi ve kayıt–izlenebilirlik temel denetim kanıt alanlarını oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; 2023).

Yasadışı uygulamalarla mücadelede CİMER ve SABİM (ALO 184) gibi resmi bildirim kanalları, denetim süreçlerinin başlatılmasında önemli rol oynamaktadır (T.C. Cumhurbaşkanlığı, t.y.). Tespit edilen aykırılıklar idari yaptırımlarla değerlendirilmekte; yetkisiz sağlık hizmeti sunumu ise ilgili mevzuat kapsamında adli süreçlere konu olabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu yönüyle yasadışı uygulamalarla mücadele, yalnızca hukuki bir gereklilik değil; hasta güvenliğini korumaya yönelik bütüncül bir yönetim stratejisi olarak ele alınmaktadır (DSÖ, 2017b).

3. SONUÇ

Bu bölümde ele alınan hususlar, GETAT uygulamalarının güvenli ve sürdürülebilir biçimde sunulabilmesi için kalite yönetimi ve hasta güvenliği yaklaşımlarının vazgeçilmez olduğunu ortaya koymaktadır. Girişimsel nitelik taşıyan uygulamalarda enfeksiyon kontrolü, sterilizasyon, tıbbi atık yönetimi, kimlik doğrulama ve acil durum hazırlığı gibi süreçlerin

standartlara dayalı biçimde yürütülmesi, hizmet kalitesinin temel belirleyicileri arasında yer almaktadır.

Öte yandan ulusal ve uluslararası akreditasyon sistemleri ile sürekli iyileştirme yaklaşımları, GETAT hizmetlerinin yalnızca mevzuata uyumunu değil, aynı zamanda kurumsal öğrenme ve hasta güvenliği kültürünün güçlenmesini desteklemektedir. Bu doğrultuda GETAT uygulamalarında kalite, denetim ve iyileştirme süreçlerinin bütüncül bir yönetim anlayışıyla ele alınması hem hasta güvenliği hem de kurumsal sürdürülebilirlik açısından temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

KAYNAKÇA

- Aaker, D. A. (2014). *Aaker on branding: 20 principles that drive success*. New York, NY: Morgan James Publishing.
- Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2011). Impact of accreditation on the quality of healthcare services: A systematic review of the literature. *Annals of Saudi Medicine*, 31(4), 407–416. <https://doi.org/10.4103/0256-4947.83204>
- Association for the Advancement of Medical Instrumentation. (2013). *ANSI/AAMI ST79: Comprehensive guide to steam sterilization and sterility assurance in health care facilities*. Arlington, VA: Association for the Advancement of Medical Instrumentation.
- Atkinson, J., Chartier, Y., Pessoa-Silva, C. L., Jensen, P., Li, Y., & Seto, W.-H. (Eds.). (2009). *Natural ventilation for infection control in health-care settings*. Geneva: World Health Organization.
- Berry, L. L., & Bendapudi, N. (2007). Health care: A fertile field for service research. *Journal of Service Research*, 10(2), 111–122. <https://doi.org/10.1177/1094670507306682>
- Beylik, U (2018). Sağlıkta akreditasyon denetim yöntemi: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü uygulaması. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 6–13.
- Brubakk, K., Vist, G. E., Bukholm, G., Barach, P., & Tjomsland, O. (2015). A systematic review of hospital accreditation: The challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research*, 15, 280. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0933-x>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (Updated July 2019)*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- Crooks, V. A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine*, 72(5), 726–732. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.022>
- Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı. (t.y.-a). Sıkça sorulan sorular: CİMER nedir? <https://www.iletisim.gov.tr/turkce/sikca-sorulan-sorular>
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.

- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 21, 1057. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07117-4>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
- International Organization for Standardization. (2024). *ISO 17665: Sterilization of health care products — Moist heat — Requirements for the development, validation and routine control of a sterilization process for medical devices*. Geneva: ISO.
- Izzo, A. A., & Ernst, E. (2009). Interactions between herbal medicines and prescribed drugs: An updated systematic review. *Drugs*, 69(13), 1777–1798. <https://doi.org/10.2165/11317010-000000000-00000>
- The Joint Commission International. (2023b). *Joint Commission International accreditation standards for hospitals* (8th ed.). Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission International.
- Kavak, D. G. (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü sağlıkta akreditasyon standartları. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 14–20.
- Lam, M. B., Figueroa, J. F., Feyman, Y., Reimold, K. E., & Orav, E. J. (2018). Association between patient outcomes and accreditation in US hospitals: Observational study. *BMJ*, 363, k4011. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4011>
- Lewis, K., & Hinchcliff, R. (2023). Hospital accreditation: An umbrella review. *International Journal for Quality in Health Care*, 35(1), mzad007. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad007>
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2022). *Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?* Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.nccih.nih.gov>
- National Patient Safety Foundation. (2015). *Free from harm: Accelerating patient safety improvement fifteen years after To Err Is Human*. Boston, MA: National Patient Safety Foundation.
- Posadzki, P., Watson, L., & Ernst, E. (2013). Herb–drug interactions: An overview of systematic reviews. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 75(3), 603–618. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04350.x>

- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Resuscitation Council UK. (2021). *Quality standards for cardiopulmonary resuscitation practice and training*. London, UK: Resuscitation Council UK.
- Rutala, W. A., & Weber, D. J. (2008). *Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Shaw, C. D., Groene, O., Botje, D., Sunol, R., Kutryba, B., Klazinga, N., ... Hammer, A. (2010). The effect of certification and accreditation on quality management in hospitals: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), 439–445.
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2007). *Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Stuckey, M. J., & Benowitz, I. (2019). Reprocessing, CDC, and IPs: Leveraging public health services and resources for sterilization and high-level disinfection of medical devices. *Prevention Strategist*, 12(3), 34–37.
- T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı. (2017). *Tıbbi atıkların kontrolü yönetmeliği*. Resmî Gazete (Sayı: 29959, 25 Ocak 2017). Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği* (27 Ekim 2014 tarihli ve 29158 sayılı Resmî Gazete). Retrieved from <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2017). *Sağlıkta kalite standartları – Hastane (Sürüm 5)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlıkta kalite standartları: Hastane seti (Sürüm 6.1)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2021). *Sağlıkta kalite standartları – Hastane (Sürüm 6.1)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık hizmetlerinde denetim ve izleme faaliyetlerine ilişkin bilgilendirme dokümanı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- The Joint Commission. (2023a). *Universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, and wrong person surgery*. The Joint Commission.
- The Joint Commission. (2024). *National Patient Safety Goals®: Effective January 2025 for the hospital program*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.
- Türk Dişhekimleri Birliği. (2009). *Diş hekimliğinde acil durumlar ve temel yaşam desteği*. Ankara: Türk Dişhekimleri Birliği.
- Türkiye Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü. (2024). *Sağlıkta akreditasyon standartları: Hastane seti*. Ankara: TÜSKA.

- Turner, L. G. (2011). Quality in health care and globalization of health services: Accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq078>
- Vincent, C., Burnett, S., & Carthey, J. (2014). Safety measurement and monitoring in healthcare: A framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ Quality & Safety*, 23(8), 670–677. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002757>
- World Allergy Organization. (2020). *World Allergy Organization anaphylaxis guidance 2020*. Milwaukee, WI: World Allergy Organization.
- World Health Organization. (2009a). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009b). *WHO guidelines for safe surgery: Safe surgery saves lives*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2016a). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017a). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017b). *Patient safety: Making health care safer*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARININ ETİK VE YASAL BOYUTLARI

Yasin ARAS¹

1. GİRİŞ

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT); Geleneksel Çin Tıbbı (Traditional Chinese Medicine-TCM) gibi bazı geleneksel sistemler, Ayurveda, natüropati, homeopati, bitkisel tedaviler, akupunktur, kayropratik ve çeşitli zihin-beden uygulamalarını kapsayan geniş bir şemsiye terim olup; küresel sağlık hizmetleri içinde önemli, zaman zaman da tartışmalı bir yere sahiptir (Basri vd., 2022). Çoğu hasta için GETAT, kültürel ve kişisel olarak anlamlı bir bakım anlayışı ve geleneksel biyomedikal tedavilerin erişilemez, pahalı ya da yetersiz kaldığı durumlarda alternatif ya da tamamlayıcı tedavi seçenekler sunmaktadır (Chance vd., 2025). Sağlık sistemleri ve yasal karar vericiler açısından ise GETAT; kültürel uygulamalara saygı ile halkın güvenliğini koruma yükümlülüğünün nasıl dengeleneceği, farklı bilgi kaynaklarının (tıbbi kanıtlar ile tarihsel/geleneksel bilgi) nasıl uzlaştırılacağı ve hasta özerkliği, bilgilendirilmiş onam ile bilimsel bütünlüğün ticari ya da ideolojik çıkarlar tarafından zedelenmesinin nasıl önleneceği gibi karmaşık soruları gündeme getirmektedir (Hua vd., 2025).

Bu bölüm, etik ve yasal konuların özellikle belirgin olduğu birbiriyle ilişkili alanları ele almaktadır. Bunlar arasında; (1) temel tıp etiği ilkelerinin GETAT uygulamalarına yansımaları; (2) GETAT’a özgü hasta hakları ve bilgilendirilmiş onam; (3) GETAT tedavilerinin zarara yol açtığı ya da düzenleyici çerçevelerin dışında kaldığı durumlarda malpraktis ve yasal sorumluluklar ve (4) bilimsel bütünlüğün korunması ile şarlatanlık ve yanlış bilgilendirmeye mücadeleyle yönelik yasal düzenlemeler yer almaktadır.

Terminolojinin zaman zaman belirsizlik göstermesi nedeniyle GETAT’ın bazı durumlarda özellikle Geleneksel Çin Tıbbı’nı, bazılarında ise genel olarak geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını ifade etmesi vb., bu metinde, “GETAT” terimi, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının tümünü kapsayacak şekilde kullanılmıştır.

2. TIP ETİĞİ İLKELERİ VE GETAT

Çağdaş tıp etiği çoğunlukla dört temel ilke etrafında yapılandırılmaktadır: özerkliğe saygı, yararlılık, zarar vermeme ve adalet (Beauchamp ve Childress, 2013). Bu ilkelerin GETAT uygulamalarına yansıtılması yalnızca kuramsal bir tartışma değildir. Aynı zamanda klinisyenlerin, geleneksel uygulayıcıların, sağlık sistemi yöneticilerinin ve karar vericilerin nasıl hareket etmesi gerektiğini doğrudan şekillendirmektedir (Mungai, 2023).

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yasinaras@aksaray.edu.tr, ORCID: 0000-0002-5171-7779.

2.1. Özerkliğe Saygı

Hasta özerkliğine saygı, bireylerin GETAT tedavilerini kullanıp kullanmamaya ilişkin kararlarını bilgilendirilmiş biçimde ve herhangi bir baskı altında kalmadan verebilmelerini gerektirmektedir. Ancak anlamlı bir özerklik; tedavinin yararları, riskleri, alternatifleri ve belirsizlikleri hakkında doğru, anlaşılır ve dengeli bilgilendirme ile mümkündür. GETAT bağlamında bu yükümlülük üç temel sorunu gündeme getirmektedir (Federal Trade Commission, 2016; Ajluni, 2023):

2.1.1. Epistemik Şeffaflık

Pek çok GETAT uygulaması, biyomedikal kavramlarla doğrudan örtüşmeyen açıklayıcı modellere (örneğin qi, doşa) dayanmaktadır. Klinik uygulayıcılar ve geleneksel tedavi sunucuları, hastaların geleneksel iddiaları konu içinde değerlendirebilmeleri için hem geleneksel gerekçeyi hem de bilimsel araştırmaların ortaya koyduğu bilgileri açıklamakla etik olarak yükümlüdür.

2.1.2. Kültürel Değerlerin Gözetilmesi

GETAT arayışı çoğu zaman kültürel kimlik, manevi inançlar ve ailevi normlarla iç içedir. Özerkliğe saygı bu değerlere duyarlılığı gerektirmektedir. Ancak bu durum, riskler hakkında bilgi vermekten kaçınmayı ya da yararları abartmayı haklı kılmaz.

2.1.3. Ticari Baskılar ve Reklam

Bitkisel ürünler, takviye edici gıdalar ve “mucize tedaviler” için dijital pazarlamanın yaygınlaşması, yanıltıcı iddialar yoluyla hasta özerkliğini zedeleyebilir. Bu nedenle düzenleyici kurumlar ve meslek örgütleri, reklamların denetlenmesi ve doğru yapılması konusunda etik bir sorumluluk taşımaktadır. ABD Federal Ticaret Komisyonu (FTK-Federal Trade Commission), reçetesiz satılan homeopatik ürünlerin etkinlik iddialarının, tıbbi iddiada bulunan diğer ürünlerle aynı kanıt standartlarını karşılaması gerektiğini açıkça belirtmiştir. Bu yaklaşımı, tüketicileri bilimsel dayanağı olmayan iddialardan korumayı amaçlamıştır.

2.2. Yararlılık

Yararlılık ilkesi, hastaya fayda sağlamayı; zarar vermeme ilkesi ise hastaya zarar vermekten kaçınmayı vurgulamaktadır. GETAT’ın sağlık hizmetlerine entegrasyonunda bu ilke merkezi öneme sahiptir. Özellikle yarar-zarar dengesinin gözetilmesi ve yetkinlik ve eğitim konularında dikkatle üzerinde durulmaktadır. Buna göre (Bester, 2020; Cheraghi vd., 2023):

Yarar–zarar dengesinin değerlendirilmesi: Meditasyon ve yoga gibi pek çok zihin–beden uygulamasının stres, ağrı ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerine dair kanıtlar bulunmaktadır. Buna karşın bazı bitkisel preparatlar için hepatotoksisite, nefrotoksisite ya da ilaç-bitki etkileşimleri gibi ciddi riskler söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle GETAT’ı entegre eden sistemler, beklenen yararları öngörülebilir zararlarla karşılaştıran kanıta dayalı ya da kanıtlarla uyumlu bir yaklaşım benimsemeli ve sonuçları izlemelidir.

Yetkinlik ve eğitim: Zarar vermeme ilkesi, uygulayıcıların yeterli eğitime sahip olmasını zorunlu kılmaktadır. Özellikle ölçülebilir risk taşıyan girişimlerde eğitim, belgelendirme ve

gözetim hayati önemdedir. Tıbbi-yasal olgu incelemeleri ve vaka raporları, akupunktura bağlı pnömotoraks vakalarını belgelemekte ve “doğal” olarak algılanan tedavilerin dahi yanlış uygulandığında yaşamı tehdit edebileceğini göstermektedir.

2.3. Adalet

Adalet, yani yarar ve yükümlülüklerin adil dağılımı, GETAT tartışmalarında yer alan önemli bir ilkedir. Adalet ilkesi çerçevesinde aşağıdaki konular incelenmektedir (Abdi vd., 2025):

Erişim ve eşitlik: Birçok ülkede GETAT hizmetleri belirli gruplarda (örneğin kırsal bölgelerde ya da azınlık gruplarında) daha yaygın olup, modern sağlık hizmetlerine erişimi sınırlı olan nüfuslar tarafından orantısız biçimde kullanılabilmektedir. Politika yapıcılar, kanıtlanmış geleneksel uygulamaların kamu sağlık hizmetlerine entegrasyonunun eşitsizlikleri azaltıp azaltmayacağını; buna karşın pahalı ve denetimsiz “alternatif” tedavilere izin verilmesinin eşitsizlikleri derinleştirip derinleştirmeyeceğini değerlendirmelidir.

Kaynak tahsisi ve önceliklendirme: Sağlık sistemleri, GETAT müdahalelerinin kamu sigortası kapsamında finanse edilip edilmeyeceğine karar vermek durumundadır. Bu kararların kanıta dayalı ve şeffaf olması gerekmektedir. Düşük değerli ya da etkisiz tedavilerin finanse edilmesi, kanıtlanmış müdahalelerden kaynakların çekilmesine yol açarak adalet açısından etik sorunlar doğurabilecektir.

2.4. Primum Non Nocere

Primum non nocere (önce zarar verme), GETAT uygulamaları açısından son derece ilgili olan temel bir etik ilkedir. Bu ilke; bitkisel tedavilerden akupunktura, kupa uygulamalarından fitoterapiye kadar tüm tamamlayıcı yaklaşımlarda hasta güvenliğinin her şeyin üzerinde tutulmasını gerektirmektedir (Bernstein, 2023).

Geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler sıklıkla “doğal” ve dolayısıyla zararsız olarak algılansa da bu varsayım yanıltıcı olabilir. Bitkisel ürünler modern ilaçlarla etkileşime girebilir, akupunktur ya da kupa gibi invaziv teknikler enfeksiyon riski taşıyabilir ve uygunsuz uygulamalar mevcut hastalıkları ağırlaştırabilir. *Primum non nocere* ilkesinin hayata geçirilmesi; uygulayıcıların yeterli eğitime, kanıta uyumlu bilgiye ve endikasyon-kontrendikasyonlara ilişkin bir farkındalığa sahip olmasını gerektirmektedir (Lee vd., 2022).

Etik açıdan uygulayıcılar, olası yararları, riskleri ve sınırlılıkları açıkça açıklayarak bilgilendirilmiş onamı güvence altına almalıdır. Klinik açıdan hasta değerlendirmesi, doğru tanı, hijyen standartları ve mesleki rehberlere uyum, zararın önlenmesi için zorunludur. Yasal açıdan ise düzenleyici çerçeveler ve yetki sınırları içinde uygulama yapmak, bu ilkenin somut bir yansımasıdır (Acevedo-Nuevo vd., 2025).

3. GETAT'TA HASTA HAKLARI VE AYDINLATILMIŞ ONAM

Aydınlatılmış onam, çoğu tedavi edici müdahale için etik ve yasal bir zorunluluktur. Ancak GETAT uygulamalarında bazı özellikler, aydınlatılmış onam sürecini daha karmaşık hâle getirmektedir. Kültüre özgü açıklayıcı modellerin varlığı, uygulayıcıların eğitim düzeylerindeki değişkenlik, standardize edilmemiş tedavi ve ürünler ile ticarileşmiş sağlık iddiaları bu süreci zorlaştıran başlıca unsurlardır.

3.1. GETAT'ta Aydınlatılmış Onamın İçermesi Gereken Unsurlar

En azından, GETAT bağlamında aydınlatılmış onam da modern tıpta olduğu gibi belirli temel unsurları içermelidir. Bunlara arasında müdahalenin niteliği ve amacı; olası yararlar; bilinen riskler ve belirsizlikler; alternatifler (tedavi almama seçeneği ve modern tedaviler dâhil); hastanın tedaviyi reddetme ya da süreci sonlandırma hakkı yer almaktadır. Bununla birlikte, GETAT konusu aşağıdaki unsurların dahil edilmesini de gerekli kılmaktadır (Caspi vd., 2011; Charan vd., 2021):

Kanıt düzeyinin açıklanması: Uygulayıcılar, bir tedavinin randomize kontrollü çalışmalarla mı, gözlemsel çalışmalarla mı desteklendiğini yoksa esas olarak tarihsel/geleneksel kullanıma mı dayandığını açıkça belirtmelidir. Örneğin, farkındalık temelli müdahalelerin bazı durumlar için güçlü bir kanıt temeli bulunurken, birçok bitkisel tedavi için yeterli randomize kontrollü çalışma kanıtı mevcut değildir. Kanıt düzeyinin açıkça ifade edilmesi, hastaların beklentilerini gerçekçi biçimde değerlendirmelerine yardımcı olur.

Uygulayıcı niteliklerinin ve yasal düzenlemelerin açıklanması: Hastalara uygulayıcının mesleki yeterlilikleri, aldığı eğitim ve mesleki denetim ya da düzenleme kapsamı hakkında bilgi verilmelidir. Düzenlemenin bulunmadığı ya da yetersiz olduğu durumlarda bu sınırlılık da açıkça belirtilmelidir.

Riskler ve etkileşimlerin tartışılması: Bitkisel ürünler ve besin takviyeleri reçeteli ilaçlarla etkileşime girebilir. Benzer şekilde, akupunktur gibi invaziv girişimler prosedüre bağlı riskler taşımaktadır. Aydınlatılmış onam sürecinde bu olasılıklar açıkça ele alınmalıdır.

Kültürel ve manevi boyutların ele alınması: Bir müdahale manevi unsurlar içeriyorsa, hastalar bu katılımın ne anlama geldiğini ve kendi inançlarıyla çelişip çelişmediğini bilmelidir.

3.2. GETAT'ta Aydınlatılmış Onam Uygulamalarına İlişkin Kanıtlar

Yapılan gözlemsel çalışmalar, GETAT uygulayıcıları arasında aydınlatılmış onam uygulamalarının önemli ölçüde değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bazı araştırmalar, kimi GETAT sunucularının ayrıntılı bilgilendirme gerekliliğini hafife aldığını ya da “doğal” ve “güvenli” olma gibi genelleyici ifadelerle hastaları yanıltabildiğini göstermektedir. Anketler ve nitel çalışmalar; uygulayıcıların aydınlatılmış onam konusunda eğitilmesini ve yaygın GETAT uygulamaları için standart onam formlarının geliştirilmesini önermektedir (International Conference on Life, Health and Modern Medicine, 2023).

3.3. Özel Gruplar ve Onam

Çocuklar ve ciddi hastalığı olan bireyler gibi özel gruplar, aydınlatılmış onam açısından özel koruma gerektirmektedir. Örneğin, ebeveynler kanserli bir çocuk için etkinliği kanıtlanmamış GETAT tedavilerine yönelebilir. Bu durumlarda klinisyenler ve etik uzmanları; ebeveyn özerkliği, kültürel değerler ve çocuğun yararı arasında hassas bir denge kurmak zorundadır. Birçok ülkede, çocukları ciddi zarar riskine sokan ya da etkili tedavilerden mahrum bırakan ebeveyn kararları sınırlandırılmaktadır; benzer yasal ve etik ilkeler, GETAT kapsamında reşit olmayanlara yönelik kararlar için de geçerli olmalıdır (Heerman vd., 2025; Neves vd., 2024).

3.4. GETAT'ta Aydınlatılmış Onam Geliştirmeye Yönelik Faydalı Araçlar

GETAT kapsamında aydınlatılmış onam sürecini iyileştirmek için çeşitli araçlar önerilmektedir (Bernat ve McQuillen, 2021):

- Kanıt düzeyi, bilinen yan etkiler, ilaç etkileşimi uyarıları ve uygulayıcı niteliklerini içeren işaretleme kutularına sahip standart onam formları.
- Karşılaştırmalı kanıtları sade bir dille özetleyen ve olası yarar ile zararların gerçekçi olasılıklarını sunan ortak karar verme araçları.
- GETAT kullanımını belgeleyen ve modern sağlık hizmeti sunucularını olası etkileşimler ya da çakışan tedaviler konusunda uyaran entegre tıbbi kayıt sistemleri.

4. GETAT'TA TIBBİ HATA, MALPRAKTİS VE HUKUKİ SORUMLULUKLAR

Medical error (tıbbi hata), sağlık hizmeti sunumu sırasında önceden planlanan bir fiilin amaçlandığı gibi tamamlanamaması veya doğru bir planın yanlış uygulanması sonucu hastaya potansiyel veya gerçek zarar verme riskini ifade etmektedir (Gadalla vd., 2024). GETAT uygulamaları sırasında ya da sonrasında tıbbi hata durumunda hem etik hem de yasal açıdan ciddi bir inceleme süreci başlamaktadır. Malpractice (tıbbi kötü uygulama) ise, bir sağlık çalışanının mesleki standartlara uygun davranmaması, gerekli özen ve dikkat sorumluluğunu ihlal etmesi ya da bilgi-beceri eksikliği nedeniyle hastaya hatalı işlem yapma durumunu ifade etmektedir (Pour vd., 2022). Malpraktis durumunda önemli olan hukukun temel sorularından biri olan uygulayıcının geçerli bakım yükümlülüğünü (standard of care) yerine getirip getirmediğidir. Ancak bu standardın GETAT bağlamında uygulanması, bazı sorunları beraberinde getirmektedir. Bunlar aşağıda açıklanmaktadır:

4.1. Bakım Standartları ve Yetkilendirme

Ülkeler arasında GETAT uygulayıcılarının yasal statüsü büyük farklılıklar göstermektedir. Bazı ülkelerde akupunktur gibi alanlar lisanslı ve sıkı biçimde düzenlenmiş meslekler olarak tanımlanırken, bazı uygulamalar neredeyse tamamen denetimsizdir ve herkesin tedavi ya da ürün pazarlayabilmesine olanak tanımaktadır. Mesleki düzenlemenin varlığı ve gücü, malpraktis değerlendirmelerini doğrudan etkilemektedir. Lisanslı uygulayıcılar meslek etik kurallarına, sürekli mesleki eğitime ve disiplin mekanizmalarına tabidir; lisanssız uygulayıcıların ise denetlenmesi ve yasal sorumluluğa tabi tutulması daha güç olabilmektedir (Ijaz ve Boon, 2018).

Yasal bakım standardı nedir, sorusu gündeme gelebilmektedir. Bu sorunun cevabı ise yasal düzenleme organları tarafından verilmektedir. Mahkemeler genellikle bir uygulayıcının, aynı alanda çalışan makul derecede yetkin bir uygulayıcıdan beklenen özeni gösterip göstermediğini değerlendirmektedir. Lisanslı GETAT uygulayıcıları için bu değerlendirme, mesleki normlar ve aldıkları eğitim çerçevesinde yapılmaktadır. Düzenlenmemiş uygulamalarda ise mahkemeler, benzer koşullarda makul bir kişinin nasıl davranması gerektiğine dayalı genel ihmal (negligence) standartlarını uygulayabilmektedir (Aziz vd., 2024).

Bunların yanı sıra yetersiz tıbbi kayıtlar, malpraktis sorumluluğunun en sık nedenlerinden biridir. GETAT uygulamalarında hasta öyküsünün (eşzamanlı kullanılan ilaçlar dâhil), aydınlatılmış onam görüşmelerinin ve tedavi ayrıntılarının eksik kaydedilmesi, olumsuz bir olay sonrasında uygulayıcının savunmasını ciddi biçimde zayıflatabilmektedir (Cohen ve Eisenberg, 2002).

4.2. GETAT'ta Sık Görülen Adli Vakalar

4.2.1. Doğrudan Prosedürel Yaralanmalar

Akupunktur sırasında iğnenin akciğeri delmesine bağlı pnömotoraks, steril olmayan uygulamalara bağlı enfeksiyonlar veya moksibüsyona bağlı yanıklar bu kapsamdadır. Olgu sunumları ve adli-tıbbi alanyazın, akupunktura bağlı pnömotoraks gibi ciddi komplikasyonları ve bunlara ilişkin yasal davaları belgelemektedir (Grusche ve Egerton-Warburton, 2017).

4.2.2. Bitkisel Ürünlerin Advers Etkileri

Organ toksisiteleri, alerjik reaksiyonlar veya antikoagülanlarla (örneğin varfarin) etkileşimler nedeniyle açılan davalar söz konusudur. Bu tür durumlarda sorumluluk; üreticiler, dağıtıcılar ve reçete eden ya da öneren uygulayıcılar arasında paylaşılabilir (Hassen vd., 2022).

4.2.3. Yönlendirme Eksikliği veya Tanıda Gecikme

GETAT'ın, tıbbi tedavi gerektiren bir durumda tek başına önerilmesi (örneğin kanser tanısının veya modern tedavinin geciktirilmesi) ve bunun sonucunda hastaya zarar gelmesi, sevk etmeme ya da ihmal nedeniyle sorumluluk doğurabilir (Epstein vd., 2009).

4.2.4. Dolandırıcılık ve Yanlış Beyan

Kanıta dayanmayan biçimde ciddi hastalıklar için “kesin tedavi” vaat edilmesi veya tağşiş edilmiş/kontamine ürünlerin satılması, tüketici koruma ve halk sağlığı mevzuatı kapsamında hem yasal hem de cezai yaptırımlara yol açabilir (Pacholczyk-Sienicka, 2024).

4.3. GETAT'ı Uygulamasına Entegre Eden Sağlık Profesyonellerinin Sorumluluğu

Modern sağlık profesyonelleri (örneğin bir aile hekiminin akupunktur uygulaması) GETAT'ı klinik pratiğine entegre ettiğinde, yasal sorumluluk riski artabilir. Bu profesyonellerin uygun eğitime sahip olmaları, yeterli sigorta kapsamını sağlamaları ve hem modern tıbbın hem de ilgili GETAT alanının mesleki standartlarına uymaları gerekmektedir. Aksi hâlde, diğer tüm tıbbi girişimlerde olduğu gibi ihmal esasına dayalı malpraktis davalarıyla karşılaşmaları mümkündür (Ventola, 2010).

4.4. Düzenleyici ve Kurumsal Risk Yönetimi Stratejileri

Malpraktis risklerini azaltmak için sağlık sistemleri ve düzenleyici otoriteler şu stratejileri benimseyebilir (WHO, 2025):

- İnvaziv işlemler ve bitkisel ürün sunumu için asgari yeterlilikleri tanımlayan lisanslama ve yetkilendirme standartları.
- Güvenlik standartlarını geliştirmek amacıyla advers olayların zorunlu bildirimi ve izlem sistemlerinin kurulması.

- Zarar durumunda tazminatın sağlanabilmesi için GETAT uygulayıcıları için mesleki sigorta zorunluluğu.
- Konvansiyonel sağlık profesyonellerinin hangi durumlarda birlikte yönetim ya da sevk yapmaları gerektiğini belirleyen çapraz eğitim ve danışma protokolleri.

5. GETAT'TA BİLİMSEL BÜTÜNLÜK VE ŞARLATANLIKLARLA MÜCADELE

GETAT alanındaki en temel etik ve yasal tartışma alanlarından biri, bilimsel bütünlüğün korunması ve makul ya da kanıtla desteklenen geleneksel uygulamalar ile şarlatanlık olarak nitelendirilebilecek, yanlış, yanıltıcı veya temelsiz iddialarla pazarlanan girişimlerin birbirinden ayrılmasıdır.

5.1. Şarlatanlığın Tanımı ve Zararları

Şarlatanlık, genellikle etkinliği ve güvenliği konusunda güvenilir bilimsel kanıt bulunmayan tıbbi uygulamaların, çoğu zaman aldatıcı pazarlama stratejileriyle sunulması olarak tanımlanmaktadır. Şarlatanlığın yol açtığı zararlar çok boyutludur: doğrudan fiziksel zararlar, hastaların maddi olarak sömürülmesi, etkili ve kanıta dayalı tedavilerin geciktirilmesi ya da tamamen terk edilmesi ve uzun dönemde meşru sağlık sistemlerine duyulan toplumsal güvenin zedelenmesi bu zararlar arasında yer almaktadır (Veesar vd., 2025).

Doğrudan fiziksel zararlar, şarlatanlığın en somut ve en ağır sonuçları arasında yer almaktadır. Bilimsel temeli olmayan uygulamalar; yanlış dozda ürünlerin kullanımı, steril olmayan girişimler ya da vücut bütünlüğünü bozan müdahaleler yoluyla ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir (Hassen vd., 2022). Hastaların maddi olarak sömürülmesi, şarlatanlığın önemli fakat genellikle göz ardı edilen bir yönüdür. Umut vaat eden, mucizevi iyileşme iddialarıyla pazarlanan ürün ve hizmetler genellikle yüksek maliyetlidir ve çoğunlukla sağlık sigortası kapsamı dışındadır. Kronik ya da ağır hastalığı olan hastalar ve yakınları, çaresizlik ve umutsuzluk duygularıyla ciddi miktarda para harcayabilmekte; bu durum hem bireysel ekonomik yıkıma hem de hane halkı refahının bozulmasına yol açmaktadır (Veesar vd., 2025). Etkili ve kanıta dayalı tedavilerin geciktirilmesi ya da tamamen terk edilmesi, şarlatanlığın dolaylı zararlarından biridir. Bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış tedaviler yerine etkisiz yöntemlere yönelmek, özellikle kanser, enfeksiyon hastalıkları ve kronik hastalıklarda geri dönüşü olmayan klinik kayıplara neden olabilir (Epstein vd., 2009). Toplumsal güvenin zedelenmesi ise şarlatanlığın uzun dönemli ve en yıkıcı etkilerinden biridir. Sağlık alanında yanlış bilgi ve sahte iddiaların yaygınlaşması, bilimsel tıp ile sahte uygulamalar arasındaki sınırların bulanıklaşmasına neden olmaktadır. Bu süreç, sağlık kurumlarına, sağlık profesyonellerine ve bilimsel bilgiye duyulan güveni zedeleyebilmektedir (Veesar vd., 2025).

5.2. Düzenleyici Yaklaşımlar ve Yaptırımlar

Düzenleyici kurumlar, şarlatanlıkla mücadelede çeşitli araçlara sahiptir (Federal Trade Commission, 2016; National Center for Complementary and Integrative Health [NCCIH], 2024):

- Reklam ve iddia denetimi: Tüketiciyi koruma kurumları (örneğin ABD Federal Ticaret Komisyonu-FTC), sağlıkla ilgili iddiaların doğruluğunu denetleyen “dürüst reklamcılık” yasalarını uygulamaktadır. FTC’nin 2016 tarihli homeopatik ürünler politikası, bu ürünlerin etkinlik iddialarının diğer tıbbi

ürünlerle aynı kanıt standartlarını karşılaması gerektiğini açıkça ortaya koymuş ve yanıltıcı pazarlama yapan firmalara yönelik yaptırımlar uygulanmıştır.

- Ürün güvenliği ve kalite kontrolü: Ulusal ilaç otoriteleri ve gıda-ilâç düzenleyici kurumlar, bitkisel ürünleri ilâç ya da takviye olarak sınıflandırarak üretim standartları, etiketleme yükümlülükleri ve advers olay bildirimleri yoluyla tağşiş ve kontaminasyonu izleyebilir.
- Mesleki disiplin: Lisanslama ve meslek odaları, güvensiz uygulamalar yapan veya aldatıcı reklam kullanan GETAT uygulayıcılarına disiplin cezaları uygulayabilir.
- Halkın bilgilendirilmesi ve kanıt sentezi: ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri bünyesindeki National Center for Complementary and Integrative Health (Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi-NCCIH) gibi kurumlar, GETAT alanında araştırmaları desteklemekte ve hem sağlık profesyonelleri hem de toplum için kanıta dayalı özetler sunmaktadır. Bu yaklaşım, bilgi kalitesini artırmayı ve temelsiz iddiaların yayılmasını önlemeyi amaçlamaktadır.

5.3. Geleneksel Değerlere Saygı ile Şarlatanlığa Karşı Koruma Arasındaki Denge

Etkili bir etik ve düzenleyici yaklaşım, birçok geleneksel uygulamanın kültürel değerini tanıırken, kamu sağlığının risk altında olduğu durumlarda güçlü güvenlik önlemlerinin gerekliliğini de kabul etmektedir. Bu bağlamda, geleneksel uygulayıcılarla iş birliği içinde yürütülen klinik araştırmalar, kültürel çerçeveleri dışlamadan geleneksel formülasyonların etkinlik ve güvenliğini değerlendirme imkânı sunmaktadır. Kanıtların sınırlı olduğu ancak potansiyel zararların düşük görüldüğü durumlarda, düzenleyici kurumlar güçlü bilgilendirme, açık risk beyanı ve izlem mekanizmalarıyla uygulamalara sınırlı izin verebilir. Buna karşın, ciddi zarar riski bulunan ya da açıkça sahte ve dolandırıcılığa dayalı iddialar içeren uygulamalarda daha sıkı denetimler, yasaklar veya yaptırımlar etik ve yasal açıdan gerekli kabul edilmektedir (Patwardhan vd., 2023; Koonrungsomboon vd., 2024).

6. POLİTİKA ÖNERİLERİ

Etik ilkeler, yasal emsaller ve uluslararası politika rehberleri temel alınarak geliştirilen aşağıdaki öneriler, GETAT uygulamalarına duyulan saygı ile hasta güvenliğinin sağlanması ve bilimsel bütünlüğün korunması arasında denge kurmayı amaçlamaktadır:

- GETAT uygulamaları ve ürünleri için açık ve kademeli bir düzenleyici çerçeve oluşturulmalıdır. Düzenlemeler; düşük riskli, bireysel öz-bakım niteliğindeki zihin-beden uygulamaları ile invaziv girişimler ve tıbbi iddia içeren uygulamaları net biçimde ayırt etmelidir. Akupunktur ve moksa gibi invaziv teknikleri uygulayan kişiler için lisanslama, yetkinlik ve eğitim gereklilikleri zorunlu hale getirilmelidir.
- Yaygın GETAT girişimleri için standartlaştırılmış aydınlatılmış onam formları zorunlu tutulmalıdır. Bu onam formları; kanıt düzeyine ilişkin açık ifadeleri, potansiyel riskleri (nadir ancak ciddi komplikasyonlar dâhil), ilâç etkileşimlerini ve uygulayıcının mesleki yeterliliklerini içermelidir.
- Gözetim ve advers olay bildirim sistemleri güçlendirilmelidir. Ulusal farmakovijilans ve tıbbi uygulama izlem sistemleri, bitkisel ürünleri ve GETAT

uygulamalarını da kapsamalı; böylece güvenlik sinyallerinin erken saptanması mümkün olmalıdır.

- Doğru reklamcılık ilkeleri etkin biçimde uygulanmalı ve sahte iddialar yaptırıma tabi tutulmalıdır. Tüketiciyi koruma kurumları, GETAT ürün ve hizmetlerine yönelik yanıltıcı pazarlamayı aktif biçimde izlemeli ve özellikle kanıta dayanmayan “tedavi edici” iddialara karşı FTC’nin homeopatik ürünlere ilişkin politikasıyla uyumlu yaptırımlar uygulamalıdır.
- Öncelikli GETAT alanlarına araştırma fonları tahsis edilmelidir. Araştırmalar; ön kanıtların bulunduğu ya da önemli bir halk sağlığı ihtiyacına yanıt verebilecek alanlara (örneğin kronik ağrıda bazı zihin-beden uygulamaları) odaklanmalı, kültürel duyarlılığı gözeten ve metodolojik açıdan güçlü tasarımlarla yürütülmelidir.
- GETAT, disiplinler arası eğitim ve iş birliğine dayalı bakım modellerine entegre edilmelidir. Konvansiyonel sağlık profesyonelleri, GETAT uygulamalarını bilgili şekilde tartışabilecek, hastaların geleneksel ürün kullanımını sorgulayabilecek ve güvenli ortak bakım planları oluşturabilecek şekilde eğitilmelidir.
- Hassas gruplar özel olarak korunmalıdır. Çocuklar, bilişsel kapasitesi sınırlı bireyler ve ciddi hastalığı olan hastalar için ek koruyucu önlemler geliştirilerek sömürü, zarar ve etkili tedavilerin geciktirilmesi riski minimuma indirilmelidir.

Bu öneriler, GETAT alanında hem kültürel çeşitliliği gözeten hem de hasta güvenliği ve bilimsel sorumluluğu önceleyen sürdürülebilir bir politika çerçevesi oluşturmayı hedeflemektedir.

7. ÜLKE BAZLI GETAT YASAL DÜZENLEYİCİ ÖRNEKLER

7.1. Türkiye

Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına ilişkin resmi ve özel bir düzenleyici çerçeve bulunmaktadır. Bu çerçeve, 27 Ekim 2014 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği (Sayı: 29158) ile oluşturulmuştur. Söz konusu yönetmelik, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na dayanmaktadır ve akupunktur, homeopati, fitoterapi, hipnoz, kayropratik, kupa uygulaması, osteopati ve refleksoloji dâhil olmak üzere 15 GETAT uygulama alanını yasal olarak tanımaktadır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 2014). Mevcut yönetmeliğin içeriği aşağıda açıklanmaktadır:

- Türk mevzuatına göre, GETAT uygulamalarının büyük çoğunluğu yalnızca sertifikalı hekimler ve diş hekimleri tarafından gerçekleştirilebilmektedir. Örneğin, akupunktur uygulaması, yetkisiz kişiler tarafından yapılamamakta ve Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış, belirli süreli teorik ve uygulamalı eğitimi içeren bir sertifika programının tamamlanmasını zorunlu kılmaktadır. Ayrıca bu uygulamalar yalnızca belirli fiziki ve idari koşulları sağlayan ruhsatlı sağlık kuruluşlarında yapılabilmektedir.

- Bununla birlikte, mevcut düzenleme GETAT'ın sağlık sistemi içine dâhil edilmesi açısından önemli bir adım olmakla birlikte, bazı yönleriyle eleştirilmektedir. Özellikle aydınlatılmış onamın kapsamı, malpraktis standartları, mesleki denetim ve yasal sorumluluk mekanizmalarına ilişkin hükümlerin yeterince ayrıntılı olmadığı ifade edilmektedir. Akademik ve yasal değerlendirmelerde, GETAT'a özgü standart onam formlarının zorunlu hale getirilmesi, yetkisiz uygulamalara yönelik daha ağır yaptırımlar getirilmesi ve denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.
- Kültürel olarak yerleşik geleneksel uygulamaların tümüyle reddedilmesi yerine, halk sağlığını önceleyen kademeli ve kanıta duyarlı bir düzenleme yaklaşımının benimsenmesi önerilmektedir.

7.2. Hindistan

Hindistan, geleneksel tıbbın düzenlenmesi konusunda dünyadaki en kurumsallaşmış sistemlerden birine sahiptir. Bu sistem, Ayurveda, Yoga ve Naturopati, Unani, Siddha, Sowa-Rigpa ve Homeopatiyi kapsayan AYUSH çerçevesi altında yapılandırılmıştır. Düzenleyici yapı, 2020 National Commission for Indian System of Medicine (Ulusal Hint Tıp Sistemleri Komisyonu-NCISM) Yasası ile önemli ölçüde yeniden şekillendirilmiş ve AYUSH Bakanlığı'na bağlı merkezi bir yasal komisyon kurulmuştur (Ministry of Ayush, 2026). Bu komisyona ilişkin içerik aşağıda sunulmuştur:

- NCISM; eğitim standartlarını belirlemek, uygulayıcıları kayıt altına almak ve etik yükümlülükleri denetlemekle görevlidir. AYUSH uygulayıcıları için devlet tarafından zorunlu tutulan eğitim, ruhsatlandırma ve mesleki etik kuralları bulunmaktadır.
- Hindistan'daki yasal uygulamalar, geleneksel ve modern tıp sistemlerinin kesişiminde ortaya çıkan karmaşıklıkları da açıkça göstermektedir. Örneğin 2025 yılında Telangana Yüksek Mahkemesi, allopatik tıp uyguladığı iddiasıyla haklarında dava açılan bazı Ayurvedik hekimler hakkında yürütülen ceza soruşturmalarını, usule uygun süreç izlenmediği gerekçesiyle iptal etmiştir (The Times of India, 2025). Bir başka davada ise Delhi Yüksek Mahkemesi, NCISM başkanlığına yapılan bir atamayı, yasal eğitim şartlarının karşılanmaması nedeniyle hukuka aykırı bulmuştur (Law Beat, 2025).

7.3. Avrupa Birliği

Avrupa Birliği (AB)'nde geleneksel tıbbın düzenlenmesi esas olarak bitkisel tıbbi ürünler üzerinden yürütülmekte, mesleki uygulamalara ilişkin düzenlemeler ise büyük ölçüde üye ülkelerin yetkisinde kalmaktadır. AB düzeyindeki temel düzenleme, Traditional Herbal Medicinal Products Directive (Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Direktifi-(2004/24/EC) olup, uzun süredir kullanılan bitkisel ürünler için basitleştirilmiş bir kayıt sistemi sunmaktadır (European Medicines Agency, 2026).

Bu direktife göre, bitkisel tıbbi ürünlerin AB pazarına girebilmesi için ruhsat veya geleneksel kullanım kaydı alması gerekmektedir. Kayıt için, ürünün en az 30 yıllık tıbbi kullanım geçmişine sahip olması (bunun en az 15 yılının AB içinde olması şartıyla) ve Good

Manufacturing Practices (İyi Üretim Uygulamaları-GMP), kalite güvence, etiketleme ve farmakovijilans standartlarına uygunluğu aranır. European Medicines Agency (Avrupa İlaç Ajansı-EMA) bünyesindeki Herbal Medicinal Products (Bitkisel Tıbbi Ürünler Komitesi-HMPC), üye ülkeler arasında uyumu sağlamak amacıyla bilimsel monograflar geliştirmektedir (European Medicines Agency, 2026).

Buna karşın, akupunktur veya naturopati gibi GETAT uygulamalarının mesleki icrası AB düzeyinde değil, üye ülkelerin ulusal mevzuatları çerçevesinde düzenlenmektedir. Bu düzenlemeler genellikle ulusal ruhsatlandırma sistemleri, sağlık hukuku ve malpraktis rejimleri yoluyla yürütülmektedir (Efferth, 2025).

AB yaklaşımı, bitkisel ürünleri denetimsiz takviyeler yerine tıbbi ürün olarak ele alması bakımından dikkat çekicidir. Böylece geleneksel kullanımın tanınması ile bilimsel güvenlik ve kalite standartları arasında bir denge kurulmaktadır. AB düzeyinde ürün güvenliği ile ulusal düzeyde mesleki düzenlemelerin birlikte var olduğu bu katmanlı yapı, tüketici koruması, yasal sorumluluk ve kamu güveni açısından örnek teşkil eden bir model sunmaktadır.

8. SONUÇ

GETAT, modern sağlık sistemleri için hem önemli fırsatlar hem de ciddi zorluklar sunmaktadır. Hasta özerkliğine saygı, yararlılık, zarar vermeme ve adalet gibi temel etik yükümlülükler, tedavi yaklaşımları farklı bir bilgi ve inanç sistemine dayansa dahi geçerliliğini korumaktadır. Ancak bu ilkelerin GETAT bağlamında uygulanabilmesi, belirli uyarlamaları gerekli kılmaktadır. Bunlar arasında; bilimsel kanıt düzeyi ve belirsizlikler hakkında şeffaf bilgilendirme yapılması, güçlü ve açık aydınlatılmış onam süreçlerinin işletilmesi, riske duyarlı ve orantılı düzenleyici çerçevelerin oluşturulması, yanıltıcı ve sahte iddialara karşı etkin denetim mekanizmalarının işletilmesi ve potansiyel yarar vaat eden uygulamalar için nitelikli bilimsel araştırmalara yatırım yapılması yer almaktadır.

GETAT'ın etik ve yasal açıdan sorumlu biçimde yönetilmesi; kültürel uygulamalara saygı ile bireylerin ve toplumun sağlık hakkını koruma yükümlülüğü arasında hassas bir denge kurulmasını gerektirmektedir. Bu denge, ne geleneksel uygulamaların toptan reddedilmesiyle ne de sınırsız ve denetimsiz ticarileşmenin umut ve kırılganlıkları istismar etmesine izin verilmesiyle sağlanabilir. Aksine, şeffaf kanıt değerlendirmesi, riskle orantılı dikkatli düzenleme, mesleki hesap verebilirlik ve karşılıklı saygıya dayalı entegrasyon yoluyla mümkündür. Bu yaklaşım, hem hasta güvenliğini ve kamu sağlığını koruyacak hem de bilimsel bilgi üretimini ve etik sağlık hizmeti sunumunu destekleyecek sürdürülebilir bir zemin oluşturacaktır.

KAYNAKÇA

- Abdi, Y. H., Abdi, M. S., Bashir, S. G., Ahmed, N. I., & Abdullahi, Y. B. (2025). Understanding global health inequality and inequity: Causes, consequences, and the path toward justice in healthcare. *Public Health Challenges*, 4(4), e70156.
- Acevedo-Nuevo, M., Velasco-Sanz, T., Del Olmo-Somolinos, B., & Vía-Clavero, G. (2025). Ethical and legal considerations and recommendations for action in the physical restraint use in critically ill patients. *Enfermería Intensiva (English Edition)*, 36(2), 100497.

- Ajluni, V. (2023). Respecting autonomy: Prioritizing patient-centered care and decision-making capacity for stronger doctor–patient relationships. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(8), 1752–1753.
- Aziz, N. A., Azmi, I. I., Ahmad, N., & Arus, T. I. T. (2024). A comparative view on the traditional and complementary medicine (GETAT) regulation in Malaysia and China. *Environment-Behaviour Proceedings Journal*, 9(SI17), 169–174.
- Basri, N. F., Ramli, A. S., Mohamad, M., & Kamaruddin, K. N. (2022). Traditional and complementary medicine (GETAT) usage and its association with patient assessment of chronic illness care (PACIC) among individuals with metabolic syndrome in primary care. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 22(1), 14.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). Oxford University Press.
- Bernat, J. L., & McQuillen, M. P. (2021). On shared decision-making and informed consent. *Neurology: Clinical Practice*, 11(2), 93–94.
- Bernstein, J. (2023). Not the last word: *Primum non nocere* is harmful. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 481(2), 211–213.
- Bester, J. C. (2020). Beneficence, interests, and wellbeing in medicine: What it means to provide benefit to patients. *The American Journal of Bioethics*, 20(3), 53–62.
- Caspi, O., Shalom, T., & Hoxha, J. (2011). Informed consent in complementary and alternative medicine. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2011, 170793. <https://doi.org/10.1093/ecam/nep032>.
- Chance, E. A., Théophile, P., & Loe, L. R. (2025). Decolonizing healthcare: the role of traditional medicine in building inclusive health systems for Cameroonian women. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 25(1), 384.
- Charan, J., Bhardwaj, P., Dutta, S., Kaur, R., Bist, S. K., Detha, M. D., & Sharma, P. (2021). Use of complementary and alternative medicine (CAM) and home remedies by COVID-19 patients: A telephonic survey. *Indian Journal of Clinical Biochemistry*, 36(1), 108–111.
- Cheraghi, R., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Hassankhani, H., & Jafarzadeh, A. (2023). Clarification of ethical principle of the beneficence in nursing care: an integrative review. *BMC Nursing*, 22(1), 89.
- Cohen, M. H., & Eisenberg, D. M. (2002). Potential physician malpractice liability associated with complementary and integrative medical therapies. *Annals of Internal Medicine*, 136(8), 596–603.
- Efferth, T. (2025). Establishing traditional Chinese medicine in Europe. *Chinese Herbal Medicines*, 17(3), 409–413.
- Epstein, J. B., Sciubba, J. J., Banasek, T. E., & Hay, L. J. (2009). Failure to diagnose and delayed diagnosis of cancer: Medicolegal issues. *Journal of the American Dental Association*, 140(12), 1494–1503.

- European Medicines Agency (2026). Herbal medicinal products. https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/herbal-medicinal-products?utm_source=chatgpt.com. (Erişim Tarihi: 27.02.2026).
- Federal Trade Commission. (2016). *FTC issues enforcement policy statement regarding marketing claims for over-the-counter homeopathic drugs*. <https://www.ftc.gov/news-events/news/press-releases/2016/11/ftc-issues-enforcement-policy-statement-regarding-marketing-claims-over-counter-homeopathic-drugs>. (Erişim Tarihi: 27.02.2026).
- Gadalla, R., Mukhtad, A., Alshtshat, H., Elkwafy, H., Elfetory, M., & Elfrjany, N. (2024). Barriers and Strategies of Reporting Medical Errors at Benghazi Medical Center: A Cross-sectional Study in Benghazi City, Libya. *Asian Journal of Medical Principles and Clinical Practice*, 7(1), 96-103.
- Grusche, F., & Egerton-Warburton, D. (2017). Traumatic pneumothorax following acupuncture: A case series. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*, 1(1), 31–32.
- Hassen, G., Belete, G., Carrera, K. G., Iriowen, R. O., Araya, H., Alemu, T., ... Jain, N. (2022). Clinical implications of herbal supplements in conventional medical practice: A U.S. perspective. *Cureus*, 14(7), e26893.
- Heerman, W. J., White, R. O., & Barkin, S. L. (2015). Advancing informed consent for vulnerable populations. *Pediatrics*, 135(3), e562–e564. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3041>.
- Hua, H., Tang, J. Y., Zhao, J. N., Wang, T., Zhang, J. H., Yu, J. Y., Yang, C. M., Ai, Y. L., & Luo, Q. X. (2025). From traditional medicine to modern medicine: the importance of TCM regulatory science (TCMRS) as an emerging discipline. *Chinese Medicine*, 20(1), 92.
- Ijaz, N., & Boon, H. (2018). Statutory regulation of traditional medicine practitioners and practices: The need for distinct policy making guidelines. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 24(4), 307–313.
- International Conference on Life, Health and Modern Medicine. (2023). *Medicine*, 102(30), e34187.
- Koonrungsesomboon, N., Sakuludomkan, C., Na Takuathung, M., Klinjan, P., Sawong, S., & Perera, P. K. (2024). Study design of herbal medicine clinical trials. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 24(1), 391.
- Lee, E. L., Richards, N., Harrison, J., & Barnes, J. (2022). Prevalence of use of traditional, complementary and alternative medicine by the general population. *Drug Safety*, 45(7), 713–735.
- Ministry of Ayush. (2026). Ayush Services. <https://ayush.gov.in/#!/services>. (Erişim Tarihi: 27.02.2026).

- Mungai, R. (2025). Alternative medicine is emerging as a key component of healthcare in the 21st century. *Authorea Preprints*.
- National Center for Complementary and Integrative Health [NCCIH] (2024). Know the Science of Complementary Health Approaches. https://www.nccih.nih.gov/health/providers/digest/know-the-science-of-complementary-health-approaches?utm_source=chatgpt.com. (Erişim Tarihi: 27.02.2026).
- Neves, M. C., Monteiro, S., Prins, J. B., & Sales, C. M. (2024). Informed Consent and Adolescents with Cancer: Challenges and Tools in Online Studies. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 13(6), 799-802.
- Pacholczyk-Sienicka, B. (2024). Crimes against food: characteristics, health risk, and regulations. *Food and Energy Security*, 13(5), e70002.
- Patwardhan, B., Wieland, L. S., Aginam, O., Chuthaputti, A., Ghelman, R., Ghods, R., & Acharya, R. (2023). Evidence-based traditional medicine for transforming global health. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*, 29(9), 527–530.
- Pour, H., Subramani, K., Stevens, R., & Sinha, P. (2022). An overview of orthodontic malpractice liability based on a survey and case assessment review. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 14(9), e694.
- The Times of India. (2025). HC quashes criminal cases against Ayurvedic doctors. https://timesofindia.indiatimes.com/city/hyderabad/hc-quashes-criminal-cases-against-ayurvedic-doctors/articleshow/123907890.cms?utm_source=chatgpt.com. Erişim Tarihi: 27.02.2026.
- Veesar, G. Y., Akhlaq, A., Siddiqi, A. Q., & Shoro, A. G. (2025). Quackery in health is still around. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 35(1), 83–89.
- Ventola C. L. (2010). Current Issues Regarding Complementary and Alternative Medicine (CAM) in the United States: Part 3: Policies and Practices Regarding Dietary Supplements In Health Care Facilities. *P & T : A Peer-Reviewed Journal for Formulary Management*, 35(10), 570–576.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014–2023*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>. Erişim Tarihi: 27.02.2026.
- World Health Organization. [WHO]. (2025). *WHO global report on traditional, complementary and integrative medicine 2024*. <https://www.who.int/publications/b/78436>. Erişim Tarihi: 27.02.2026.

DOKUZUNCU BÖLÜM

SAĞLIK TURİZMİ BAĞLAMINDA GETAT UYGULAMALARI

Haşim ÇAPAR¹

1. GİRİŞ

Medikal turizm, rehabilitasyon ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) hizmetlerini almak amacıyla bireylerin gerek ülkeler gerek ise de kıtalar arası yapmış olduğu seyahat sektörüne sağlık turizmi denilmektedir (Tsekouropoulos vd., 2023; Zhong vd., 2021). Sağlık turizmi, küresel ölçekte artan bir ivmelenmeyle ortaya çıkan yeni bir ekonomik alandır (Okur ve Ergül, 2025). Her ne kadar sağlık turizmi yıllardan beri yapıyor olsa da Covid-19 pandemisiyle birlikte insanların, sağlık hizmeti almak için giriştikleri yeni bir fenomen haline gelmiş ve bu dönemde alternatif tedavi yöntemleriyle ön plana çıkmış ekonomik değeri yüksek bir sektördür. Covid-19'un yaratmış olduğu kaotik durumdan kurtulmak isteyenlerin farklı alternatif sağlık hizmetlerine yönelmesiyle sağlık turizmi ve GETAT uygulamalarına olan talep artmıştır (Figueiredo vd., 2024; Ling, 2022).

Sağlık turizmi, özellikle de gelişmiş ülkelere gelişmekte olan ülkelere doğru yapılan yeni bir ekonomik hareketlilik olarak kendini her geçen gün daha da geliştiren bir sektördür. Bu sektörün öncüleri arasında Asya, Avrupa ve Amerika kıtaları yer almaktadır (Ateş ve Sunar, 2024; Connell, 2006; Okur ve Ergül, 2025). Özellikle de Asya kıtasındaki Tayland, Singapur, Malezya ve Hindistan gibi ülkelerle rekabet halinde olan Türkiye sağlık turizminde önemli bir destinasyondur. Bu sebeple sağlık turizmi Türkiye'de önemli bir ihracat kalemi olarak kabul edilmektedir. Zira Türkiye'deki kamu ve özel sağlık kuruluşlarıyla bunların ortaklığıyla oluşan şehir hastanelerinin sahip olduğu modern ve teknolojik altyapı, Türkiye'yi, gelişmiş ülkelere kıyasla göreceli uygun fiyatlara sahip kılmıştır. Hem klasik turizm hem de kültürel, tarihi ve çevresel avantajları olan Türkiye, sağlık turizminde Avrupa ve Ortadoğu hastaları için tercih edilen bir destinasyon olmuştur (Ateş ve Sunar, 2024; Başçı, 2023; Gür Omay ve Cengiz, 2013).

Son yıllarda GETAT uygulamaları talebindeki artış, GETAT'ı sağlık turizminin vazgeçilmez bir parçası olarak öne çıkarmıştır. Modern tıbbi tedavi yöntemlerine dayanan medikal turizmin alternatifi ve tamamlayıcısı olarak önem kazanan GETAT, geleneksel ve doğal yöntemlere dayanan, binlerce yıllık deneyime sahip bireylerin ortaya koymuş olan tedavi yöntemlerinden oluşmaktadır (Tuna, 2021).

Son yıllarda dünyadaki gelişmelere paralel bir şekilde Türkiye'de de talep edilen GETAT, Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılındaki yönetmelik, GETAT'ın uygulamalarını ve süreçlerini resmi bir çerçeveye oturtmuştur. Bu yönetmelikle birlikte GETAT uygulamaları, sadece yetkili ve sertifikalı GETAT uzmanları tarafından uygulanabilir hale getirilmiştir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017; Şahan ve İlhan, 2019). Bu da GETAT uygulamalarını kullanmak isteyenlerin herhangi bir malpraktis veya yanlış tıbbi uygulamada resmi bir

¹ Doç. Dr., Dicle Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, hasim.capar@dicle.edu.tr, ORCID: 0000-0001-7056-7879.

garantörünün olduğunu göstermektedir. Bu durum, sektörün istenilen seviyeye ulaşmasını sağlamaktadır.

GETAT uygulamalarının sağlık turizmindeki rolü ve önemi geleneksel kadim bilgilerin teknolojiye dayalı modern tedavilerle kombine edilmesinden kaynaklanmaktadır (Ernst, 2000; Tuna, 2021). Bu yöntem Türkiye, Hindistan, Tayland ve Malezya gibi birçok ülke örnek gösterilebilir. Bu ülkeler, termal kaynakları, fitoterapileri vb. pek çok GETAT uygulamasını teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı modern hastanelerin medikal hizmetleriyle birleştirerek hasta ve hasta yakınlarına kaliteli ve bütüncül bir sağlık hizmeti sunmaktadır (Ateş ve Sunar, 2024; Hsu, 2022). Modern sağlık hizmetleriyle GETAT uygulamalarının entegrasyonu gerek kronik hastalıkların yönetilmesi gerekse de ağrı yönetimi ve stres azaltma gibi alanlarda etkili olup, hastaların tatil ve tedaviyi aynı anda deneyimlemesine olanak tanımaktadır (Mortada, 2024).

Türkiye’de bulunan Pamukkale travertenleri, Çermik kaplıcaları, İnegöl kaplıcaları vb. pek çok kaplıca ve ılıcalarıyla farklı şehirlerdeki bitki örtüsü kaynaklı fitoterapi ve Anadolu’nun nimetlerinden olan kupa terapi, hacamat ve sülük gibi tedaviler, GETAT uygulamalarının Türkiye’nin farklı bölgelerinde uygulanabildiğini ve bu durumun sağlık turizmi gelirlerine önemli katkı sağlayabileceğini vurgulamaktadır. Öyle ki Pamukkale gibi farklı bölgelerde bulunan termal rehabilitasyon merkezleri, Türkiye’nin yabancı hastalar tarafından tercih edilmesini sağlayarak cari açığın kapatılmasına ve ekonominin güçlenmesine katkı sağlamaktadır (Çimenci ve Ayyıldız, 2021).

GETAT yöntemleri arasında akupunktur, ozon terapisi, kupa terapisi, sülük tedavisi, hacamat ve fitoterapi gibi uygulamalar yer almakta olup, bu yöntemler inflamasyon temelli hastalıklarda etkili birer alternatif yöntem olarak kullanılmaktadır (Mortada, 2024; Romero-García vd., 2024). Güncel verilerle değerlendirildiğinde, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılıp yetkilendirilen yaklaşık 84 adet GETAT merkezinin ve 14 adet de GETAT eğitim merkezinin olduğu görülmektedir. Bu uygulama ve eğitim merkezlerin ise Türkiye’de GETAT uygulamalarına ilişkin sektörün potansiyelini ortaya koymaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2025).

GETAT konusunda Türkiye’nin sahip olduğu coğrafik özellikler, geçmişten gelen zengin kültürel tarihi miras onu önemli bir destinasyon haline getirmiştir. Özellikle de Osmanlı döneminden kalan geleneksel tıp uygulamalarının modern sağlık teknolojileriyle donatılmış olan hastane ve merkezlerde verilmesi Türkiye’nin, sağlık turizmi pazarında rekabet üstünlüğünü ortaya koymuştur (Biçer ve Balçık Yalçın, 2019).

Geleneksel Anadolu tıbbının yansımaları olan apiterapi, fitoterapi, hacamat ve kupa terapi gibi yöntemler Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği kalite ve akreditasyon kriterlerinin denetlendiği modern hastanelerde hijyen ve hasta güvenliği dikkate alınarak sunulmaktadır. Bu da hastaların teknolojiyle donatılmış olan modern hastanelerde arzu ettikleri GETAT uygulamalarını almasını sağlamıştır (Kaya vd., 2022; Toptan vd., 2019).

2. KÜRESEL SAĞLIK TURİZMİ PAZARINDA GETAT’IN YERİ

Küresel sağlık turizmi, medikal turizm, engelli turizm, yaşlı turizm, wellness ve rehabilitasyon amaçlı uluslararası seyahatleri kapsayan dinamik bir sektör haline gelmiştir

(Zhong vd., 2021). Sağlık turizmi, hem kendi ülkelerindeki uzun bekleme süreleri ve pahalı sağlık hizmetleri gibi itici faktörler hem de sağlık turizmi potansiyeli olan destinasyonların daha kaliteli ve hijyenik göreceli olarak uygun sağlık hizmetleri gibi çekici faktörleri sebebiyle son yıllarda hızlı bir büyüme göstermektedir (Kılavuz, 2018). Öyle ki Küresel tıbbi turizm pazarının büyüklüğü 2025 yılında 38,2 milyar ABD doları olarak değerlendirilmiş olup, 2026 yılında 46,78 milyar ABD dolarından 2034 yılına kadar 250,02 milyar ABD dolarına ulaşması ve tahmin dönemi boyunca %23,31'lik bir bileşik yıllık büyüme oranı göstermesi tahmin edilmektedir (Fortune Business Insights, 2026). Sağlık turizmi çatısının altında yer alan medikal turizme göre daha geniş yelpazede olan wellness turizmi segmenti ise çok daha büyük bir ekonomik değere sahiptir. Zira 2024 yılında 894 milyar dolar seviyelerinde olan wellness turizminin ekonomik değerinin giderek artacağı ve bu değer 2025 yılında 6,8 trilyon dolar seviyesine ulaştığı tespit edilmiştir (Global Wellness Institute, 2026). Bu veriler incelendiğinde, ekonomik değeri ve işlem hacmi gittikçe büyüyen bir ihracat kalemi olan sağlık turizmi pazarının içindeki GETAT uygulamalarına ilişkin turizmin, en hızlı büyüyen sağlık turizmi alt segmentlerinden biri olduğu görülmüştür.

Son yıllarda GETAT uygulamalarına ilişkin pazarın küresel sağlık turizmi pazarı içindeki hacim artışı, tarihten gelen geleneksel tıbbi yöntemlerin modern teknolojiyle donatılmış olan hastanelerde verilmesiyle ön plana çıkmıştır (Mortada, 2024; Romero-García vd., 2024). Bu tarihi geleneksel yöntemler Hindistan'da Ayurveda, Çin'de Geleneksel Çin Tıbbi (TCM), Tayland'da Thai masajı ve bitkisel tedaviler, Endonezya'da Jamu gibi uygulamalar, Türkiye'de kupa terapi, hacamat ve fitoterapi gibi uygulamalarla ön plana çıkmıştır. Özellikle de Asya-Pasifik bölgesindeki Ayurveda ve TCM gibi GETAT uygulamalarının sıklıkla kullanılması bu bölgenin wellness turizminin en hızlı büyüyen destinasyonu olmasını sağlamıştır (Deniz vd., 2021; Patwardhan vd., 2005). Gerek hızlı büyüyen farklı destinasyonlarda GETAT uygulamalarının yapılması, gerekse de farklı hastalıkları olan bireylerin GETAT uygulamalarına yönelmesi Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2025-2034 küresel geleneksel tıp stratejisinin amaçlarıyla örtüşmektedir. Zira DSÖ'nün bu stratejisinin amacı, GETAT uygulamalarını kanıta dayalı tıp uygulamalarıyla entegre eden teşvik mekanizmasını geliştirmek ve küresel sağlık sistemlerinde GETAT'ın rolünü artırmaktır (World Health Organization, 2025).

Türkiye, GETAT uygulamalarının sağlık turizmi içindeki konumunu güçlendiren önemli bir aktördür. Öyle ki 2025 yılında Türkiye'ye 1.398.580 sağlık turisti gelmiş ve bu ziyaretçilerden 3.022.452 milyar dolarlık bir gelir elde edilmiştir (Arlıer, 2024; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2026). Türkiye'de ozon terapi, hacamat, fitoterapi, apiterapi, termal sular vb. GETAT uygulamalarının termal wellness turizmiyle entegre edilmesiyle sunulması Avrupa, Orta Doğu ve Rusya'dan gelen turistlerin Türkiye'yi önemli bir destinasyon olarak görmesine ve tercih etmesine olanak sağlamıştır (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı, 2026). Türkiye'nin Selçuklu ve Osmanlı'dan miras aldığı geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını modern GETAT merkezlerinde sunması, ülkeyi wellness turizminde rekabetçi bir konuma yükseltmiştir (Balıkçı, 2024). Son yıllarda küresel ölçekte yaşanan kronik hastalık yüklerindeki artış, modern tıbbi ilaçların yan etki endişeleri ve bireylerin bütüncül sağlık arayışı GETAT'ın küresel pazardaki önemini arttırmıştır (Poli vd., 2025). Küresel Wellness Enstitüsünün yapmış olduğu projeksiyonlara göre 2029 yılına kadar

GETAT sektörünün 9,8 trilyon doları aşacağı öngörülmektedir (Global Wellness Institute, 2026). Bu öngörü, Türkiye’nin de GETAT uygulamalarına ilişkin kapasitesini artırarak küresel pazardan daha büyük bir pay alması için önemli fırsatlar sunmaktadır.

2.1. Medikal Turizmden “Wellness” Turizmine Geçiş

Sağlık turizmi hareketliliği, geleneksel tıbbi turizminden wellness odaklı bir turizm hareketliliğine doğru evrilerek, bireylerin yalnızca tedavi amacıyla değil, ruhsal ve fiziksel yenilenme için seyahat ettiği bir alan haline gelmiştir. Medikal turizm, cerrahi müdahaleler, dış tedavileri ve kronik hastalık yönetimi gibi tıbbi hizmetlere odaklanırken, wellness turizmi “iyi hissetmek”, “arınmak” ve “gençleşmek” gibi bütüncül deneyimleri ön plana çıkarmaktadır (Panchal, 2012; Tiwari vd., 2026). Medikal turizm hareketliliğinden wellness hareketliliğine ilişkin geçiş, özellikle pandemi sonrası dönemde hız kazanmış olup, küresel sağlık turizmi pazarında wellness segmentinin payını arttırmıştır. Dünya genelinde wellness turizmi, medikal turizme göre daha yüksek bir ekonomik değere ulaşmışken, tıbbi turizmin daha sınırlı bir büyüme göstermesi wellness mobilitesine çok daha geniş bir talebin olduğu sonucuna ulaşılabilir. Türkiye’de ise bu dönüşüm, termal kaynaklar, SPA merkezleri ve doğal detoks programlarıyla desteklenerek, sağlık turizminin önemli bir kısmının wellness uygulamaları tarafından oluşturulduğu bir yapıya evrilmiştir (Siner ve Torun, 2020).

Özellikle de Covid-19 pandemisi sonrasında ortaya çıkan yeni bir turist profili, modern medikal turizm hasta rolünden çıkıp bunun da ötesine geçerek, stres yönetimi, mindfulness ve anti-aging tedavileri arayan bireyleri kapsamış durumda. Bu yeni turist profili, daha çok orta ve üst gelir grubunda yer alan 35 ile 55 yaş aralığındaki bireylerden oluşmaktadır. Bu grupta daha çok iş hayatının yoğunluğundan kaçmak isteyenler, helal turizmi tercih eden aileler ve wellness odaklı hareketlilikte bulunan kadın turistler yer almaktadır (Clerici vd., 2023; Dong vd., 2025). Bu profilin farklı ülkelerden gelen turistlere göre farklı hizmetlere yöneldiği bilinmektedir. Zira bazı turistler helal sertifikalı SPA ve detoks programlarını tercih ederken, Avrupalı turistler yoga, meditasyon ve termal arınma seansları için Türkiye ve benzer destinasyonları tercih etmektedir. Sağlık turizmindeki bu değişim, turizmin “deneyim odaklı” bir strateji izlemesini sağlamış olup, turistler artık sadece ameliyat sonrası iyileşme değil, bütünsel bir “yenilenme” yolculuğu aramaktadır (Toprakkale ve Akın, 2025; Yorulmaz vd., 2025).

Yapılan araştırma bulgularına göre, wellness turistlerinin klasik medikal turistlere kıyasla daha uzun süre konakladığı ve bu sebeple yerel ekonomiye daha fazla katkı sağladığı tespit edilmiştir (Okur ve Ergül, 2025; Zhong vd., 2021). Bu da özellikle wellness kapsamında destinasyonları ziyarette bulunan bireylerin daha çok ekonomik fayda sağladığı ve dolayısıyla bu alanın da stratejik öneminin farkında olunması gerektiğini göstermektedir.

Sağlık turizminde yaşanan medikal turizmden wellness turizmine geçiş sürecinin nedenlerine bakıldığında, küresel sağlık trendlerindeki değişimin önemli rol oynadığı görülmektedir. Covid-19 pandemisi, bireylerin bağışıklıklarını güçlendirme, mental sağlık ve sürdürülebilir yaşam tarzlarına yöneltme gibi etkiler yaptığı ve bu etkiye bağlı olarak da wellness turizminde ciddi bir talep olduğu görülmüştür (Clerici vd., 2023). Türkiye de bu değişim sürecine girmiştir. Bu kapsamda Türkiye’nin, Antalya ve Pamukkale gibi bölgelerde yer alan termal oteller, ozon terapisi, hacamat ve fitoterapi gibi GETAT yöntemlerini entegre ederek “arınma” ve “gençleşme” odaklı hizmetler sunmaktadır (Balıkçı, 2024; Çimenci ve

Ayyıldız, 2021). Bu GETAT uygulamaları, turistlerin “iyi hissetme” ihtiyacını karşılayarak, destinasyonu tekrar ziyaret etme niyetini olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Medikal turizminden wellness turizmine doğru yapılan değişim sürecinde zorluklar da yok değildir. Bu zorluklar ise, sektördeki standartlaşma ve pazarlama stratejilerinde yatmaktadır. Zira medikal turizme odaklanan cerrahi kalite, GETAT uygulamalarındaki deneyim kalitesine kaymıştır. Dolayısıyla sektördeki markalaşma ve dijital pazarlama kritik hale gelmiştir (Askari vd., 2025; Ateş ve Sunar, 2024). Bu kritik durumun yönetilmesinde sağlık turizmi acenteleri, sosyal medya ve influencer iş birlikleriyle yeni profili hedeflemektedir. Ancak rekabetçi ülkelerin başında gelen Hindistan ve Tayland’ın wellness odaklı altyapıları karşısında yenilikçi yaklaşımlar konusunda bazı alanlarda gelişim ihtiyacı olduğu bildirilmektedir. Bu gerçekten yola çıkarak hem doğru konumlandırma hem de doğru ve etkili pazarlama stratejileriyle medikal turizminden GETAT uygulamalarına geçiş sürecinin sürdürülebilir turizmle entegre edilmesi, Türkiye’nin küresel aktörler karşısındaki konumunu güçlendireceği düşünülmektedir (Çapar ve Arslanoğlu, 2025).

2.2. Rakip Ülke Analizi: Hindistan (Ayurveda/Yoga), Tayland (Masaj/SPA), Almanya (Kneipp/Termal) ve İsviçre (Anti-aging)

Sağlık turizmi sektöründe yapılacak olan rekabetçi analizler, farklı ülkelerin geleneksel ve modern tedavi modellerinin incelenmesini sağlayacaktır. Bu da Türkiye’nin GETAT odaklı stratejilerini güçlendirmek için kritik öneme sahiptir. Bu kapsamda bu alt bölümde, Hindistan’ın Ayurveda ve Yoga modeli, Tayland’ın masaj ve SPA odaklı yaklaşımı, Almanya’nın Kneipp ve termal tedavileri ile İsviçre’nin anti-aging programları gibi GETAT uygulamaları incelenecektir. Bu ülke modellerinin incelenmesiyle, kültürel miras, altyapı yatırımları ve pazarlama stratejileri açısından çıkarımlar yapılarak, Türkiye’nin rekabet üstünlüğüne yönelik yeni stratejilerin belirlenmesi sağlanacaktır.

Hindistan, wellness turizminde “AYUSH” olarak kısaltılabilen Ayurveda, Yoga, Unani, Siddha ve Homeopati gibi GETAT uygulamalarını entegre ederek, küresel bir lider konumdadır (Saxena, 2009). Hindistan’ın sağlıklı yaşam turizmi pazarı 2024 yılında 32,8 milyar dolara ulaştığı ve pazarın istikrarlı bir şekilde büyüyeceği, 2033 yılına gelindiğinde ise pazarın 57,2 milyar dolara ulaşacağı öngörülmektedir (Professional Beauty India, 2026). Ayurveda, bitkisel tedaviler, detoks ve panchakarma gibi yöntemlerle kronik hastalıkları ve stres yönetimini hedeflerken, Yoga ise mindfulness ve fiziksel yenilenmeyi sağlayarak bireylerin sağlıklı olmasını hedeflemektedir (Conboy vd., 2009). Her ne kadar Hindistan sektörde avantajlı olsa da altyapı yetersizlikleri ve hijyen standartlarındaki eksiklikler sektörün önünde büyük bir zorluk olarak durmaktadır.

Tayland, geleneksel Thai masajı ve SPA hizmetlerini temel alan bir modelle, Asya-Pasifik bölgesinde wellness turizminin öncüsü haline gelmiştir. 2025 yılında Tayland sağlık turizmi sektöründen yaklaşık 20 milyar dolar gelir elde etmiş olup, SPA ve masaj odaklı hizmetlerin bu gelirdeki oranı yaklaşık %30-40’tır. Thai masajı, akupunktur benzeri basınç teknikleriyle dolaşımı iyileştirirken, SPA programları aromaterapi, detoks ve yoga entegrasyonunu içermektedir. Bu yaklaşım hem kısa süreli rahatlama hem de uzun vadeli wellness paketlerinin sunulmasını sağlamaktadır (Global Wellness Institute, 2026; Janchai vd., 2023). Wellness turizm alanında Tayland’ın sahip olduğu avantaj, görece uygun fiyatlı

hizmetlerin sunulması ve kültürel otantiklik olsa da, fiyat rekabeti ve mevsimsellik zorlukları da yok değildir.

Almanya, Kneipp tedavisi ve termal kaynakları merkezine alan bir modelle, Avrupa sağlık turizminde önemli bir destinasyondur. Sebastian Kneipp'in 19. yüzyılda geliştirdiği hidroterapi odaklı yaklaşım, soğuk su immersiyonu, bitkisel tedaviler ve egzersizi birleştirerek bağışıklık sistemini güçlendirmektedir. Almanya'da 60'tan fazla akredite edilmiş Kneipp SPA ve sağlık merkezi bulunmaktadır. Almanya'daki Bad Wörishofen gibi merkezler, termal sularla entegre Kneipp kürlerini sunmaktadır. Bu model, kamu sağlık sigortası tarafından kısmen karşılanmaktadır. Almanya'nın sağlık turizmi, doğal kaynaklara dayalı rehabilitasyon ve önleyici tedavilere odaklanmaktadır. Bu kapsamda Kneipp sağlık tatilleri, kardiyovasküler rahatsızlıklar için hizmet veren etkili merkezlerdir (Pforr, 2014).

İsviçre, anti-aging ve rejeneratif tıp modelleriyle, lüks sağlık turizminde öne çıkan önemli bir destinasyondur. İsviçre'nin pazar büyüklüğü 2024'te 31,5 milyar dolar iken bu oranın 2034'e kadar %13'lük bir büyümeyle 148,62 milyar dolara ulaşması beklenmektedir. Anti-aging tedavileri, kök hücre terapileri ve estetik prosedürler bu büyümenin %25'ini oluşturmaktadır (Nova One Advisor, 2025). İsviçre'de bulunan Clinique La Prairie gibi merkezler, hücresel terapi ve kişiselleştirilmiş uzun ömür programları sunmaktadır. Bu merkez İsviçre'nin tarihi termal sularını, modern anti-aging ile entegre ederek, yüksek gelirli hastaları çekmektedir. İsviçre'deki gizlilik, yüksek teknoloji ve bütüncül yaklaşım avantajlarının yanında ortaya çıkan yüksek maliyetler bazı bireylerin erişilebilirliğini sınırlandırmaktadır (Thomsen, 2025).

Farklı ülkelerde uygulanan GETAT uygulamalarının karşılaştırılması, Türkiye'nin GETAT entegrasyonunu güçlendirmek için fırsatlar sunmaktadır. Hindistan ve Tayland'ın kültürel otantikliği, Almanya'nın kanıta dayalı hidroterapi ve İsviçre'nin lüks anti-aging uygulamaları, Türkiye'nin termal ve geleneksel yöntemlerine ilham kaynağı olabilir. Sonuç olarak Türkiye, uygun maliyet ve coğrafi avantajlarıyla Tayland, Hindistan ve diğer destinasyonlarla rekabet edebilir, ancak bunun için standartlaşma ve pazarlama yatırımlarının yapılması gerekmektedir.

2.3. Pazar Büyüklüğü ve Trendler: Küresel Wellness Enstitüsü (GWI)

Küresel wellness ekonomisi, sağlık turizminin temelini oluşturan dinamik bir sektör olarak, 2024 yılında 6,8 trilyon dolarlık bir hacme ulaşmış olup bu hacim, 2013 yılından bu yana iki katına çıkmıştır. Bu ekonomik değer, 2023-2024 döneminde %7,9 oranında büyüyerek pandemi sonrası toparlanmayı tamamlamış ve 2019 seviyelerinin ötesine çıkmıştır. 2019-2024 yılları arasında ortalama yıllık büyüme oranı %6,2 olarak gerçekleşirken, gelecek projeksiyonlar 2024-2029 döneminde %7,6'lık bir oranla sektörün 9,8 trilyon dolara ulaşacağı öngörülmektedir. Bu oran, küresel Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) büyüme tahmini olan %4,5'in oldukça üzerindedir. Wellness ekonomisi, farklı alt sektörleri kapsayan ve en hızlı büyüyen alanların başında gelmektedir. Bu alandaki en önemli alt sektörün ise mental wellness olduğu bilinmektedir. Öyle ki bu alt sektör %12,4'lük bir oranla ön plana çıkmaktadır. Sektördeki büyüme trendi, yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların artışı ve önleyici sağlık yaklaşımlarına olan talep gibi faktörlerden beslenmektedir (Global Wellness Institute, 2026).

Wellness turizmi, sağlık turizmi ekonomisinin %13,2'sini temsil ederek 2024'te 893,9 milyar dolarlık bir pazar büyüklüğüne ulaşmıştır. Sektör, 2019-2024 döneminde yıllık %6,4'lük bir oranla büyüme göstermiş olup, 1,239 milyar seyahati kapsamaktadır. Bu seyahatlerin %87'si yurtiçi odaklı diğerleri ise yurt dışı odaklıdır. Küresel wellness turistleri ortalama sağlık turistlerine kıyasla %38 daha fazla harcama yaparken, yurtiçi turistlere göre ise %137 daha fazla harcama yapmaktadır. Bölgesel olarak, 346,9 milyar dolarlık bir ekonomik hacimle Kuzey Amerika ve 258,2 milyar dolarla Avrupa sektörün lider konumundayken, Asya-Pasifik bölgesi %31,2'lik bir büyümeyle en hızlı toparlanmayı gösteren ve 2019 seviyelerinin %215'ine ulaşmış bir destinasyondur. Gelecekte, wellness turizmi ekonomik değerinin %9,1'lik bir artış oranıyla 2029'da 1,383 trilyon dolara ulaşması beklenmekte olup, bu büyümenin geleneksel ve tamamlayıcı tıp entegrasyonu ile desteklenecektir. GETAT sektörü ise 2024'te 605,6 milyar dolara ulaşmış, %4,6'lık bir büyüme trendiyle 2029'da 1 trilyon doları aşacağı tahmin edilmektedir. Bu, büyüme trendinde en çok paya sahip sağlık hizmetlerinin başında detoks ve mindful yaklaşımları olduğu ifade edilmektedir (Global Wellness Institute, 2026).

Geleceğin trendleri arasında yer alan detoks kampları ve mindful seyahatlerin, wellness turizminin dönüşümünde merkezi rol oynayacağı öngörülmektedir. Detoks kampları, “softcare” yaklaşımının bir parçası olarak doğal, otantik ve dijital detoks odaklı deneyimleri içermekte olup farm-wellness turizmi, spiritüel yolculuklar ve alkolsüz retreats gibi modeller, kronik rahatsızlık yönetimi ve bağışıklık güçlendirme talebini karşılamaktadır (Global Wellness Institute, 2026). Bu trend, pandemi sonrası önleyici sağlık arayışıyla hız kazanmış olup, termal sular, bitkisel tedaviler ve kültürel deneyimleri entegre etmektedir. Mindful seyahatler ise mental wellness entegrasyonu ile öne çıkmakta olup, meditasyon retreats, uyku odaklı programlar ve mindfulness uygulamalarının 2024 verilerine göre 7,1 milyar dolarlık ve yıllık %18,9'luk bir büyüme trendiyle stres azaltma ve farkındalık odaklı yolculukları teşvik etmektedir (Global Wellness Institute, 2026). Bu seyahatler, sosyal bağlantı, doğa temelli deneyimler ve iklim dayanıklılığını vurgulamakta olup, menopoz retreats veya erkekler için yönelik GETAT uygulamalarına ilişkin programlar gibi uzmanlaşmış modeller, tüketicilerin bütüncül yenilenme ihtiyacını karşılamaktadır. Ayrıca, “hardcare” trendi ile tıbbi-wellness klinikleri ve uzun ömür programları (örneğin, genomik testler ve fonksiyonel tıp), detoks ve mindful unsurları modern teknolojiyle birleştirmektedir. Bu entegrasyon, geleneksel yöntemlerin (kupa terapi, hacamat, fitoterapi vb.) sağlık turizmindeki yaygınlaşmasını hızlandırmakta ve Türkiye gibi ülkelerin termal kaynaklarını rekabet avantajı haline getirmektedir (Global Wellness Institute, 2026).

2.4. Türkiye'nin Rekabet Avantajları: Coğrafi Konum, Fiyat Avantajı, JCI Akredite Hastane Sayısı ve Kültürel Zenginlikler

Türkiye, küresel sağlık turizmi pazarında hızla yükselen bir destinasyon olarak, benzersiz rekabet avantajlarıyla ön plana çıkmaktadır. Öyle ki 2025 yılı itibariyle, ülke yaklaşık 1,5 milyon sağlık turistini ağırlayarak gelirini yaklaşık 3 milyar dolar yapmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2026). Bu büyüme ve tercih edilme coğrafi konum, maliyet etkinliği, uluslararası akreditasyonlu sağlık altyapısı ve zengin kültürel miras gibi faktörlerden beslenmektedir. Özellikle wellness turizmi alanında, Türkiye'nin geleneksel uygulamaları modern tedavilerle entegre etmesi, Avrupa, Orta Doğu ve Asya'dan gelen hastalar için çekim kuvveti yaratmaktadır. Araştırmalar, Türkiye'nin bu avantajlarını stratejik yatırımlarla

pekiştirdiğini göstermektedir. Öyle ki hükümetin uluslararası pazarlama kampanyaları ve altyapı geliştirmelerinin, ülkenin küresel rekabet gücünü artırdığını göstermektedir (Çapar ve Arslanoğlu, 2025). Bu bölümde, Türkiye'nin ana rekabet unsurları incelenecek olup, bu unsurların Türkiye'nin sağlık turizmi sektöründeki konumunu nasıl güçlendirdiği değerlendirilecektir.

Türkiye'nin sağlık turizmindeki en belirgin avantajlarından birisi de kuşkusuz coğrafi konumudur. Avrupa, Asya ve Orta Doğu kıtalarının kesişim noktasında yer alan Türkiye, kısa uçuş süreleri ve erişilebilirlik sayesinde uluslararası hastalar için ideal bir destinasyon haline gelmiştir. Örneğin, Avrupa'dan gelen hastalar için ortalama 2-4 saatlik uçuş mesafesi, tedavi sonrası iyileşme sürecini tatille birleştirmeyi kolaylaştırmaktadır. Bu da Orta Doğu ve Rusya pazarlarından gelen turistlerin tercihini Türkiye'den yana kullanmalarını sağlamaktadır. İstanbul, Ankara, İzmir ve Antalya gibi şehirler, havaalanı altyapısı ve lojistik avantajlarıyla desteklenerek, yıllık milyonlarca ziyaretçiyi ağırlamakta olup, bu avantaj, Türkiye'yi Hindistan veya Tayland gibi uzak destinasyonlara kıyasla daha cazip kılmaktadır. Ayrıca, coğrafi çeşitlilik, termal kaynaklar, deniz kıyıları ve dağlık bölgeler, wellness programlarını zenginleştirmekte, hastaların “tedavi” ve “tatil” modelini tercih etmesini sağlamaktadır (Turkish Medical Centers, 2025).

Fiyat avantajı, Türkiye'yi küresel sağlık turizmi pazarında rekabetçi bir destinasyon haline getiren bir diğer kritik faktördür. Türkiye'deki tedaviler, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa ülkelerine kıyasla %50 ile %70 oranında göreceli olarak daha düşük maliyetli olup, hastalara sağlanan bu tasarruf onların tercihinde belirleyici bir rol oynamaktadır. ABD'de 100.000 dolara mal olan bir kalp bypass ameliyatı, Türkiye'de yaklaşık 15.000 dolara gerçekleştirilebilmektedir. Benzer şekilde, kozmetik cerrahi işlemlerinde (örneğin, rinoplasti) maliyetler ABD'nin %60'ı seviyesinde kalmaktadır (Sag vd., 2025). Bu fiyatlandırma, yüksek kaliteli hizmetlerle birleşince, orta gelir grubundaki hastalar için erişilebilirlik bir yol sağlamaktadır. Pandemi sonrası dönemde, Avrupa'daki uzun bekleme süreleri ve yüksek maliyetler nedeniyle Türkiye tercih edilebilirliğini arttırmıştır. Yapılan araştırmalara göre, uluslararası hastalar Türkiye'de tasarruf ettikleri miktarı konaklama ve turistik aktivitelerde harcayarak yerel ekonomiye katkı sağlamakta, bu da sektörün sürdürülebilir büyümesini desteklemektedir (Elliot, 2025). Soraca Medical Pakistan'ın yapmış olduğu kıyaslamaya göre Türkiye'nin batı ülkelerine kıyasla en uygun fiyatlı destinasyonlardan biri olduğu ve bu avantajın hükümet teşvikleri ve düşük operasyonel maliyetlerle sağlandığı vurgulanmaktadır (Soraca Medical, 2024).

Joint Commission International (JCI) akredite hastane sayısı, Türkiye'nin sağlık hizmetlerindeki kalite güvencesini gösteren önemli bir kriterdir. 2026 itibarıyla, Türkiye'de yaklaşık 43 JCI tarafından akredite edilmiş sağlık kuruluşu bulunmakta olup, bu sayı küresel sıralamada Türkiye'yi üst sıralara taşımaktadır (Joint Commission International, 2026). JCI akreditasyonu, hasta güvenliği, enfeksiyon kontrolü ve tedavi standartlarını uluslararası düzeyde garanti ettiğinden hastaların destinasyon tercihinde önemli bir faktör olarak bilinmektedir. Özellikle sağlık turizminin yoğunlukla yapıldığı İstanbul, Ankara ve Antalya gibi şehirlerde yoğunlaşan bu hastaneler hem özel hem de kamu sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır (Turkish Medical Centers, 2025). Bu akredite edilmiş olan sağlık kuruluşları hastaların güvenini artırarak, özellikle Avrupa ve ABD'den gelen sağlık turistlerini etkilemektedir.

Kültürel zenginliklerden özellikle de hamam kültürü, Türkiye'nin wellness turizmindeki farkını ortaya koymaktadır. Osmanlı İmparatorluğu'ndan miras kalan Türk hamamı, vücut temizliği, rahatlama ve sosyal etkileşimi birleştiren bir gelenek olup, modern SPA ve wellness programlarına entegre edilerek yeni bir bakış açısı sağlamaktadır (GETA Mühendislik ve Havuzculuk, 2025). Türk hamamı, buhar banyosu, kese ve masaj gibi hizmetleriyle detoks ve stres azaltma için ideal olup, turistler için "arınma" deneyimi sunmaktadır. Bu kültür, termal turizmle bölgelerindeki hizmetlerle birleşince, Pamukkale ve Afyon gibi bölgelerde bütüncül paketler oluşturma imkânı sağlamaktadır. Condé Nast Traveler'a göre, hamam hala Türk kültürünün ayrılmaz parçası olup, uluslararası ziyaretçilere otantik bir rahatlama sağlamaktadır. Türk hamamı kolektif wellness kültürünün bir parçası olarak, Rusya'daki banya veya İzlanda'daki sıcak kaynaklara benzer bir rol oynamakta, bu da Türkiye'nin kültürel zenginlik açısından üstün kılınmasını sağlamaktadır. Ayrıca, fitoterapi ve apiterapi gibi geleneksel yöntemler, kültürel mirası modern GETAT ile harmanlayarak, hastaların bütüncül bir yaklaşımla iyileşmesini desteklemektedir (Ergen, 2025). Sonuç olarak, Türkiye'nin coğrafi konum, fiyat avantajı, JCI tarafından akredite olmuş sağlık kuruluşları ve kültürel zenginliği, sağlık turizmi sektöründe sürdürülebilir bir rekabet üstünlüğü sağlamaktadır. Bu unsurların ülkenin pazar payını artırarak, ekonomik kalkınmaya katkı sunacağı düşünülmektedir. Ancak gelecek stratejilerde, bu avantajların dijital pazarlama ve sürdürülebilirlik ile entegrasyonu kritik olacaktır.

3. TÜRKİYE'NİN "WELLNESS" VE TERMAL TURİZM POTANSİYELİ

3.1. Termal Sağlık Turizmi ve GETAT Entegrasyonu: Kaplıca tedavilerinin (Balneoterapi) fizik tedavi ve GETAT (çamur, masaj, kupa) ile birleştirilmesi

Termal sağlık turizmi, doğal mineralli suların terapötik amaçlı kullanımı (balneoterapi) ile destekleyici ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının bütüncül bir çerçevede sunulmasını içeren multidisipliner bir hizmet alanıdır. Balneoterapi, romatizmal hastalıklar, osteoartrit, kronik bel-boyun ağrıları ve bazı dermatolojik hastalıklarda semptom kontrolüne katkı sağlayan, fizyoterapi ile birlikte uygulandığında fonksiyonel kapasiteyi artırabilen bir yöntem olarak tanımlanmaktadır (Gutenbrunner vd., 2010). Türkiye, zengin jeotermal kaynakları ve köklü kaplıca kültürü ile bu alanda Avrupa'nın önde gelen ülkeleri arasında yer almakta olup, termal tesislerin klinik rehabilitasyon programlarıyla entegrasyonu stratejik önem taşımaktadır.

GETAT uygulamaları, özellikle çamur terapisi (peloidoterapi), masaj uygulamaları ve kupa terapisi, balneoterapi ile birlikte uygulandığında ağrı kontrolü, dolaşımın düzenlenmesi ve kas-iskelet sistemi fonksiyonlarının iyileştirilmesine katkı sunabilmektedir (Nasermoaddeli ve Kagamimori, 2005). Çamur uygulamaları, içerdiği mineral ve organik bileşenler sayesinde anti inflamatuvar etki gösterebilmektedir. Yapılan masaj ve manuel terapiler ise propriosepsiyon ve kas gevşemesi üzerinde olumlu sonuçlar doğurabilmektedir. Bu bütünlük yaklaşım, biyo-psikososyal model çerçevesinde hastanın yalnızca fiziksel değil, psikolojik ve sosyal iyilik hâlinin de hedeflendiğini göstermektedir (World Health Organization, 2025).

Termal sağlık turizminin sürdürülebilirliği açısından klinik protokollerin standardizasyonu ve akreditasyon süreçlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Zira GETAT uygulamalarının bilimsel kanıt temelli rehberlerle entegre edilmesi, uluslararası hasta güvenliği standartlarının sağlanması ve multidisipliner ekip çalışmasının geliştirilmesi, Türkiye'nin

rekabet avantajını artıracaktır. Bu çerçevede, termal tesislerin yalnızca konaklama ve banyo hizmeti sunan yapılar olmaktan çıkarılıp, fizyoterapist, hekim ve GETAT uygulayıcılarının koordinasyon içinde çalıştığı rehabilitasyon merkezlerine dönüştürülmesi önem arz etmektedir.

3.2. “Anadolu Tıbbı” Markası: Türkiye’ye Özgü Endemik Bitkiler, Türk Hamamı Ritüelleri ve Geleneksel Şifacılık Öğelerinin Turistik Ürün Haline Getirilmesi

“Anadolu Tıbbı” kavramı, Anadolu coğrafyasının binlerce yıllık tıbbi birikimini çağdaş sağlık turizmi perspektifiyle yeniden yorumlamayı amaçlayan bütüncül bir marka yaklaşımıdır. Türkiye, endemik bitki çeşitliliği açısından Avrupa ve Orta Doğu’nun en zengin florasına sahip ülkelerden biri olup, 3.000’den fazla endemik bitki türü barındırmaktadır (Davis vd., 1965). Bu biyolojik çeşitlilik, fitoterapi ve aromaterapi uygulamaları açısından önemli bir potansiyel sunmaktadır. Bilimsel temelli bitkisel ürünlerin kontrollü ve standardize edilmiş biçimde sunulması hem güvenlik hem de marka güvenilirliği açısından kritik önem taşımaktadır.

Türk Hamamı ritüelleri, Osmanlı döneminden günümüze uzanan bir temizlik ve arınma pratiği olarak yalnızca hijyenik değil, sosyal ve kültürel bir deneyim sunmaktadır. Hamam kültürü, ısı terapisi, kese uygulaması ve köpük masajı gibi uygulamalarla dolaşım sistemini destekleyici ve gevşetici etkilere sahiptir. Bu ritüellerin modern SPA ve wellness konseptiyle entegre edilmesi, kültürel mirasın sağlık turizmi ürünü olarak yeniden konumlandırılmasına olanak tanımaktadır (Smith ve Puczko, 2009).

Geleneksel şifacılık öğelerinin turistik ürüne dönüştürülmesinde etik ve bilimsel sınırlar gözetilmelidir. Kültürel mirasın ticarileştirilmesi sürecinde, uygulamaların kanıta dayalı tıp ilkeleriyle çelişmemesi ve sağlık beyanlarının bilimsel verilerle desteklenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda “Anadolu Tıbbı” markası hem kültürel özgünlük hem de bilimsel güvenilirlik ilkelerini bir arada barındıran hibrit bir model olarak yapılandırılmalıdır.

3.3. Destinasyon Yönetimi (Afyon, Bursa, Pamukkale): Termal Şehirlerin Sadece Banyo Değil, Kür Merkezi Olarak Markalaşması

Termal şehirlerin sürdürülebilir bir sağlık turizmi destinasyonu olarak konumlandırılması, yalnızca doğal kaynak varlığına değil, etkin destinasyon yönetimine bağlıdır. Afyonkarahisar, Bursa ve Pamukkale gibi şehirler zengin termal kaynakları, konaklama altyapısı ve ulaşım erişilebilirliği ile öne çıkan merkezlerdir. Ancak bu şehirlerin uluslararası rekabet gücü, entegre kür merkezi kimliği kazanmalarına bağlıdır. Kür merkezi kavramı, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve izlem süreçlerinin belirli bir program dahilinde sunulduğu yapılandırılmış bir sağlık hizmet modelini ifade etmektedir (Smith ve Puczko, 2009).

Destinasyon yönetimi kapsamında, yerel yönetimler, üniversiteler ve özel sektör arasında iş birliği mekanizmalarının geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık kümelenmesi yaklaşımı, termal tesisler ile hastaneler, rehabilitasyon merkezleri ve turizm işletmeleri arasında sinerji oluşturulmasını sağlamaktadır. Bu model, hasta yolculuğunu bütüncül biçimde planlayarak hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmaktadır (Çapar ve İnan, 2024).

Ayrıca dijital pazarlama, uluslararası akreditasyon ve sürdürülebilirlik politikaları, destinasyonun marka değerini yükselten temel unsurlardır. Karbon ayak izinin azaltılması, su kaynaklarının korunması ve çevresel sürdürülebilirlik uygulamaları, özellikle Avrupa pazarında tercih edilirliliği artırmaktadır. Bu doğrultuda, termal şehirlerin yalnızca “banyo yapılan yerler”

olarak değil, tıbbi kür ve rehabilitasyon merkezleri olarak yeniden konumlandırılması stratejik bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Yapılan bir çalışmada sağlık turizmi destinasyonlarının tercih edilmesinde sürdürülebilir uygulamaların önemli olduğu tespit edilmiştir (Çapar ve Arslanoğlu, 2025).

3.4. Yaşlı Bakım Turizmi ve Geriatrik GETAT: Avrupa'nın Yaşlanan Nüfusu İçin Türkiye'de Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Köyleri Projesi

Avrupa'da 65 yaş ve üzeri nüfus oranının hızla artması, uzun süreli bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine olan talebi artırmaktadır. Türkiye, iklim avantajı, maliyet etkin sağlık hizmetleri ve kültürel yakınlığı nedeniyle yaşlı bakım turizmi açısından önemli bir potansiyele sahiptir. Bu bağlamda önerilen “rehabilitasyon köyleri” modeli, yaşlı bireylerin uzun süreli konaklayabileceği, medikal ve sosyal bakım hizmetlerinin entegre edildiği yaşam alanlarını ifade etmektedir.

Geriatrik GETAT uygulamaları, yaşlı bireylerde kronik ağrı yönetimi, uyku kalitesinin artırılması ve yaşam kalitesinin desteklenmesi açısından tamamlayıcı rol oynayabilmektedir. Özellikle hafif egzersiz programlarıyla desteklenen balneoterapi, masaj ve aromaterapi uygulamaları, farmakolojik tedavilerin yan etkilerini azaltıcı destek sunabilmektedir. Ancak yaşlı popülasyonda uygulamaların bireyselleştirilmesi ve multidisipliner değerlendirme süreçlerinin yürütülmesi kritik önemdedir.

Uzun süreli bakım turizminin etik, hukuki ve sigorta boyutları da dikkate alınmalıdır. Uluslararası hasta hakları, bakım standartları ve kalite göstergelerinin belirlenmesi, bu modelin sürdürülebilirliğini sağlayacaktır. Türkiye'nin sağlık altyapısı ile kültürel misafirperverlik geleneği bir araya getirildiğinde, geriatrik odaklı entegre termal ve GETAT hizmetleri Avrupa pazarı için stratejik bir konumlandırma fırsatı sunmaktadır.

4. SAĞLIK TURİZMİ TEŞVİKLERİ VE MARKALAŞMA (TURQUALITY VB.)

4.1. Ticaret Bakanlığı Teşvikleri: Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticareti Kapsamı

Sağlık turizmi, Türkiye'nin hizmet ihracatı stratejisinde öncelikli alanlardan biri olarak konumlandırılmakta ve “Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticareti” kapsamında çeşitli kamu destek mekanizmalarıyla teşvik edilmektedir. Ticaret Bakanlığı tarafından yürütülen destek programları, yurt dışı tanıtım faaliyetleri, dijital reklam harcamaları, yurt dışı birim (ofis) kira giderleri, tercümanlık hizmetleri ve hasta ulaşım giderleri gibi kalemleri kapsayarak sağlık kuruluşlarının uluslararası pazarlarda rekabet gücünü artırmayı hedeflemektedir (Ticaret Bakanlığı, 2025). Bu teşvikler, özellikle küçük ve orta ölçekli sağlık kuruluşlarının küresel pazara erişimini kolaylaştıran bir finansal kaldıraç işlevi görmektedir.

Reklam ve tanıtım destekleri, dijitalleşmenin hız kazandığı sağlık turizmi pazarında görünürlük açısından kritik önemdedir. Uluslararası hasta karar süreçlerinde çevrimiçi değerlendirmeler, kurumsal web siteleri ve sosyal medya kampanyaları belirleyici rol oynamaktadır (Connell, 2006). Bu nedenle devlet destekli tanıtım faaliyetleri, sadece maliyet avantajı sağlamakla kalmayıp, Türkiye'nin ülke imajını da güçlendiren bütüncül bir iletişim stratejisinin parçası olarak değerlendirilmelidir.

Hasta uçak bileti ve tercümanlık destekleri ise hasta deneyimini doğrudan etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır. Sağlık hizmeti ihracatında güven, iletişim ve erişilebilirlik temel belirleyicilerdir. Dil bariyerlerinin azaltılması ve ulaşım maliyetlerinin düşürülmesi, hasta memnuniyetini ve tekrar tercih oranlarını artırabilmektedir. Bu yönüyle teşvik mekanizması, yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda hizmet kalitesini artırıcı bir politika aracı olarak işlev görmektedir.

4.2. Turquality ve Markalaşma Desteği

Turquality Programı, Türkiye'nin küresel ölçekte marka oluşturma stratejisinin en kapsamlı destek modellerinden biridir. Sağlık sektörü açısından Turquality, kurumsallaşma, stratejik planlama, marka yönetimi ve yurt dışı yapılanma süreçlerinde firmalara uzun vadeli ve performans odaklı destek sağlamaktadır. Program kapsamında yurt dışında ofis açma, marka tescili, danışmanlık hizmetleri ve pazarlama faaliyetleri desteklenmektedir. Bu sayede Türk sağlık kurum ve kuruluşlarının uluslararası pazarda sürdürülebilir marka kimliği oluşturmaya amaçlanmaktadır (Ünal vd., 2020).

Sağlık turizmi bağlamında markalaşma, yalnızca klinik kalite ile değil, hasta deneyimi, kültürel uyum ve güven unsurlarıyla birlikte ele alınmalıdır. Güçlü bir marka, kalite standartları, uluslararası akreditasyonlar ve şeffaf iletişim stratejileri ile desteklenmelidir (Kotler vd., 2008). Turquality desteği, bu unsurların kurumsal stratejiye entegre edilmesini teşvik ederek sağlık kuruluşlarının küresel rekabet gücünü artırmaktadır. Ayrıca programın performans izleme ve raporlama sistemi, firmaların kurumsal kapasite gelişimini sistematik biçimde değerlendirmektedir. Bu durum, sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren kuruluşların kısa vadeli hasta kazanımından ziyade uzun vadeli marka değeri yaratmaya odaklanmasını sağlamaktadır. Böylece Türkiye, maliyet avantajı üzerinden rekabet eden bir destinasyon olmaktan çıkarak, marka değeri yüksek sağlık hizmetleri sunan bir ülke konumuna ilerlemektedir.

4.3. “Heal in Türkiye” Portalı ve GETAT Hizmetlerinin Görünürlüğü

Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda yürütülen “Heal in Türkiye” portalı, Türkiye'nin sağlık turizmi alanındaki dijital vitrinini oluşturmaktadır. Platform, uluslararası hastalara yönelik çok dilli içerik sunarak sağlık kuruluşlarını, tedavi alanlarını ve başvuru süreçlerini merkezi bir sistemde toplamaktadır. Dijital sağlık turizmi platformları, hasta karar sürecinde bilgiye erişim kolaylığı sağlayarak güven inşa eden araçlar olarak değerlendirilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Ticaret Bakanlığı, 2026). GETAT hizmetlerinin bu platformda görünürlük kazanması, Türkiye'nin farklılaşma stratejisi açısından önem taşımaktadır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, küresel ölçekte artan wellness ve bütüncül sağlık eğilimleriyle uyumlu bir talep alanı oluşturmaktadır (World Health Organization, 2025). Bu nedenle balneoterapi, kupa terapisi, fitoterapi ve benzeri uygulamaların bilimsel çerçevede tanıtılması, Türkiye'nin termal ve kültürel sağlık mirasını uluslararası pazara entegre etmesine katkı sunacaktır.

Portalın etkinliği, içerik doğruluğu, uluslararası akreditasyon bilgileri ve hasta geri bildirim mekanizmalarıyla doğrudan ilişkilidir. GETAT uygulamalarının kanıta dayalı açıklamalarla sunulması, yanlış yönlendirmelerin önlenmesi ve hasta güvenliğinin korunması

açısından gereklidir. Bu bağlamda “Heal in Türkiye”, yalnızca bir tanıtım aracı değil, aynı zamanda ulusal sağlık turizmi stratejisinin dijital altyapısı olarak değerlendirilebilir (Türkiye Cumhuriyeti Ticaret Bakanlığı, 2026).

4.4. Hizmet İhracatçıları Birliği (HİB)’nin Stratejik Rolü

Hizmet İhracatçıları Birliği (HİB), Türkiye’nin hizmet sektörlerinde ihracat kapasitesini artırmaya yönelik sektörel koordinasyon ve temsil görevini üstlenmektedir. Sağlık turizmi alanında HİB, veri toplama, sektörel analiz yapma, uluslararası fuar organizasyonları ve ticaret heyetleri aracılığıyla firmaların küresel pazara erişimini desteklemektedir. Bu tür örgütlenme modelleri, sektör içi bilgi paylaşımını ve kolektif rekabet avantajını güçlendirmektedir. HİB’in stratejik yönlendirmeleri, kamu politikaları ile özel sektör uygulamaları arasında bir köprü işlevi görmektedir. Özellikle ihracat hedeflerinin belirlenmesi, performans göstergelerinin izlenmesi ve sektörel sorunların kamu otoritelerine iletilmesi süreçlerinde aktif rol oynamaktadır. Bu kurumsal yapı, sağlık turizmi ve GETAT hizmetlerinin standartlaşması ve uluslararası tanınırlığının artırılması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca HİB’in eğitim, kapasite geliştirme ve uluslararası ağ kurma faaliyetleri, sektörün profesyonelleşmesine katkı sunmaktadır. Sağlık turizmi gibi çok paydaşlı bir alanda sürdürülebilir başarı, yalnızca bireysel girişimlerle değil, kurumsal koordinasyon ve stratejik planlama ile mümkün olmaktadır. Bu çerçevede HİB, Türkiye’nin hizmet ihracatı vizyonunda sağlık sektörünü küresel ölçekte konumlandıran temel aktörlerden biri olarak değerlendirilebilir (Hizmet İhracatçıları Birliği, 2026).

5. SONUÇ

Küresel sağlık ekosisteminin geçirdiği dönüşüm, tıbbın yalnızca hastalıkları tedavi eden reaktif bir yapıdan, bireyin fiziksel, zihinsel ve ruhsal iyilik halini korumayı hedefleyen proaktif ve bütüncül bir modele evrildiği açıkça gözlenmektedir. Bu bağlamda, GETAT uygulamaları, modern tıbbın bir alternatifi değil, onun tamamlayıcısı ve güçlendiricisi olarak sağlık turizminin en stratejik bileşenlerinden biri haline gelmiştir. Bölüm boyunca irdelenen veriler ve eğilimler ışığında, GETAT’ın sadece niş bir pazar olmaktan çıkıp, ülkelerin sağlık turizmi gelirlerini artırmada ve marka değerini yükseltmede kaldıraç etkisi yaratan bir “yumuşak güç” unsuru olduğu belirtilmeye çalışılmıştır.

Türkiye özelinde yapılan analizler, ülkenin sahip olduğu jeotermal kaynak zenginliği, tarihsel tıp mirası ve gelişmiş modern sağlık altyapısının, eşsiz bir hibrit model potansiyeli taşıdığını ortaya koymaktadır. Ancak bu potansiyelin ekonomik değere dönüşmesi, salt kaynak varlığı ile değil, bu kaynakların uluslararası akreditasyon standartlarına uygun, güvenilir ve izlenebilir bir yönetim anlayışıyla sunulmasına bağlıdır. Türkiye’nin sağlık turizmindeki rekabet avantajı, fiyat odaklı bir stratejiden ziyade, Anadolu tıbbının kadim bilgeliği ile modern tıbbın teknolojik yetkinliklerinin entegre edildiği, kısaca gelen hasta ve yakınlarına bir deneyim yaratma markası yaratabilmesinde yatmaktadır.

Bu noktada, kamu ve özel sektör paydaşlarına düşen en kritik görev, GETAT uygulamalarının ticarileşme baskısı altında etik ve bilimsel zeminini kaybetmesini önlemektir. Merdiven altı uygulamaların engellenmesi, sertifikasyon süreçlerinin şeffaflaştırılması ve uluslararası sigorta sistemlerine entegrasyonun sağlanması, sektörün sürdürülebilirliği için

hayati önem taşımaktadır. Ayrıca, sağlık turistinin yalnızca tedavi arayan bir hasta değil, aynı zamanda kültürel ve deneyimsel bir tatmin arayan bir tüketici olduğu gerçeği, pazarlama stratejilerinin de destinasyon odaklı bütünleşik bir yaklaşımla kurgulanmasını zorunlu kılmaktadır.

Sonuç olarak sağlık turizminde küresel rekabetin eksenini, “kimin daha iyi ameliyat yaptığından, kimin daha iyi iyileşme deneyimi sunduğuna doğru kaymaktadır. Türkiye, bu yeni paradigmadaki, sahip olduğu kültürel ve coğrafi mirası bilimsel temelli GETAT uygulamalarıyla harmanlayarak, sadece bölgesel değil, küresel bir wellness destinasyonu olma kapasitesine sahiptir. Gelecek projeksiyonları, bu alana yapılan yatırımların sadece turizm gelirlerini değil, aynı zamanda ülkenin uluslararası sağlık diplomasisindeki konumunu da güçlendireceğini işaret etmektedir. Dolayısıyla bu destinasyonun başarısı, bu vizyonun kararlı ve koordineli politikalarla hayata geçirilmesine bağlı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Arlıer, R. (2024). *Türkiye'nin Turizm ve Sağlık Turizminde Yükselen Başarısı: 2024 Yılına Genel Bakış – En Güncel Sağlık Turizmi Haberleri* [Uluslararası Sağlık Turizmi Enstitüsü]. <https://www.uste.org.tr/turkiyenin-turizm-ve-saglik-turizminde-yukselen-basarisi-2024-yilina-genel-bakis/>
- Askari, A., Delshad, Z., Dabirifard, M., Hajiabadi, F., Poursadeghiyan, M., Moghaddam, H. R., Sahlabadi, A. S., Eshaghzadeh, M., Hosseinpour, R., & Arbabi, Y. H. (2025). Explanation of challenges to health tourism development from the perspective of managers: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 14, 283. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_26_24
- Ateş, A., & Sunar, H. (2024). Comparison of Türkiye's Medical Tourism Market with Existing and Potential Competitor Countries. *Toplum Ekonomi ve Yönetim Dergisi*, 5(2), Article 2. <https://doi.org/10.58702/teyd.1419097>
- Balıkçı, M. Z. (2024). *Sağlık Turizminde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT): Kadim Bilgilerle Modern Tedaviye Seyahat – En Güncel Sağlık Turizmi Haberleri*. <https://www.uste.org.tr/saglik-turizminde-geleneksel-ve-tamamlayici-tip-getat-kadim-bilgilerle-modern-tedaviye-seyahat/>
- Başçı, A. (2023). *Sağlık Turizminde Öncü Ülkeler* (pp. 159–173).
- Biçer, İ., & Balçık Yalçın, P. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye ve Seçilen Ülkelerinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22 (1): 245-257.
- Çapar, H., & Arslanoğlu, A. (2025). The Impact of Sustainable Development Goals as a Driving Force in the Development of Medical Tourism. *Evaluation and Program Planning*, 111, 102587. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2025.102587>
- Çapar, H., & İnan, K. (2024). Factors Determining the Impact of Medical Tourism on Sustainable Development Goals: Evidence from Multiple Medical Tourism Stakeholders. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(3), 628–652. <https://doi.org/10.17494/ogusbd.1501534>

- Çimenci, M., & Ayyıldız, A. Y. (2021). Pamukkale’de Faaliyet Gösteren 4 ve 5 Yıldızlı Termal Otel İşletmelerine Yönelik EŞikayetlerin İncelenmesi. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 1945–1960. <https://doi.org/10.26677/TR1010.2021.828>
- Clerici, A., Murphy, C., & Almeida, N. (2023). The future of wellness tourism after COVID-19. *European Spatial Research and Policy*, 30, 103–122. <https://doi.org/10.18778/1231-1952.30.1.05>
- Conboy, L. A., Edshteyn, I., & Garivaltis, H. (2009). Ayurveda and Panchakarma: Measuring the Effects of a Holistic Health Intervention. *TheScientificWorldJournal*, 9, 272. <https://doi.org/10.1100/tsw.2009.35>
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093–1100. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2005.11.005>
- Davis, P. H., Cullen, J., & Coode, M. J. E. (1965). *Flora of Turkey and the East Aegean Islands* (Volume 1). Edinburgh University Press.
- Deniz, D., Sevimli, E., & Ünlü, T. N. (2021). *An overview of traditional and complementary medicine initiatives and strategies*. 8(1), 85–89.
- Dong, H., Zhang, J., & Tang, T. (2025). Promoting Youth Mental Health in Spiritual Tourism Through Service Design. *Sustainability*, 17(2). <https://doi.org/10.3390/su17020498>
- Elliot. (2025). *How Medical Tourists In Turkey Balance Travel And Treatment*. <https://www.forbes.com/sites/christopherelliott/2025/03/08/how-medical-tourists-in-turkey-balance-travel-and-treatment/>
- Ergen, C. R. (2025). *A Guide to Turkish Baths—And the Hammams to Visit in Istanbul | Condé Nast Traveler*. <https://www.cntraveler.com/stories/2013-02-27/hammam-turkish-bath-explained>
- Ernst, E. (2000). The role of complementary and alternative medicine. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7269), 1133–1135. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7269.1133>
- Figueiredo, N., Abrantes, J. L., & Costa, S. (2024). Mapping the Sustainable Development in Health Tourism: A Systematic Literature Review. *Sustainability*, 16(5), Article 5. <https://doi.org/10.3390/su16051901>
- Fortune Business Insights. (2026). *Medical Tourism Market Size, Share, Global Growth Report, 2034*. <https://www.fortunebusinessinsights.com/industry-reports/medical-tourism-market-100681>
- GETA Mühendislik ve Havuzculuk. (2025). *Türk Hamamı: Tarihi, Kültürü ve Faydaları*. <https://Www.Getamuhendislik.Com/>. <https://www.getamuhendislik.com/en/blog/post-turkish-hammam-its-history-culture-and-benefits>
- Global Wellness Institute. (2026). *2025 Global Wellness Economy Monitor*. <https://globalwellnessinstitute.org/industry-research/2025-global-wellness-economy-monitor/>

- Gür Omay, E., & Cengiz, E. (2013). Health Tourism in Turkey: Opportunities and Threats. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4. <https://doi.org/10.5901/mjss.2013.v4n10p424>
- Gutenbrunner, C., Bender, T., Cantista, P., & Karagülle, Z. (2010). A proposal for a worldwide definition of health resort medicine, balneology, medical hydrology and climatology. *International Journal of Biometeorology*, 54(5), 495–507. <https://doi.org/10.1007/s00484-010-0321-5>
- Hizmet İhracatçıları Birliği. (2026). *Hakkımızda*. HİB | Hizmet İhracatçıları Birliği. <https://hib.org.tr/kurumsal/hakkimizda>
- Hsu, E. (2022). *The Routledge Handbook of Religion, Medicine, and Health*. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Routledge-Handbook-of-Religion%2C-Medicine%2C-and-Hsu/3e9a003f18e2e11ce1bdb6021d115a9fdf14b68>
- Janchai, N., Baxter, G., & Srisaeng, P. (2023). A Study of Thai Massage Service Quality Effect on International Tourist Confidence. *Academica Turistica - Tourism and Innovation Journal*, 16(3). <https://academica.turistica.si/index.php/AT-TIJ/article/view/443>
- Joint Commission International. (2026). *Find Accredited International Organizations*. <https://www.jointcommission.org/en/about-us/recognizing-excellence/find-accredited-international-organizations>
- Kaya, A., Taşdemir, L., & Çayır, Y. (2022). Cupping Therapy and Scientific Basics. *International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research*, 3(3), 197–200. <https://doi.org/10.53811/ijtcmr.1147126>
- Kılavuz, E. (2018). Medical Tourism Competition: The Case of Turkey. *International Journal of Health Management and Tourism*, 3(1), 42–58. <https://doi.org/10.31201/ijhmt.372364>
- Kotler, P., Shalowitz, J., & Stevens, R. J. (2008). Strategic Marketing for Health Care Organizations: Building a Customer-Driven Health System. *Health Care*. <https://download.e-bookshelf.de/download/0000/5708/62/L-G-0000570862-0015244146.pdf>
- Ling, C. (2022). Complementary and alternative medicine during COVID-19 pandemic: What we have done. *Journal of Integrative Medicine*, 20(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2021.11.008>
- Mortada, E. M. (2024). Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine in Current Medical Practice. *Cureus*, 16(1), e52041. <https://doi.org/10.7759/cureus.52041>
- Nasermoaddeli, A., & Kagamimori, S. (2005). Balneotherapy in medicine: A review. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 10(4), 171–179. <https://doi.org/10.1007/BF02897707>
- Nova One Advisor. (2025). *Switzerland Healthcare & Medical Tourism Market Size to Surpass USD 148.62 BN by 2034*. <https://www.novaoneadvisor.com/report/switzerland-healthcare-medical-tourism-market>

- Okur, F., & Ergül, M. (2025). SAĞLIK TURİZMİNİN EKONOMİK ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: SEKTÖREL BİR ANALİZ. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 60(1), 1023–1034. <https://doi.org/10.15659/3.sektor-sosyal-ekonomi.25.03.2501>
- Panchal, J. H. (2012). *The Asian spa: A study of tourist motivations, “flow” and the benefits of spa experiences* [Phd, James Cook University]. <https://doi.org/10.25903/A8BW-2827>
- Patwardhan, B., Warude, D., Pushpangadan, P., & Bhatt, N. (2005). Ayurveda and Traditional Chinese Medicine: A Comparative Overview. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2(4), 465–473. <https://doi.org/10.1093/ecam/neh140>
- Pforr, C. L., Christof. (2014). The Legacy of Sebastian Kneipp: Linking Wellness, Naturopathic, and Allopathic Medicine - Cornelia Locher, Christof Pforr, 2014. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine : Paradigm, Practice, and Policy Advancing Integrative Health*. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1089/acm.2013.0423>
- Poli, M. A., Hossain, M. J., Kholil, I., Yasmin, S., Bhowmick, B., & Kundu, L. R. (2025). Traditional medicine use and associated factors in chronic patients in Jamalpur, Bangladesh: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 13, 1548728. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1548728>
- Professional Beauty India. (2026, February 21). Wellness Tourism in India Grows on Awareness and Digital Access. *Professional Beauty India | Beauty Industry News & Events*. <https://professionalbeauty.in/wellness-tourism-in-india-grows-on-awareness-and-digital-access>
- Romero-García, P. A., Ramirez-Perez, S., Miguel-González, J. J., Guzmán-Silahuá, S., Castañeda-Moreno, J. A., Komninou, S., & Rodríguez-Lara, S. Q. (2024). Complementary and Alternative Medicine (CAM) Practices: A Narrative Review Elucidating the Impact on Healthcare Systems, Mechanisms and Paediatric Applications. *Healthcare*, 12(15). <https://doi.org/10.3390/healthcare12151547>
- Sag, I., Zengul, F. D., & Weech-Maldonado, R. (2025). Competition in Medical Tourism and Consumer Spending: Evidence from Turkey’s Growing Healthcare Market. *Tourism and Hospitality*, 6(4). <https://doi.org/10.3390/tourhosp6040186>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2017). *Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı*. <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR,24683/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-nedir.html>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2025). *GETAT Uygulama ve Eğitim Merkezleri*. <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-21264/uygulama-merkezleri.html?Sayfa=6>
- Şahan, D., & İlhan, M. N. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve Halk Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 12–19. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gsbdergi/article/684840>
- Saxena, S. A. (with National Health Systems Resource Centre (India)). (2009). *Mainstreaming AYUSH & revitalizing local health traditions under NRHM: An appraisal of the annual*

- state programme implementation plans 2007-10 and mapping of technical assistance needs*. National Health System Resource Centre.
- Siner, G., & Torun, N. (2020). *Sağlık Turizminde Termal Turizm ve Spa-Wellness Turizminin Yeri ve Önemi*. 1, 517–533.
- Smith, M., & Puczko, L. (2009). Health and Wellness Tourism. In *Health and Wellness Tourism*. <https://doi.org/10.4324/9780080942032>
- Soraca Medical. (2024, December 12). Cost Comparisons for Treatments in Turkey vs. Other Countries. *Soraca Medical Tourism Trusted Medical Facilitator from Pakistan to Türkiye*. <https://soracamedicalpk.com/cost-comparisons-for-treatments-in-turkey-vs-other-countries/>
- Thomsen, R. H. (2025). *Luxury Medical Tourism: Wellness, Longevity & Experiences*. Valtech.Com. <https://www.valtech.com/en-us/blog/redefining-luxury-medical-tourism/>
- Ticaret Bakanlığı. (2025). 5448 Sayılı Hizmet İhracatının Tanımlanması, Sınıflandırılması ve Desteklenmesi Hakkında Karar.
- Tiwari, R., Khoo, C., & Smith, M. K. (2026). Wellbeing, wellness and health-oriented tourism: Emerging trends, challenges and opportunities. *Tourism Recreation Research*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1080/02508281.2025.2603978>
- Toprakkale, E. K., & Akın, M. H. (2025). Health Tourism in Turkey: Developments, Opportunities, and Future Perspectives. *Journal of Tourism Intelligence and Smartness*, 8(2), 55–73. <https://doi.org/10.58636/jtis.1805780>
- Toptan, H., Kaya, T., & Altındış, S. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Uygulamalarında Enfeksiyon Kontrol Önlemleri, Hijyen ve Çalışan/Hasta Güvenliği. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 168–172. <https://doi.org/10.34084/bshr.622368>
- Tsekouropoulos, G., Vasileiou, A., Hoxha, G., Dimitriadis, A., & Zervas, I. (2023). Sustainable Approaches to Medical Tourism: Strategies for Central Macedonia/Greece. *Sustainability*, 16(1). <https://doi.org/10.3390/su16010121>
- Tuna, H. (2021). Sağlık Turizmi Kapsamında Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Turizmi. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(1). <https://doi.org/10.11616/basbed.v21i60671.861856>
- Turkish Medical Centers. (2025, August 4). *Advantages of Health Tourism in Turkey – Turkish Medical Centers*. <https://turkishmedicalcenters.com/advantages-of-health-tourism-in-turkey/>
- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı. (2026). *Türkiye’de kışın sağlık ve termal turizmi (News Central Asia)*. https://www.iletisim.gov.tr/turkce/dis_basinda_turkiye/detay/turkiyede-kisin-saglik-ve-termal-turizmi-news-central-asia/
- Türkiye Cumhuriyeti Ticaret Bakanlığı. (2026). *Heal In Türkiye*. <https://healinturkiye.gov.tr/>

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2026). *Turizm İstatistikleri—IV. Çeyrek: Ekim-Aralık ve Yıllık, 2025—Veri Portalı—TÜİK*. TÜİK. <https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/54158>
- Ünal, T. D., Nacar, R., & Şeker, A. (2020). Küresel Milli Markalaşma ve TURQUALITY® Programı a. *Sosyal Bilimler Dergisi*.
- World Health Organization. (2025). *Global traditional medicine strategy 2025-2034*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176>
- Yorulmaz, M., Aksoy, M., & Çiftci, İ. (2025). A SWOT Analysis on Halal Medical Tourism Market in Türkiye. *International Journal of Health Management and Tourism*, 10, 386–411. <https://doi.org/10.31201/ijhmt.1778477>
- Zhong, L., Deng, B., Morrison, A. M., Coca-Stefaniak, J. A., & Yang, L. (2021). Medical, Health and Wellness Tourism Research—A Review of the Literature (1970–2020) and Research Agenda. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10875. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010875>

ONUNCU BÖLÜM

GETAT HİZMETLERİNDE TOPLUMSAL ALGI VE İLETİŞİM

Muhammed Şafi ALPASLAN¹, Cuma ÇAKMAK²

1. GİRİŞ

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamaları, günümüzde modern tıbbın yerini alan bir alternatif olmaktan ziyade, tedavi süreçlerini destekleyen ve bütünleyen bir disiplin olarak kabul görmektedir. Literatürde GETAT olarak kavramsallaştırılan bu alana yönelik toplumsal ilginin artışı; bireysel tercihlerle birlikte tarihsel birikimler, kültürel kodlar, inanç sistemleri ve psikososyal dinamikler belirleyici rol oynamaktadır. Toplumların şifaya, hastalığa ve insan bedenine yüklediği anlamlar, modern tıbbi paradigmanın dışında gelişen pratiklerin sürekliliğini mümkün kılan temel bir zemin oluşturmaktadır. Bu bağlamda GETAT'a yönelim, yalnızca tıbbi bir arayış değil, aynı zamanda kadim bir şifa hafızasının modern dünyadaki yansıması olarak değerlendirilmelidir.

Modern tıp sistemlerinin yüksek teknoloji odaklı ve klinik merkezli yapısı, teşhis ve tedavide devrim niteliğinde başarılar sağlasa da hastayı yalnızca biyolojik bir mekanizma olarak gören hasta bir beden algısını da beraberinde getirmiştir. Bu mekanik yaklaşım, bireyin ruhsal, manevi ve kültürel ihtiyaçlarını ikincil plana iterek hastada bir anlam boşluğu yaratmış; kişileri kendisini bütüncül bir bakış açısıyla ele alan, daha sıcak ve anlam yüklü bir şifa diline yöneltmiştir. Özellikle kronik ağrılar ve fonksiyonel rahatsızlıklar gibi modern tıbbın kesin çözüm sunmakta zorlandığı alanlar, bireylerin GETAT yöntemlerini bir umut kapısı veya destekleyici bir unsur olarak görmesine neden olmaktadır.

Günümüzde gerek uluslararası gerekse ulusal düzeyde yürütülen çok sayıda araştırma, GETAT uygulamaların tıbbın yerine ikame edilebilecek bir alternatiften ziyade, tedavi süreçlerini destekleyici ve tamamlayıcı nitelik taşıdığını ortaya koymuştur. Bu yaklaşımın doğal bir sonucu olarak, literatürde GETAT kavramı şekillenmiş ve yaygınlık kazanmıştır (Mollahaliloğlu vd., 2015). GETAT uygulamalarına yönelik toplumsal yönelimin arka planında, yalnızca bireysel sağlık tercihlerinin değil aynı zamanda tarihsel, kültürel, inanç temelli ve psikososyal etkenlerin de önemli bir payının olduğu ifade edilmektedir. Toplumların; hastalığa, şifaya ve bedene yüklediği anlamlar, modern tıbbi paradigmanın dışında gelişen tedavi pratiklerinin de sürekliliğini bu açıdan mümkün kılmıştır. Bu bağlamda GETAT'a yönelik ilginin, alternatif olana yönelmeden ziyade, kadim bir şifa hafızasının güncel biçimlerde tezahürü olarak değerlendirilmesi daha bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır.

GETAT uygulamalarına yönelim, çoğu durumda ruhsal ve kültürel boşluğu telafi etme çabasının bir yansıması olarak ortaya çıkmaktadır. Toplumsal algının inşasında aile yapısı,

¹ Sağlık Memuru, Sağlık Bakanlığı, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, msafi.alpaslan@gmail.com, ORCID: 0009-0007-7762-3643.

² Dr. Öğr. Üyesi, Dicle Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, cuma.cakmak@dicle.edu.tr, ORCID: 0000-0002-4409-9669.

kuşaklar arası aktarım ve kolektif hafıza mühim bir yer tutmaktadır. Anadolu coğrafyasında, hastalıkların tedavisinde büyüklerin tecrübesi, komşuluk ilişkileri ve geleneksel tavsiye zincirleri, tıbbi bilginin biçimlenmesinde önemli bir referans alanı oluşturmıştır. Özellikle bitkisel kürler, hacamat, sülük ve benzeri uygulamalar, yalnızca bir tedavi yöntemi değil; aynı zamanda kültürel bir ritüel ve manevi bir arınma pratiği olarak anlamlandırılmıştır. Bu anlamlandırma biçimi, GETAT uygulamalarının günümüzde dahi güçlü bir toplumsal tabana sahip olmasının başlıca nedenlerinden biridir.

Toplumun modern tıba yönelik güven ilişkisinin dalgalı seyri de GETAT’a yönelimi besleyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Kronik hastalıklar, ağrı sendromları, fonksiyonel rahatsızlıklar ve psikososyal kökenli hastalıklar söz konusu olduğunda, modern tıbbın kesin ve hızlı çözümler sunmakta zorlandığı durumlar, hastaları “tamamlayıcı” ve “destekleyici” arayışlara yönlendirmektedir. Bu yönelim, çoğu zaman bir karşıtlık üzerinden değil; aksine modern tıbbi tamamlayıcı ve destekleyici bir alan olarak GETAT’ın konumlandırılması şeklinde tezahür etmektedir. Bu çerçevede GETAT’a yönelik toplumsal algı, bireysel tercihlerden ziyade tarihsel süreklilik, kültürel aidiyet ve manevi arayışlarla şekillenen çok katmanlı bir yapı arz ettiği düşünülmektedir. GETAT’a yönelik bu çok boyutlu algı karakteri, GETAT hizmetlerinde iletişim stratejilerinin de salt bilgi aktarımına indirgenemeyeceğini; bilakis kültürel kodları, inanç dünyasını ve toplumsal beklentileri dikkate alan incelikli bir dil inşasını zaruri kıldığını göstermektedir.

2. TOPLUMSAL ALGININ İNŞASI VE GETAT’A YÖNELİM DİNAMİKLERİ

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, toplum tarafından kolay ulaşılabilir olmaları, görece düşük maliyetli seçenekler sunmaları ve kültürel değerlerle uyumlu yapıları nedeniyle yaygın biçimde tercih edilmektedir (Şahin, 2017). Dünya’nın birçok ülkesinde ilaçlara erişimin güç olması nedeniyle toplumlar, kendi kültürel yapıları içinde yer alan geleneksel tedavi yöntemlerine yönelmekte ve bu yöntemlere güven duymaktadır. Bununla birlikte endüstrileşmiş ülkelerde ise sağlık harcamalarını azaltma ve özellikle kronik hastalıklarla mücadelede yeni yaklaşımlar geliştirme beklentisiyle geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının yaygınlaşmaya devam ettiği görülmektedir (Tütüncü vd., 2017).

Toplumsal alanda alternatif süreçlerin hız kazanmasıyla birlikte, geleneksel tıbbi uygulamaların farklı biçimlerde yeniden görünür hale geldiği görülmektedir. Özellikle T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilen GETAT merkezlerinin sayısında belirgin bir artış yaşanmakta; bunun yanı sıra çok sayıda hekimin geleneksel tedavi yöntemlerine yönelik muayenehane ve uygulama alanları açtığı dikkat çekmektedir. Buna karşın, herhangi bir sağlık eğitimi almamış kişilerin, resmî denetim dışındaki ve kamuoyunda “merdiven altı” olarak nitelendirilen mekânlarda geleneksel tedavi adı altında hizmet sundukları da sahada gözlemlenen önemli bir sorun alanı olarak ortaya çıkmaktadır (Katıncı, 2024).

GETAT uygulamalarına yönelik ilgi ve yönelimler, ülkelerin sosyo-kültürel yapıları ile bireylerin kişisel deneyim ve beklentilerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Bu yönelimin temelinde, söz konusu yöntemlerin “doğal” nitelikte olduğu ve bu nedenle bedensel açıdan zarar verici olmayacağı yönündeki yaygın kanaat yer almaktadır. GETAT uygulamalarını tercih eden bireylerde, bu yöntemlerin modern tıp müdahalelerine kıyasla daha az yan etkiye yol açtığı hatta çoğu durumda yan etkiden bütünüyle arınmış olduğu düşüncesi hâkimdir. Bireylerin hangi

zaman diliminde ve hangi gerekçelerle geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerine başvuracakları ise büyük ölçüde kişisel gereksinimler tarafından belirlenmektedir. Bununla birlikte, ekonomik sınırlılıklar da bireylerin GETAT uygulamalarına yönelmesinde etkili ve belirleyici faktörler arasında yer almaktadır (Korthals-De Bos vd., 2003)

2.1. Kültürel Bellek ve İnanç Dünyası: Tıbb-ı Nebevi Algısının Toplumdaki Yeri

Tıbb-ı Nebevi, yalnızca dinî bir uygulama ya da geleneksel bilginin aktarımı olarak değil, çok boyutlu bir sosyo-kültürel olgu olarak değerlendirilmelidir. Bu yaklaşımın tarihsel kökenleri ve günümüzdeki yansımaları; toplumsal kimliğin oluşumu, modernleşme süreçleri ve kültürel direnç biçimleriyle yakından ilişkilidir. Orta çağ İslam dünyasında zamanla müstakil bir literatür hâline gelen Tıbb-ı Nebevi, İslam tıbbının hem düşünsel hem de uygulama alanında en ileri seviyeye ulaştığı bir dönemin ürünü olarak ortaya çıkmıştır (Nasr, 2006).

İnsanlık tarihi yekûn hâlinde mütalaa olunduğunda, bilhassa son iki asır zarfında vuku bulan cemiyet merkezli tahavvüllerin, evvelki devirlerle mukayese edildiğinde fevkalâde süratli ve yoğun bir mahiyet arz ettiği müşahede olunmaktadır. Bu süratli dönüşümün en bariz şekilde tecelli ettiği sahalardan biri olan tıp ilminde kaydedilen terakkiler neticesinde, Şark ve Garp toplumları muhtelif saiklerle maziye yüz çevirmek mecburiyetinde kalmıştır. İslâm cemiyetlerinin “tarihin öznesi olma” arzusuyla kendi medeniyet hafızasından kuvvet almak ve kısmen bu mirasla iftihar etmek maksadıyla tarihî tecrübeye yeniden yönelmeleri, Kur’an-ı Kerim ve hadis literatüründe tıbbı dair bahislerin anakronik bir nazarla yorumlanarak güncel söylemlere taşınmasına zemin hazırlamıştır. Böylelikle, kadim metinler modern sağlık tartışmalarında referans noktası hâline getirilmiş ve geleneksel tedavi anlayışları yeni bir bağlam içinde yeniden üretilir olmuştur (Öztürk L. , 2013).

Alternatif tıp başlığı altında meşrulaştırılmaya çalışılan Tıbb-ı Nebevi anlayışının, günümüzün tüketim odaklı toplum yapısı içinde metalaştığı görülmektedir. Özellikle kitle iletişim araçları sayesinde daha geniş kitlelere ulaşan alternatif tıp uygulamaları, sağlık sektörü içinde her geçen gün daha görünür ve etkili hâle gelmektedir. Bu süreçte, alternatif ve tamamlayıcı tıp kapsamına Tıbb-ı Nebevi kaynaklarının da dâhil edilmeye çalışıldığı dikkat çekmektedir. Örneğin, Hz. Peygamber’in uyguladığı ve tavsiye ettiği hacamat yöntemi, günümüzde “kupa tedavisi” adıyla sunulmakta ve sayısı giderek artan uygulama merkezleri aracılığıyla yaygınlaştırılmaktadır. Bu tür uygulamaların Peygamber tarafından da yapılmış olduğunun özellikle vurgulanması, bunun sadece bir sağlık uygulaması değil aynı zamanda bir pazarlama aracı olarak kullanıldığını göstermektedir. Başka bir ifadeyle, sağlık alanında oluşan ekonomik pazarda gelir elde etmek amacıyla bu uygulamalara ve bilgilere özel bir anlam ve kutsallık atfedilmektedir (Öztürk L. , 2016). Peygamberimiz Hz. Muhammed’in (s.a.s.) bizzat kendi sağlığının korunmasında uyguladığı ve Sahabe-i Kiram’a da tavsiye ettiği yöntemler, günümüzde modern tıp anlayışıyla da örtüşebilecek nitelikte olup insan sağlığının muhafazasında önemli bir yere sahiptir. Moral ve motivasyonun tedavi sürecindeki rolüne vurgu yapılması, temizlik ve özellikle el yıkama uygulamalarının teşvik edilmesi, düzenli ve dengeli beslenmenin esas alınması, bitkisel unsurlardan faydalanılması, misvak kullanımı yoluyla ağız ve diş sağlığının korunması, helal maddelerle tedavi olunmasının tavsiye edilip haram maddelerden kaçınılması, hastalığın görüldüğü yerden çıkılmaması ve o bölgeye girilmemesi suretiyle karantina uygulamasının benimsenmesi ile bulaşıcı hastalıkların

bulunduğu bölgelerde koruyucu tedbirlerin alınmasının önerilmesi, bütüncül bir sağlık anlayışının erken dönem örnekleri olarak değerlendirilebilir (Köycü, 2015).

Tarihsel süreklilik içerisinde önemini muhafaza eden geleneksel tıp uygulamaları, günümüzde “geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp (GETAT)” başlığı altında ele alınmakta ve son yıllarda yeni tartışmaların odağında yer almaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik ve tedavisi güç hastalıkların artış göstermesi, doğallık arayışının güçlenmesi, modern tıbbı ve hekimlere duyulan güvenin görece zayıflaması, ilaç endüstrisine yönelik eleştirilerin artması ve modern tıbbın bazı hastalıklarda sınırlı çözümler sunabilmesi, bireylerin bu uygulamalara yönelme eğilimini artırmıştır. Bu gelişmeler, GETAT uygulamalarının giderek daha görünür ve popüler hâle gelmesine zemin hazırlamıştır. Öte yandan bireylerin GETAT yöntemlerini tercih etme nedenleri; ekonomik durum, yaş, cinsiyet, demografik yapı, eğitim düzeyi, sosyal çevre ve kültürel değerler gibi çok boyutlu değişkenlere bağlı olarak farklılık göstermektedir (Öztürk vd., 2020).

Tıbb-ı Nebevi’yi yalnızca modern tıbbın biyolojik ve bilimsel verileriyle açıklamaya çalışmak, bu anlayışın manevi, ahlaki ve ruhsal yönlerini göz ardı etmek anlamına gelmektedir. Oysa Tıbb-ı Nebevi, sadece bedensel iyileşmeyi değil, aynı zamanda ruhsal arınmayı ve insanın iç dengesini de hedefleyen bütüncül bir sağlık yaklaşımı sunmaktadır. Bu nedenle, peygamberlik geleneği içinde yer alan tıbbi uygulamaları yalnızca pozitivist ölçütlerle değerlendirmek hem tarihsel bağlamı görmezden gelen hem de bu yaklaşımın bütüncül yapısını zayıflatan bir tutum olarak değerlendirilebilir (Öztürk, 2013).

Tıbb-ı Nebevi, Hz. Muhammed’in sağlık, korunma ve tedaviye ilişkin söz ve uygulamalarını içeren; beden ile ruh arasındaki dengeyi esas alan bütüncül bir sağlık anlayışını ifade etmektedir. Bu yaklaşım, yalnızca belirli tedavi pratiklerini değil; aynı zamanda insanın ahlaki, manevi ve sosyal boyutlarını da dikkate alan bir iyilik hâli tasavvurunu içermektedir. Bu yönüyle Tıbb-ı Nebevi, tarihsel bir tıp pratiği olmanın ötesinde, Müslüman toplumların sağlık algısında referans niteliği taşıyan kültürel bir hafıza alanı oluşturmaktadır.

Modernleşme süreciyle birlikte biyomedikal paradigma güç kazanmış; sağlık ve hastalık büyük ölçüde bilimsel ölçütler ve teknik göstergeler üzerinden tanımlanmaya başlanmıştır. Bununla birlikte, kültürel ve dini referansların toplumsal yaşam üzerindeki etkisi bütünüyle ortadan kalkmamış; bilakis bazı alanlarda alternatif anlam çerçeveleri üretmeye devam etmiştir. Bu bağlamda Tıbb-ı Nebevi, modern tıbbı karşı konumlanan bir sistemden ziyade, sağlık deneyimini manevi ve kültürel değerler üzerinden anlamlandıran tamamlayıcı bir referans çerçevesi olarak varlığını sürdürmektedir.

GETAT uygulamalarına yönelik toplumsal ilginin bir boyutu da bu kültürel ve inanç temelli arka planla ilişkilidir. Özellikle beden–ruh bütünlüğüne vurgu yapan, koruyucu sağlık anlayışını önceleyen ve doğal unsurları merkeze alan uygulamalar, Tıbb-ı Nebevi algısıyla örtüşen bir anlam dünyasında karşılık bulmaktadır. Dolayısıyla GETAT’a yönelim, yalnızca terapötik bir tercih değil; aynı zamanda tarihsel ve kültürel bir şifa hafızasının güncel sağlık pratikleri içinde yeniden yorumlanması olarak değerlendirilebilir.

2.2. “Doğal Olan Masumdur” Yanılsaması ve Algı Temelli Risk Alanları

Toplumsal zihniyet dünyasında “doğal” kavramı, ekseriyetle “zararsız”, “temiz” ve “yan etkisiz” nitelikleriyle birlikte anılmaktadır. Bitkisel ürünler, geleneksel karışımlar ve tabiat kökenli tedavi yöntemleri, sanayi ürünü ilaçlara kıyasla daha “masum” ve daha “emniyetli” olarak algılanmaktadır. Oysa bilimsel gerçeklik, doğal kaynaklı maddelerin de farmakolojik etkilere sahip olabileceğini ve yanlış doz, yanlış kullanım yahut uygunsuz kombinasyon halinde ciddi sağlık riskleri doğurabileceğini açıkça göstermektedir.

Günümüzde birçok birey, GETAT uygulamalarını ya tek başına bir tedavi yöntemi olarak ya da konvansiyonel tıbbi yaklaşımlara ek ve destekleyici bir unsur şeklinde düzenli olarak kullanmaktadır (Edwards vd., 2015). 1980’li yıllarda tamamlayıcı tıbbın Batı’daki başlıca pazarlarda hızla kabul görmesi, bu uygulamaların yaygınlaşmasına ve giderek ticarileşmesine zemin hazırlamıştır. Bu sürecin temelinde, özellikle bitkisel kökenli ürünlerin sentetik farmasötiklere kıyasla “doğal” olduğu ve bu nedenle daha güvenli ve daha az yan etkiyle ilişkili olduğu yönündeki yaygın inanç yer almaktadır. Ancak kısa süre içerisinde gerek hammadde gerekse nihai ürün kalitesi bakımından çeşitli sorunlar ortaya çıkmış; klinik açıdan anlamlı bitki–ilaç etkileşimlerinin rapor edilmesi, GETAT uygulamalarının her koşulda zararsız olmadığı gerçeğini gündeme taşımıştır. Artan halk sağlığı kaygıları doğrultusunda, ürünlerde kontaminasyon ve taşıyıcı risklerinin yanı sıra üretim ve depolama süreçlerindeki değişkenliği azaltmaya yönelik ruhsatlandırma ve denetim mekanizmaları geliştirilmeye başlanmış; bu kapsamda TAT ürünlerine yönelik kalite yönetim sistemlerinin uygulanması, atılan ilk düzenleyici adımlar arasında yer almıştır (Katerere vd., 2019).

Toplumsal algıda “doğal” olanın zararsız olduğu yönündeki kanaat, bitkisel ürünlerin farmakolojik etkilerinin göz ardı edilmesine yol açabilmektedir. Oysa literatürde, bitki–ilaç etkileşimlerine bağlı klinik riskler açık biçimde ortaya konulmuştur. Örneğin sarı kantaron (*Hypericum perforatum*), sitokrom P450 enzim sistemini indükleyerek oral kontraseptifler ve bazı immünsüpresif ilaçların plazma düzeyini düşürebilmekte; bu durum istenmeyen gebelikler veya organ nakli sonrası rejeksiyon riski gibi ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. Benzer şekilde *Ginkgo biloba*’nın antikoagülan tedavi alan bireylerde kanama riskini artırabildiği bildirilmektedir. Bu örnekler, doğal ürünlerin de klinik açıdan anlamlı etkileşim ve yan etki potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

2.3. Sosyo-Demografik Belirleyiciler: GETAT Kullanım Profilleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ortaya konulan sağlık tanımı, yaygın biçimde bilinip kullanılmasına rağmen çeşitli eleştirilerin odağında yer almaktadır. Tanımda yer alan “iyilik” kavramının bireyler açısından öznel anlamlar taşıması ve bu durumun ölçülebilir, nesnel bir çerçeveye açık biçimde sınırlandırılmamış olması, kişilerin ne düzeyde sağlıklı olduklarına ilişkin kesin bir değerlendirme yapılmasını güçleştirmektedir (Sabırcan, 2012). Tüm bu hususlar birlikte değerlendirildiğinde, “iyilik hali”nin ölçütlerine ilişkin belirgin bir belirsizliğin ortaya çıktığı ve bu durumun bireyler arasında farklılık göstermesi nedeniyle sağlık kavramına dair yapılan tanımların geçerliliğinin tartışmalı bir nitelik kazandığı görülmektedir. Bu çerçevede sağlığın yalnızca bireyin zihinsel ve fiziksel durumuna indirgenmemesi; aynı zamanda kişinin içinde yaşadığı çevre, toplumsal ilişkileri ve sosyo-demografik özelliklerinin yeterliliği ile birlikte ele alınması gerektiği düşünülebilir (Duran ve Özbek, 2022).

GETAT uygulamalarına yönelim, toplumun tüm kesimlerinde eşit biçimde dağılmamaktadır. Eğitim düzeyi, bireyin sağlık bilgisine erişimini, eleştirel düşünme kapasitesini ve tedavi tercihlerini şekillendiren temel unsurlar arasında yer almaktadır. Düşük ve orta eğitim düzeyine sahip gruplarda, kulaktan dolma bilgiler ve geleneksel otorite figürlerinin yönlendirmeleri daha belirleyici rol oynarken; yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerde GETAT daha ziyade “tamamlayıcı” ve “destekleyici” bir unsur olarak konumlandırılmaktadır. Gelir düzeyi de kullanım biçimlerini farklılaştırmaktadır. Düşük gelir gruplarında GETAT, çoğu zaman modern sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu durumlarda bir “zorunlu alternatif” olarak tercih edilirken; yüksek gelir gruplarında bu eğilim “doğal yaşam” ve “wellness” kültürüyle birlikte sembolik bir yaşam tarzı tercihi hâlini alabilmektedir.

Sağlığa ilişkin yapılan tanım ve açıklamalar bütüncül bir perspektiften değerlendirildiğinde, ortak noktanın bireyin zihinsel, fiziksel, sosyal, ekonomik, çevresel ve toplumsal boyutlar dâhil olmak üzere çok yönlü yaşam koşulları içerisinde kendisini tam anlamıyla iyi, dengeli ve sağlam hissetmesi olduğu söylenebilir (Duran ve Özbek, 2022).

2.4. Modern Tıbbı Güven Krizi ve Tamamlayıcı Arayışlar

Modern tıp, hastalıkların tedavisinde büyük ölçüde ilaç temelli bir yaklaşımı benimsemekte; ancak bu ilaçların yan etkilerinin insan sağlığı üzerindeki olası zararları ile uzun süreli kullanım sonuçlarına ilişkin yeterli ve kesin bilginin bulunmaması, söz konusu tedavi anlayışına duyulan güveni zedelemektedir. Buna ek olarak, ilaç maliyetlerinin yüksekliği, pek çok bireyin gerekli tedavilere erişimini kısıtlayan önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır (Keskin, 2024). Bir diğer eleştirel yaklaşım ise, sistemi oluşturan unsurların birbirleriyle olan karşılıklı ilişkilerini ve bu unsurların sistemin bütünü üzerindeki etkilerini dikkate alarak, karar verme ve müdahale süreçlerinin tüm sistemi kapsayacak şekilde ele alınması gerektiğini savunan bütüncül yaklaşım çerçevesinde şekillenmektedir (Elmacı, 2013). Bu yaklaşımın modern tıp alanında yeterince benimsenmemesi, yani tıbbi uygulamalarda insana bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşımın yapılması, eleştirilerin bir diğer boyutunu oluşturmaktadır. Modern tıbbın, hastalıkların altında yatan kök nedenleri ile yaşam tarzına ilişkin unsurları, psikolojik etkenleri ve bireyin içinde bulunduğu sosyal çevreyi büyük ölçüde göz ardı etmesi; fiziksel sağlığın yanı sıra duygusal ve ruhsal iyi oluşu yeterince dikkate almadan hastalıklara yaklaşması, genel sağlığı etkileyen çok boyutlu faktörleri ele alan alternatif ve tamamlayıcı tıp yaklaşımlarının tercih edilmesine ve giderek yaygınlaşmasına zemin hazırlamıştır (Yılmaz ve Erdem, 2016).

Modern tıp, özellikle akut patolojilerin yönetimi, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü ve ileri cerrahi teknikler alanında kaydettiği bilimsel ilerlemeler sayesinde sağlık göstergelerinde belirgin iyileşmeler sağlamıştır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin yalnızca teknik başarılarından değerlendirilmesi yeterli değildir. Toplumsal algı düzleminde modern tıbbı yönelik eleştiriler, bu başarıları bütünüyle reddetmekten ziyade, sağlık deneyiminin öznel ve çok boyutlu doğasına işaret etmektedir. Bu eleştiriler, modern tıbbın yapısal işleyişi ile bireyin beklenti ve deneyimleri arasındaki uyumsuzluk alanlarında yoğunlaşmakta; özellikle güven ilişkisi, bütüncül yaklaşım talebi ve kronik hastalık deneyimi bağlamında belirginleşmektedir. Dolayısıyla modern tıbbın sınırlarına yönelik tartışmalar, bilimsel yeterlilikten çok, sağlık hizmetlerinin insani, kültürel ve deneyimsel boyutlarıyla ilişkilidir.

2.5. Kolektif Hafıza, Aile Büyükleri ve Kuşaklararası Aktarımın Rolü

GETAT uygulamalarının günümüzde çok sayıda birey tarafından tercih edildiği ve kullanımının giderek yaygınlaştığı görülmektedir. Modern tıbbi tedavilere kıyasla çoğu zaman daha yüksek maliyetlere sahip olmalarına rağmen bu uygulamalara yönelimin artması, bireylerin daha doğal olduğu ve yan etki riskinin düşük olduğu düşünülen tedavi yaklaşımlarına duydukları arayışla ilişkilendirilmektedir. Bu arayış süreci, bireyleri hem yakın sosyal çevrelerinin deneyimlerine hem de sosyal medya platformları üzerinden paylaşılan içeriklere yönlendirmekte; bireylerin yoğun etkileşim içinde bulundukları bu sosyal alanlar, ürün temini, bilgi edinme, eş zamanlı soru-cevap imkânı ve deneyim paylaşımı yoluyla sağlıkla ilgili karar verme süreçleri üzerinde önemli bir etki oluşturmaktadır (Keskin, 2024). Aile büyüklerinden torunlara aktarılan şifa pratikleri, sadece tedavi bilgisi değil, aynı zamanda kültürel kimlik unsurlarını da ihtiva etmektedir. Bu bağlamda GETAT uygulamaları, bireyin kendisini tarihsel bir sürekliliğin parçası olarak hissetmesine vesile olmaktadır.

Bireylerin yaşadıkları coğrafya ile aileden devralınan kültürel miras, GETAT yöntemlerine ilişkin bilgi ve farkındalığın oluşmasında önemli bir rol oynamaktadır. Belirli bir coğrafi bölgede yaşayan topluluklar, o bölgeye özgü doğal şifa uygulamalarını daha yakından tanımakta ve günlük yaşamlarında daha sık kullanmaktadır. Bunun yanı sıra, aile içinde kuşaktan kuşağa aktarılan GETAT uygulamaları, bireyler tarafından benimsenmesi ve sürdürülmesi daha kolay sağlık pratikleri olarak öne çıkmaktadır (Keskin, 2024).

3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI BAĞLAMINDA BİLGİNİN ÜRETİMİ VE DOLAŞIMI

3.1. İnfodemi Çağında Yanlış Bilginin Toplumsal Yayılım Mekanizmaları

Dijitalleşmenin hız kazandığı çağımızda bilgiye erişim imkânı artmış olmakla birlikte, bilginin doğruluğu meselesi ciddi bir kırılma hattı hâline gelmiştir. “İnfodemi” olarak adlandırılan bu olgu, bilginin niceliksel çoğalmasının niteliksel bir arınmaya eşlik etmemesi durumunda, bireyin sağlıklı karar alma yetisinin zayıflamasına neden olmaktadır. Bilhassa sağlık alanında dolaşıma giren yanlış, eksik yahut çarpıtılmış içerikler, yalnızca bireysel hatalara değil, toplumsal ölçekte risk alanlarının genişlemesine yol açmaktadır.

GETAT alanında infodemi daha kırılgan bir zeminde seyretmektedir. Zira bu alanda toplumsal hafıza, inanç dünyası ve şahsî tecrübe anlatıları, bilimsel verilerin önüne geçebilmektedir. Sosyal medya platformlarında paylaşılan “mucize kür” hikâyeleri, hiçbir denetime tâbi olmayan bitkisel karışım tarifleri ve sahilliği meçhul “uzman görüşleri”, kısa süre içinde geniş kitlelere ulaşmakta; böylelikle yanlış bilginin meşruiyet zemini güçlenmektedir. Yanlış bilginin yayılımında algoritmaların rolü de göz ardı edilmemelidir. Dijital platformlar, kullanıcının ilgi alanlarına göre içerik önererek benzer söylemlerin sürekli tekrarını sağlamaktadır. Bu durum, bireyin yalnızca kendi inandığı bilgiye maruz kalmasına ve eleştirel düşünme refleksinin zayıflamasına yol açmaktadır. Neticede, infodemi çağında sağlık iletişimi, sadece doğru bilginin üretimi meselesi olmaktan çıkmış; doğru bilginin görünür ve erişilebilir hâle getirilmesi sorunu hâline dönüşmüştür.

3.2. Bilimsel Dilin Toplumsal Dile Tercümesi: Anlaşılabilir Sağlık İletişimi Sorunu

Sağlık iletişimi kavramı, ilk kez 1970’li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nde akademik ve uygulamaya dönük tartışmaların odağına girmiştir. İkinci Dünya Savaşı öncesinde sağlık olgusu, Amerikan toplumu nezdinde başat bir toplumsal değer olarak konumlandırılmamış; ancak savaş sürecinin yarattığı fiziksel ve psikolojik yıpranma, bireysel sağlığın önemini giderek görünür kılmıştır. Bu dönüşümle birlikte, Amerikan toplumuna yönelik sağlık hizmetlerinin planlı, erişilebilir ve etkin bir biçimde sunulması, kamu politikalarının öncelikli gündem maddelerinden biri hâline gelmiştir (Akyurt, 2009).

Sağlığa atfedilen değerın artmasıyla birlikte, sağlık alanında yürütölen bilimsel araştırmaların ve uygulamaya dönük çalışmaların sayısında da belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Bu süreçte bireylerin “sağlık” ve “sağlıklı olma” kavramlarına ilişkin algı ve değerlendirmeleri dönüşüme uğramakta; sağlığın yalnızca hastalık hâlinin yokluğu değil, yaşam kalitesini belirleyen bütöncöl bir olgu olduğu yönündeki anlayış güç kazanmaktadır. Daha uzun ve nitelikli bir yaşam arzusuyla bireyler, sağlıklı bir çevrede yaşama taleplerini daha açık biçimde ifade etmektedir. Buna paralel olarak küresel ölçekte “sağlığın korunması”, “sağlığın geliştirilmesi” ve “sağlıkta dönüşüm” gibi kavramlara yönelik yaklaşımlarda da dikkat çekici bir paradigma değişimi yaşanmaktadır (Yüksel vd., 2014).

Akademik bilgi üretimi, mahiyeti itibarıyla teknik bir dil, kavramsal yoğunluk ve metodolojik titizlik üzerine inşa edilmektedir. Bu durum, bilimsel metinleri kendi bağlamında güvenilir ve sağlam kılmakla birlikte, geniş halk kitleleri açısından erişilmesi güç bir söylem alanı üretmektedir. Bilhassa sağlık alanında üretilen bilimsel bilginin, toplumun farklı sosyo-kültürel katmanlarına aynı ölçüde nüfuz edememesi, bilgi ile davranış arasındaki mesafenin giderek açılmasına yol açmaktadır.

GETAT sahasında bu kopukluk daha belirgin bir hâl almaktadır. Klinik araştırmalardan elde edilen bulgular, çoğu zaman halkın gündelik hayatında karşılığı olmayan kavramlarla ifade edilmekte; istatistiksel veriler, risk oranları ve etki büyüklükleri, bireyin zihninde soyut ve uzak bir bilgi alanı olarak kalmaktadır. Bu durum, toplumun bilimsel bilgi yerine, daha sade, daha duygusal ve daha kolay tüketilebilir anlatılara yönelmesini teşvik etmektedir. “Komşum kullandı, iyi geldi” yahut “internette tavsiye ediliyor” gibi ifadeler, bilimsel kanıtın yerini alan yeni meşruiyet formları üretmektedir.

Bilimsel bilginin toplumsal dile tercümesi, yalnızca sadeleştirme faaliyeti olarak değerlendirilmemelidir. Bu süreç, aynı zamanda kültürel kodların, inanç dünyasının ve gündelik hayat deneyimlerinin dikkate alınmasını gerektiren çok katmanlı bir iletişim meselesidir. GETAT alanında etkili bir sağlık iletişimi, ne bilimi kutsallaştıran ulaşılmaz bir otorite diliyle ne de bilimselliği dışlayan popüler söylemlerle inşa edilebilir. Burada esas olan, bilimsel hakikatin özünü muhafaza ederek, onu insanın anlam dünyasına tercüme edebilen bir ara dil geliştirilmesidir. Bu itibarla anlaşılabilir sağlık iletişimi, bir seçenek değil, bir zaruret olarak karşımıza çıkmaktadır. Zira anlaşılmayan bilginin ikna gücü yoktur; ikna gücü olmayan bilginin ise davranış değişikliği üretmesi beklenemez. GETAT hizmetlerinde toplumsal algının sağlıklı bir zemin üzerine inşa edilebilmesi için, bilimsel bilginin soğuk ve mesafeli bir metin olmaktan çıkarılarak, insanın gündelik hayatına temas eden bir hikmet diline dönüştürölmesi elzem görünmektedir.

3.3. Eczacı ve Aile Hekimlerinin Toplumsal Rehberlik Fonksiyonu

Toplumsal sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde en belirleyici temas noktalarından biri, çoğu zaman hastaneler veya ileri düzey uzmanlık merkezleri değil; mahalle ölçeğinde hizmet sunan eczaneler ve aile sağlığı merkezleridir. Birey, sağlıkla ilgili ilk sorularını, tereddütlerini ve danışma ihtiyaçlarını büyük ölçüde bu birimlerde karşılamaktadır. Bu nedenle eczacılar ve aile hekimleri, yalnızca tedavi süreçlerinin uygulayıcıları olarak değil; aynı zamanda toplumun sağlık kültürünü şekillendiren ve yönlendiren önemli aktörler olarak da değerlendirilmektedir.

GETAT alanında gözlenen bilgi karmaşası, söz konusu meslek gruplarına önemli bir danışmanlık ve rehberlik sorumluluğu yüklemektedir. Eczacılar, bitkisel ürün kullanımı ve tamamlayıcı uygulamalara ilişkin taleplerle sıkça karşılaşmakta; aile hekimleri ise hastaların modern tıbbıya yönelik memnuniyet düzeylerini ve alternatif arayış eğilimlerini doğrudan gözlemleyebilmektedir. Bu noktada meslek profesyonellerinin yaklaşımı, bilgi aktarımını güven ilişkisini zedelemeyecek şekilde yürütmeyi ve açıklayıcı bir iletişim dili kullanmayı gerektirmektedir.

Bireylerin sağlık alanında destek arayışı çoğu zaman yasaklayıcı değil, açıklayıcı ve yol gösterici bir muhatap ihtiyacından kaynaklanmaktadır. Bu çerçevede eczacı ve aile hekimi, GETAT uygulamalarını kategorik olarak reddeden bir otorite figürü olmaktan ziyade; uygulamaların olası riskleri, sınırları ve bilimsel karşılıkları hakkında şeffaf bilgi sunan bir rehber rolünü üstlenebilir. Böyle bir yaklaşım, bireyin sağlık sistemiyle bağını güçlendirebilir ve merdiven altı uygulamalara yönelme riskini azaltarak daha güvenli bir sağlık davranışı geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

3.4. Kamusal Bilinçlendirme Politikaları ve Merdiven Altı Uygulamalarla Mücadele

GETAT uygulamaları söz konusu olduğunda en kırılgan alanlardan biri, denetim dışı ve yetkisiz kişi yahut mekanlar tarafından sunulan hizmetlerdir. Bu yapıların toplumda “geleneksel şifa” adı altında meşrulaştırılması, yalnızca bireysel sağlığı değil, kamusal güveni de tehdit eden bir mahiyet arz etmektedir. Bu nedenle kamu otoritelerinin rolü, yalnızca yaptırım gücüyle sınırlı kalmamalı; aynı zamanda bilinç inşasına yönelik sürdürülebilir politikaları da içermelidir.

Farkındalık kampanyaları, kamu spotları, yerel eğitim çalışmaları ve saha temelli bilgilendirme faaliyetleri, halkın güvenli uygulamalar ile riskli pratikler arasındaki ayrımı yapabilme kapasitesini güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Ne var ki bu faaliyetlerin etkili olabilmesi için, korku diliyle değil; sorumluluk bilinci ve ortak korunma anlayışı üzerinden kurgulanması gerekmektedir. Topluma “yasak” bildiren bir otorite dili yerine, “koruyucu ortak” dili daha kalıcı bir etki üretmektedir.

3.5. Sağlık Okuryazarlığında Dijital Eşitsizlikler

Sağlık enformasyonunun üretilmesi ve paylaşılması yoluyla yürütülen sağlık iletişimi uygulamaları hem toplumların hem de bireylerin sağlık çıktılarının iyileştirilmesinde önemli bir kaynak niteliği taşımaktadır. Sağlık iletişiminin temel kavramları arasında yer alan sağlık okuryazarlığı ve özellikle eleştirel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişimde kullandıkları araçların seçimi ve değerlendirilmesi üzerinde belirleyici bir etkiye

sahiptir. Türkiye’de gerçekleştirilen araştırmalar ise, toplumda yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin oranının sınırlı olduğunu ve yaklaşık olarak her üç kişiden yalnızca birinin bu yeterliliği taşıdığını ortaya koymaktadır (Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Bilgiye erişim imkânlarının genişlemesi, her birey için eşit bir bilinç düzeyi doğurmamaktadır. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireyler ile ileri yaş grupları, dijital platformlara erişim, içerik değerlendirme ve bilgi doğrulama hususunda dezavantajlı bir konumda kalabilmektedir. Bu farklılık, GETAT alanında yanlış yönelimleri besleyen gizli bir risk alanı oluşturmaktadır.

Son yıllarda televizyon, yazılı medya (gazete ve dergiler), radyo ve internet gibi çeşitli medya kanalları aracılığıyla yürütülen sağlık iletişimi faaliyetlerinde belirgin bir artış yaşanmaktadır. Kitle iletişim araçları üzerinden gerçekleştirilen bu sağlık iletişimi, sağlık enformasyonunun farklı toplumsal gruplar arasında nasıl yayıldığını, yorumlandığını ve alımlandığını önemli ölçüde etkileme; bu süreci olumlu ya da olumsuz yönde dönüştürme potansiyeline sahiptir (De Jesus, 2013).

Kırsal alanlarda yüz yüze aktarılan şifa pratikleri, büyük ölçüde sözlü kültür aracılığıyla sürdürülmekte; bilimsel değerlendirme ve denetim ihtiyacı kimi zaman ikincil düzeyde ele alınabilmektedir. Öte yandan kentli bireyler dijital mecralardan yoğun bilgi akışına maruz kalmakta, ancak gelen bilgiyi ayıklama ve eleştirel biçimde değerlendirme konusunda her zaman yeterli bilişsel araçlara sahip olamayabilmektedir. Bu çift yönlü durum, sağlık okuryazarlığını yalnızca bireysel eğitim meselesi olarak değil; aynı zamanda sosyal eşitlik ve bilgiye erişim bağlamında ele alınması gereken bir politika alanı olarak ortaya koymaktadır.

4. MEDYA, DİJİTAL KÜLTÜR VE ALGI YÖNETİMİ

4.1. Fenomen Kültürü ve Yetkisiz Bilgi Üretimi: Sosyal Medyada GETAT Söylemleri

Algı, duyu organları aracılığıyla elde edilen duyuusal verilerin seçilmesi, örgütlenmesi ve anlamlandırılması sürecini ifade eder. Bu yönüyle algı, bireyin çevresinde yer alan uyaranları yalnızca pasif biçimde kaydetmesi değil; onları bilişsel şemaları, geçmiş deneyimleri ve değer yargıları doğrultusunda yorumlayarak anlam üretmesidir (Arkonaç, 2005). Sağlık ve hastalık gibi yaşamsal öneme sahip bir alanda üretilen enformasyon ve kurulan iletişimde, izleyicinin mesajları bütünüyle hegemonik/egemen bir okuma çerçevesinde alımlaması beklenirken, pratikte izleyicinin çoğu zaman müzakereci ve kimi durumlarda muhalif bir konumda yer aldığı görülmektedir. Hâkim (egemen-hegemonik) okuma, okuyucunun söylemsel ve ideolojik referans çerçevesinin metnin kodlandığı baskın anlam kalıplarıyla büyük ölçüde örtüştüğü, bu nedenle iletinin hem açık anlam hem de yan anlam düzeyinde gönderici tarafından amaçlandığı biçimde kabul edildiği bir konumu ifade eder (Hall, 1980). Hasta-hekim etkileşiminde, günümüzde artan bilgiye erişim olanaklarına rağmen varlığını sürdüren bilgi asimetrisinin sağlık iletişimi alanında devam ettiği dikkate alındığında, televizyon sağlık programlarının tüketiminde izleyicinin homojen olmayan, farklılaşan okuma biçimleri geliştirdiği anlaşılmaktadır. Bununla birlikte, söz konusu alanın doğrudan sağlıkla ilişkili olması, iletilen mesajlarda ortaya çıkan en küçük bir “şüphe söylemi”nin dahi izleyicinin tutumunu hızla

dönüştürebilmesine imkân tanımakta; bu durum, müzakereci ya da muhalif okuma biçimlerinin kısa sürede hegemonik/egemen bir okumaya evrilmesine zemin hazırlayabilmektedir (Gündoğdu, 2021). Müzakereci okuma, iletinin hâkim kodunu ve temel anlam çerçevesini bütünüyle reddetmeksizin kabul eden; ancak bu çerçeveyi bireyin kendi toplumsal konumu, gündelik deneyimleri ve çıkarları doğrultusunda kısmen yeniden yorumlayan alımlama biçimini ifade eder. Bu pozisyonda kabullenme ve eleştirel mesafe aynı anda varlık gösterir; dolayısıyla anlam üretimi, mutlak uyum ile açık karşı çıkış arasında yer alan ara bir düzlemde gerçekleşir (Hall, 1980).

Sosyal medya mecraları günümüzde yalnızca iletişim alanları olarak değil, aynı zamanda bilgi üretimi ve otorite algısının yeniden şekillendiği platformlar olarak işlev görmektedir. Tıbbi yeterliliği bulunmayan bazı kullanıcıların geniş takipçi kitlelerine sağlık tavsiyeleri sunması, GETAT alanında risk taşıyabilecek söylemlerin yayılmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu durum, bilginin doğruluğu ve kaynağından ziyade popülerliğinin meşruiyet ölçütü olarak algılanabildiği bir iletişim iklimine işaret etmekte; toplumsal bilgi edinme süreçlerinde eleştirel değerlendirme ve kurumsal doğrulama mekanizmalarının önemini artırmaktadır.

4.2. Televizyon Programlarında Sağlık Temsili ve Denetim Mekanizmalarının Rolü

Televizyon, dijital mecraların yaygınlaşmasına rağmen özellikle orta ve ileri yaş gruplarında hâlen önemli bir etki alanı oluşturmaktadır. Sağlık temalı gündüz kuşağı programları, geniş kitlelerin bilgi edinme süreçlerine katkı sunan mecralar arasında yer almakta ve bireylerin sağlık algısını şekillendirebilmektedir. Bu programlarda sunulan içerikler, bilgi aktarma işlevinin yanı sıra zaman zaman yönlendirici bir etki de oluşturabilmekte; dolayısıyla izleyicilerin tedavi tercihleri ve sağlıkla ilgili karar süreçleri üzerinde dolaylı etkiler görülebilmektedir.

Sağlık teması, son yıllarda televizyon yayıncılığında giderek daha görünür hâle gelmiş; haber bültenlerinden prime-time dizilere ve gündüz kuşağında yayımlanan sağlık programlarına kadar geniş bir yelpazede sıkça ele alınmaya başlanmıştır. Her ne kadar bu programlar hedef kitleleri ile yayımlandıkları kanalların ekonomik ve ideolojik yönelimlerine bağlı olarak farklı içerik ve formatlarda sunulsa da sağlık olgusunun medyada merkezi bir yer edindiği dikkat çekmektedir (Atabek vd., 2013). Bu yayınlar, sağlık iletişimi söylemi açısından belirli ölçüde benzerlikler taşımakta; bir yandan gelişmiş tıbbi teknolojiler ile tanı ve tedavi yöntemlerine odaklanan programlar sunulurken, diğer yandan izleyiciyi eğlence unsurlarıyla cezbeden, sağlığı magazinleştiren ve daha çok bireylerin yaşam tarzları, davranışları ve tutumları üzerinden kurgulanan içerikler ulusal ve yerel televizyon kanallarında yaygın biçimde yayımlanmaktadır (Gündoğdu, 2021).

Yayın dili çoğu zaman izlenirlik ve dikkat çekme odaklı bir anlayışla şekillenebilmekte; bilimsel temkin ve dengeli bilgilendirme yerine çarpıcı başlıklar, hızlı çözümler ve “mucize sonuçlar” gibi söylemler ön plana çıkabilmektedir. GETAT uygulamaları bağlamında bu durum daha belirgin bir risk oluşturmakta; izleyici kitlesi, sınırları net biçimde ortaya konmamış, bilimsel kanıta dayanmayan veya ticari kaygıların öne çıktığı içeriklere maruz kalabilmektedir. Bu durum, toplumsal algının sağlıklı bir bilgi zemini üzerinde oluşmasını zorlaştırabilmektedir.

Bu noktada denetim mekanizmalarının rolü yalnızca cezai yaptırımlarla sınırlı kalmamalıdır. Yayıncı kuruluşlar ile düzenleyici kurumlar arasında şeffaf, sürdürülebilir ve eğitici bir iş birliği modeli geliştirilmesi gerekmektedir. Program içeriklerinin önleyici bir bakış açısıyla izlenmesi, yanlış bilginin yayılmasını engellemenin yanı sıra, sağlıklı bir medya dili inşasına da katkı sunacaktır.

4.3. Kriz Anlarında Kurumsal İletişim: Hatalı Uygulama Sonrası İtibarın Yeniden İnşası

GETAT alanında ortaya çıkabilecek olumsuz bir vaka, yalnızca ilgili birey açısından değil, alanın bütününe yönelik algıyı da etkileyebilecek bir potansiyele sahiptir. Hacamat sonrası gelişen enfeksiyonlar, sülük uygulamalarında sterilizasyon eksikliğine bağlı komplikasyonlar veya bitkisel uygulamalardan kaynaklanan yan etkiler gibi durumlar, medya aracılığıyla geniş kitlelere yansıdığına toplumsal güven üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Bu nedenle uygulamaların güvenliğini ve denetlenebilirliğini artıran kurumsal düzenlemeler, alanın sürdürülebilirliği açısından önem taşımaktadır.

Bu tür kriz anlarında kurumların sessiz kalması, durumu inkâr etmesi veya suçu bireye yüklemesi, güven kaybını derinleştiren başlıca hatalı stratejiler arasında yer almaktadır. Buna karşılık, açık, şeffaf ve sorumluluk alan bir iletişim yaklaşımı, itibarın yeniden inşasında temel bir rol üstlenmektedir. Kriz iletişimi, yalnızca hasar kontrolü değil; aynı zamanda öğrenme ve dönüşüm fırsatı olarak değerlendirilmelidir. Yaşanan olumsuzluklardan ders çıkarıldığına dair kamuoyuna verilen açık mesajlar, alana dair genel güven hissinin yeniden tesisinde belirleyici bir unsur olarak öne çıkmaktadır.

4.4. Dijital Platformlarda Güven İnşası: Online Yorumlar, Şikâyet Siteleri ve Sosyal Medya Etiği

Günümüzde hastalar ve hasta yakınları, bir sağlık kuruluşuna yahut uygulayıcıya başvurmadan evvel çoğu zaman dijital mecralarda yapılan yorumları incelemektedir. Bu yorumlar, bilimsel ölçütlerden ziyade kişisel deneyimlere dayansa da algı üzerinde son derece güçlü bir etki üretmektedir. Olumlu deneyim anlatılarının çoğu zaman abartılı bir umut diliyle; olumsuz deneyimlerin ise yoğun bir öfke ve hayal kırıklığı duygusuyla paylaşıldığı görülmektedir. Bu durum, rasyonel değerlendirme zemininin yerini duygusal tepkilerin aldığı bir dijital atmosfer oluşturmaktadır.

Geleneksel sağlık hizmeti sunumunda pasif bir alıcı konumunda bulunan hasta, bilgiye erişim olanaklarının artması, sağlık okuryazarlığının yaygınlaşması ve hasta haklarının güçlendirilmesiyle birlikte, sağlık hizmeti süreçlerinde daha aktif, bilinçli ve katılımcı bir rol üstlenmeye başlamıştır (Dalkılıç ve Kurtoğlu, 2021). Bu dönüşüm, hasta ile sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkinin daha eşitlikçi bir zemine oturmasını sağlamış ve bireylerin kendi sağlık kararları üzerinde daha fazla söz sahibi olmalarını desteklemiştir. Günümüzde hastalar, sağlık hizmetlerini bir tüketici perspektifiyle değerlendirmekte; sunulan hizmetleri karşılaştırma, kullanıcı deneyimlerini inceleme ve bilinçli tercihlerde bulunma eğilimi göstermektedir. “Hasta” kavramından “sağlık hizmetleri tüketicisi” kavramına yönelişle birlikte, tıbbi kararların alınması ve bu kararların sonuçlarına ilişkin sorumluluğun, hizmeti alan bireyler tarafından da paylaşılmaya başlandığı görülmektedir (Sulik ve Eich-Krohm, 2008).

4.5. Algoritmaların Sağlık Tercihleri Üzerindeki Görünmeyen Etkisi

Dijital platformlarda karşılaşılan içeriklerin büyük bir kısmı, kullanıcının önceki davranışları doğrultusunda şekillendirilen algoritmik sistemler aracılığıyla sunulmaktadır. Bireyin GETAT alanında yaptığı aramalar, izlediği videolar ve beğendiği paylaşımlar, bir süre sonra benzer içeriklerin art arda karşısına çıkmasına sebep olmaktadır. Bu durum, bireyin bilinçlenmesini desteklemekten ziyade, mevcut kanaatlerinin sürekli pekiştirilmesine yol açmaktadır. Böylelikle “doğru bilgi” ile “tanıdık söylem” arasındaki sınır giderek belirsizleşmektedir.

İnsan davranış modelleri ve bireyler arası ilişkiler, toplumların yapısal özellikleri ve kültürel kodları doğrultusunda farklılık göstermektedir. Birey, içinde yer aldığı toplumsal yapının onayını kazanmak, dışlanma riskinden kaçınmak ve çatışmadan uzak, uyumlu bir yaşam sürdürebilmek amacıyla sosyal normlara uygun davranışlar geliştirmekte; bu süreçte toplumsal kabullerin belirleyici olduğu bir kimlik inşa etmektedir. Böylece birey, yaşamını sürdürdüğü sosyal çevrenin koşullarına göre kendi düzenini oluşturmakta ve kurduğu ilişkiler ağı içerisinde şekillenerek toplumsal varlığını anlamlandırmaktadır (Bacanlı, 2004; Tajfel ve Turner, 1986).

5. HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNDE ETİK VE İLETİŞİM BOYUTU

5.1. Gizlenen Uygulamalar: Bitkisel Ürün ve Geleneksel Yöntemleri

Hasta ile hekim arasındaki ilişkinin temelinde güven yer almaktadır. Güven duygusunun zarar gördüğü durumlarda hasta, kullandığı bitkisel ürünleri, hacamat uygulamalarını yahut diğer geleneksel yöntemleri hekiminden gizleme eğilimine girmektedir. Bu gizleme davranışı çoğu zaman kötü niyetli değil; yargılanma korkusu, küçümsenme endişesi veya anlaşılmama hissinden beslenmektedir. Ancak bu sessizlik hâli, ilaç etkileşimlerinden yanlış doz uygulamalarına kadar uzanan ciddi tıbbi risk alanlarını doğurmaktadır.

GETAT uygulamaları, ruhsal ve fiziksel hastalıkların önlenmesi, tanılanması ve tedavi edilmesi ile sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak; bitkisel, hayvansal ve mineral kökenli uygulamalara, tarihsel tecrübelerle dayanan bilgi birikimlerine, kültürel ve inanç temelli yaklaşımlara, manevi terapi yöntemlerine ve elle uygulanan çeşitli teknikler ile egzersizleri içeren bütüncül bir sağlık pratikleri bütünü olarak tanımlanabilmektedir (Öztürk, 2021).

5.2. Yargılamadan Dinlemek: Empati Temelli Klinik İletişim Dili

Hekimin dili, yalnızca mesleki bilgi aktarımının aracı değil; aynı zamanda güven inşasının anahtarıdır. Sert, buyurgan ve mesafeli bir üslup, hastanın içine kapanmasına ve alternatif arayışlarını gizli bir şekilde sürdürmesine zemin hazırlamaktadır. Buna karşılık empati temelli iletişim, hastanın inançlarını ve deneyimlerini dikkate alan, küçümsemeyen ve anlamaya çalışan bir yaklaşımı ifade etmektedir. Bu yaklaşım, hasta ile hekim arasında bir “üst-alt” ilişkisi değil, bir “yol arkadaşlığı” duygusu üretmektedir.

5.3. Beklenti Yönetimi ve Gerçekçi Tedavi Hedeflerinin İnşası

İnsanlık tarihi boyunca hastalıkların tedavisinde şifalı bitkilerden ve hayvansal kaynaklı maddelerden elde edilen çeşitli tedavi edici unsurlar kullanılmış; bu uygulamalar, zaman

içerisinde geleneksel (konvansiyonel) tedavi yöntemlerinin teşekkül etmesine zemin hazırlamıştır. Süreç içerisinde hastalıkların ele alınış biçiminde önemli dönüşümler yaşanmış, özellikle 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren hastalıklar “modern tıp” anlayışı çerçevesinde bilimsel yöntemlerle incelenmeye başlanmıştır. 20. yüzyıla gelindiğinde ise pozitif bilimlerde kaydedilen büyük keşifler ve yenilikler, modern tıp yaklaşımına duyulan güveni pekiştirmiş ve konvansiyonel tedavi yöntemlerinin yerini büyük ölçüde bu yeni tıbbi paradigma almıştır (Köroğlu, 2019). Buna karşın modern tıp, insanlığın hastalıklara ilişkin beklentilerini tümüyle karşılayamamış; özellikle kronik hastalıklar, fonksiyonel bozukluklar ve malign hastalıkların tedavisinde karşılaşılan sınırlılıklar nedeniyle toplum, yeniden alternatif ve tamamlayıcı arayışlara yönelmiştir (Capra, 1982; Altun ve Özden, 2004). Birçok hasta, GETAT uygulamalarına “tam iyileşme” ve “mucize sonuç” beklentisiyle yönelmektedir. Bu beklentiler yönetilmediğinde hem modern tıba hem de geleneksel uygulamalara yönelik derin hayal kırıklıkları oluşabilmektedir.

5.4. Ortak Karar Alma Süreci: Hasta Değerleri ile Bilimsel Kanıtların Bütünleştirilmesi

Ortak karar alma, hastanın tedavi sürecinin edilgen bir unsuru olmaktan çıkarılarak, aktif bir paydaş hâline getirilmesini ifade etmektedir. Bu süreç, yalnızca seçenek sunmak değil; aynı zamanda bireyin değer dünyasını anlamayı gerektirmektedir.

Hasta açısından, kendisine uygulanacak tıbbi müdahale ve tedavi sürecinin nasıl gerçekleştirileceği ve bu sürecin muhtemel sonuçları kadar, söz konusu müdahaleyi hangi hekimin uygulayacağı da önemli bir husus olarak değerlendirilmektedir (Tacir, 2011). Hekim ile hasta arasında tesis edilmesi gereken güven ilişkisinin bir gereği olarak, hastanın hekim hakkında uygun şekilde aydınlatılması önem arz etmektedir; zira hasta bakımından hekimin mesleki kimliği ve yetkinliği belirleyici bir unsurdur. Bu çerçevede hekim, kendisine yönelik bilgilendirme sürecinde tedaviyle doğrudan ilişkili mesleki bilgi ve deneyimlerini paylaşmalı, ancak kişisel yaşamına ilişkin hususları bu bilgilendirme kapsamı dışında tutmalıdır (Ozanoğlu, 2011).

5.5. Manevi Hassasiyetler ve Kültürel Yetkinlik Temelli İletişim

Tıbb-ı Nebevi, şifalı bitkilerden sağlıklı gıdalara, sağlığın korunması ve geliştirilmesinden çeşitli hastalıkların tedavisine ve dengeli beslenmeye kadar uzanan geniş bir çerçevede, Hz. Muhammed’in sözleri ve uygulamalarına dayanan dinî nitelikli bir sağlık literatürünü ifade etmektedir (Efil, 2016). Hz. Peygamber’in sağlığa verdiği ehemmiyet, nimete şükürün bizzat sıhhat hâli içinde ve sıhhatin muhafazası yoluyla eda edilmesi anlayışına dayanmaktadır. Zira ibadetlerin sükûnet, huzur ve huşû içerisinde ifa edilebilmesi, ancak bedenî esenliğin mevcudiyetiyle mümkün olabilmektedir. İnsanın huşû, manevî haz, içsel gerilim, duygusal letafet, muhabbet ve vuslat iştiağı gibi derin hissiyatı idrak edebilmesi ve bu duygulardan lezzet alabilmesi, bedenî sıhhatli bir işleyişe sahip olmasına bağlıdır. Bu çerçevede kulluğun idraki ve ibadetlerin tadına varılması da bedensel sağlıktan bağımsız değildir. Keza Allah’ın dinine ve insanlığa yönelik hizmetlerin layıkıyla yerine getirilebilmesi, sağlıklı bir beden ile mümkün olmakta; zira sıhhatli bir vücudun gerçekleştirebileceği faaliyetler, marazlı bir bedenî icra edebileceklerinden hem nicelik hem de verimlilik bakımından daha üstündür (Mayda, 2008). Her birey, hastalık deneyimini kendi inanç dünyası,

kültürel kökeni ve hayat tecrübeleri çerçevesinde anlamlandırmaktadır. Bu sebeple sağlık iletişimi, tek tip bir model üzerine kurulamaz.

Günümüzün sınırsız üretim ve tüketim odaklı yapısı içerisinde insanı yalnızca maddi bir varlık olarak konumlandıran ideolojik yaklaşımların aksine, İslam dini insanı “eşref-i mahlûkat” olarak tanımlamakta ve onun hem ruhsal hem de bedensel boyutlarını birlikte ele almaktadır. Bu bütüncül bakış açısı çerçevesinde, insanın karşılaşabileceği sağlık sorunlarına ilişkin koruyucu ve iyileştirici ilkelerin, yaklaşık on dört asır önce dinin uygulayıcısı olan Hz. Muhammed’in söz ve pratiklerinde karşılığını bulduğu görülmektedir. Koruyucu sağlık başlığı altında tasnif edilen hadisler incelendiğinde; sağlıklı bir yaşamın nasıl inşa edileceğinden dengeli ve yeterli beslenmenin esaslarına, stresin yönetiminden ruhsal doyumun sağlanmasına ve beden sağlığının sürdürülebilirliğine kadar pek çok alanda yol gösterici öğretilerin yer aldığı anlaşılmaktadır (Kurt, 2022).

6. GETAT HİZMETLERİNDE KURUMSAL VE TOPLUMSAL GÜVEN İNŞASI

6.1. Modern Tıp ile Alternatif Tıp Arasındaki Güven Farkı

Toplumun sağlık alanına duyduğu güven, önemli ölçüde söz konusu alanın kurumsal yapısı, şeffaflığı ve denetlenebilirliği ile ilişkilidir. GETAT uygulamaları, bu güvenin kurumsal zemininin oluşturulmasına katkı sunabilecek bir çerçeve olarak değerlendirilmektedir.

Söz konusu tedavi yaklaşımlarının ortak paydası, doğa ile uyumlu olmaları ve insan bedeninin bütünlüğünü muhafazayı amaçlamalarıdır. Bu çerçevede koruyucu tıp anlayışı ön plana çıkmakta; yalnızca semptomları bastırmaya yönelik müdahalelerden ziyade, hastalığın kökenine inmeyi hedefleyen bütüncül ve köklü bir iyileştirme yaklaşımı benimsenmektedir. İnsan varlığı, yalnızca fizyolojik bir yapıdan ibaret olmayıp beden ve ruhun ayrılmaz birlikteliği içerisinde değerlendirilmelidir. Bedensel düzeyde ortaya çıkan ağrı ve rahatsızlıklar, çoğu zaman ruhsal düzlemde yaşanan incinmelerin ve çözülmemiş gerilimlerin yansıması olarak tezahür etmektedir. Bu nedenle ruhsal boyut dikkate alınmaksızın gerçekleştirilen bir tedavi sürecinin, kalıcı bir iyilik hâli sağlaması güç görünmektedir. Kaza ve travma gibi dışsal etkenlere bağlı hastalıklar istisna tutulduğunda, sağlık ve hastalık hâllerinin önemli ölçüde bireyin iç dünyasıyla bağlantılı olduğu söylenebilir. Hastaya yöneltilen ilgi, anlayış ve güven duygusu, iyileşme sürecinin erken safhalarında dahi olumlu etkiler doğurabilmekte; kimi zaman bu etki, beklenmedik derecede hızlı bir toparlanma ile sonuçlanabilmektedir. Buna karşılık modern tıbbın hâkim yaklaşımı, çoğunlukla ölçülebilir ve gözlemlenebilir olan bedensel unsurlara odaklanmakta; ruhsal ıstırapın bedensel hastalıklar üzerindeki belirleyici rolünü kavramakta sınırlı kalmaktadır. Oysa tarihsel kültür birikimi, edebî metinler, tasavvufî düşünce ve sözlü anlatılar, ruhun incinmesi hâlinde bedenin giderek değersizleştiğini, hatta kimi durumlarda bireyin kendine zarar verici davranışlara yöneldiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, bireyin ruhsal dünyasına temas edilebildiği, içsel çatışmalarının çözümlenebildiği ve kendisiyle barışmasının sağlanabildiği durumlarda, bedenin de bu iyileşme sürecine eşlik ederek hızla sağlığına kavuştuğu görülmektedir (Uzun Göçmen, 2022).

6.2. Etik Standartlar, Sertifikasyon ve Denetim Mekanizmalarının Toplumsal Algıya Etkisi

Türkiye’de GETAT uygulamalarının kanıta dayalı, etkin ve güvenilir bir yapıya kavuşturulması ve mevcut sağlık sistemiyle bütünleştirilmesi amacıyla, Türkiye Cumhuriyeti Onuncu Kalkınma Planı ile Sağlık Bakanlığı’nın 2013–2017 Stratejik Planı çerçevesinde çeşitli çalışmalar yürütülmüş; bu sürecin bir sonucu olarak 27 Ekim 2014 tarihinde “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” yayımlanmıştır. Söz konusu yönetmelik ile GETAT uygulamalarına ilişkin temel ilkeler belirlenmiş, uygulamaların gerçekleştirileceği merkezlerin taşınması gereken nitelikler ile uygulayıcıların yetki ve sorumluluk alanları açık biçimde tanımlanmıştır. Yönetmelikte, GETAT uygulamalarını yapmaya yetkili kişiler sertifika sahibi tabipler olarak belirlenmiş, diş hekimlerinin ise yalnızca kendi mesleki yetki alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla bu uygulamaları gerçekleştirebilecekleri hüküm altına alınmıştır. Ayrıca tabip ve diş hekimi dışında kalan, ilgili alanda temel eğitime sahip diğer sağlık meslek mensuplarının, sertifikalı tabip veya diş hekiminin gözetim ve denetimi altında uygulamalara katılabilecekleri ve uygulama süreçlerinde yardımcı rol üstlenebilecekleri ifade edilmiştir (Resmi Gazete). Belgelendirme süreçleri ve etik çerçeveler, yalnızca resmi bir formalite değil; toplum nezdinde meşruiyet üreten sembolik araçlar haline gelmiştir.

6.3. Şifahane Geleneğinden Günümüze: Bütüncül Şifa Anlayışının Yeniden Anlamlandırılması

Tarihsel hafıza içerisinde şifahaneler, yalnızca hastalıkların tedavi edildiği mekanlar olarak değil; aynı zamanda bireyin ruhsal, bedensel ve toplumsal varlığının birlikte değerlendirildiği şifa merkezleri olarak yer edinmiştir. Bu kurumlarda hastalık, yalnızca fizyolojik bir bozukluk şeklinde ele alınmamış; bireyin yaşam koşulları, sosyal çevresi ve manevî dünyasıyla ilişkili bir durum olarak anlaşılmaya çalışılmıştır.

Darüşşifa geleneğinin günümüz sağlık sistemine kurumsal düzeyde aktarılabilmesi için modern sağlık tesislerinin planlanmasında şifa bahçeleri ve biyofilik mimari gibi insanın ruhsal iyilik hâlini destekleyen unsurlara yer verilmelidir. Bununla birlikte ruhsal iyileşmeyi destekleyen geleneksel uygulamalar, bilimsel dayanaklar esas alınarak GETAT çerçevesinde sağlık sistemine entegre edilmelidir. Tıp ve sağlık yönetimi eğitim müfredatları ise etik ilkeler, şefkat anlayışı ve bütüncül sağlık yaklaşımını kapsayacak biçimde yeniden düzenlenmeli; sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik programlarla toplumun bilinç düzeyi yükseltilerek bu dönüşümün toplumsal zemini güçlendirilmelidir (Alpaslan, 2026).

Günümüz sağlık sistemleri büyük ölçüde hız, verimlilik ve teknik kapasite ekseninde yapılandırılmaktadır. Bu yapı, hastayı merkeze alan bir yaklaşımı benimsemekle birlikte, bireyin anlam dünyası, yalnızlık deneyimi ve manevî ihtiyaçları çoğu zaman ikincil düzeyde ele alınabilmektedir. Şifahane geleneğinden esinlenen bütüncül şifa yaklaşımı, söz konusu alanlara ilişkin tamamlayıcı bir perspektif sunarak sağlık hizmetlerinin insan merkezli boyutunu güçlendirme potansiyeli taşımaktadır.

Şifahanelerin modern sağlık ihtiyaçlarına uyarlanması sürecinde, geleneksel tedavi pratiklerinin kanıta dayalı tıbbi yaklaşımlarla birlikte ele alınması temel bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır. Bu çerçevede fiziksel tedavi, psikoterapi ve geleneksel-tamamlayıcı tıp

uygulamalarının eşgüdüm içerisinde sunulduğu bütüncül bir sağlık anlayışı benimsenmeli; bireyin yalnızca bedensel değil, ruhsal iyilik hâli de tedavi sürecinin asli bir unsuru olarak değerlendirilmelidir. Şifahanelerin mimari ve çevresel düzenlemelerinde terapi bahçeleri ve yeşil alanlara yer verilerek doğayla etkileşimi güçlendiren iyileştirici mekânlar oluşturulmalı; sağlık profesyonellerinin ve toplumun bu kurumların tarihsel arka planı ve sunduğu faydalar hakkında bilgilendirilmesi teşvik edilmelidir. Bunun yanı sıra uzaktan sağlık hizmetleri, mobil uygulamalar ve dijital izlem sistemleri gibi teknolojik araçların entegrasyonu sağlanmalı, toplumsal katılım ve sahiplenme mekanizmaları desteklenmelidir. Bu unsurların birlikte ele alınması, şifahanelerin tarihsel mirasını muhafaza ederken modern tıbbın imkânlarıyla daha etkili, sürdürülebilir ve insani bir sağlık hizmeti sunulmasına katkı sağlayacaktır (Alpaslan, 2026).

Bu yeniden anlamlandırma süreci, modern tıbbı reddeden romantik bir geri dönüş olarak değil; aksine modern tıbbın sunduğu imkânları, geleneksel şifa kültürünün insan onuruna saygı, merhamet ve bütüncül yaklaşım gibi değerleriyle bütünleştirme çabası olarak değerlendirilebilir. Böyle bir yaklaşım, GETAT hizmetlerinin modern sağlık sistemiyle uyumlu, etik ilkelere dayanan ve insan merkezli bir çerçevede yeniden konumlandırılmasına olanak sağlayabilir.

7. SONUÇ

GETAT hizmetlerine yönelik toplumsal algı, yalnızca bireysel bir sağlık tercihi değil; tarihsel derinliği olan, kültürel kodlarla örülü ve inanç sistemleriyle desteklenen çok katmanlı bir yapıdır. Modern tıp sistemlerinin yüksek teknoloji odaklı yapısının hastayı ruhsal ve kültürel bağlamından koparıp yalnızca “hasta bir beden” olarak görmesi, bireyleri kendilerini bütüncül olarak ele alan ve daha anlam yüklü bir şifa dili sunan GETAT uygulamalarına yöneltmektedir. Bu arayışta, özellikle Anadolu coğrafyasında kuşaklararası aktarımla beslenen kolektif hafıza ve İslam medeniyetinin bir parçası olan Tıbb-ı Nebevi referansları, toplum nezdinde güçlü bir meşruiyet alanı oluşturmaktadır. Ancak bu manevi ve kültürel motivasyonun, günümüz tüketim toplumunda bir pazarlama aracına dönüştürülme riski ve “doğal olan masumdur” yanılmasının yarattığı farmakolojik riskler göz ardı edilmemelidir.

Sağlık okuryazarlığının sınırlı olduğu toplumsal yapımızda, dijitalleşmeyle beraber ortaya çıkan infodemi sorunu, denetimsiz mecralarda yayılan “mucize kür” söylemleri üzerinden yanlış bilginin meşruiyet kazanmasına ve merdiven altı uygulamaların yaygınlaşmasına zemin hazırlamaktadır. Bu noktada, bilimsel bilginin soğuk ve teknik dilinden arındırılarak toplumun anlam dünyasına hitap eden bir “hikmet diline” tercüme edilmesi, GETAT hizmetlerinde sağlıklı bir iletişim zemini inşası için zaruridir. Özellikle eczacıların ve aile hekimlerinin, hastayı yargılayan veya dışlayan bir otorite dili yerine; onları “anlayan”, riskler konusunda şeffaf bilgi sunan birer rehber konumuna yükselmesi, hasta-hekim arasındaki güven krizini aşmada kilit rol oynamaktadır. Neticede GETAT’ın geleceği, modern tıbbı reddeden romantik bir maziye dönüş değil; modern tıbbın imkanlarını kadim şifahane geleneğinin merhamet, sabır ve bütüncül bakış açısıyla buluşturma çabasıdır. GETAT uygulamalarının kanıta dayalı bir yapıda sağlık sistemine entegre edilmesi, yalnızca yasal düzenlemelerle değil, aynı zamanda etik standartların korunduğu ve insanın ruhsal esenliğinin

de tedavi sürecinin asli bir unsuru olarak kabul edildiği insan merkezli bir iletişim stratejisiyle mümkündür.

KAYNAKÇA

- Akyurt, N. (2009). Sağlıkta İletişim ve Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(4), 19.
- Alpaslan, M. Ş. (2026). *Türkiye Sağlık Sisteminde Öze Dönüş; Şifahanelerin Sağlık Kuruluşlarına Entegre Edilebilirliğine Yönelik Nitel Bir Araştırma*. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi (Yayınlanmamış)).
- Altun, R., & Özden, A. (2004). Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp. *Güncel Gastroenteroloji*, 8(3), 231-235.
- Arkonaç, S. A. (2005). *Psikoloji: Zihin süreçleri bilimi*. Alfa Yayınları.
- Atabek, Ü., Atabek, G., & Bilge, D. (2013). Televizyon Sağlık Programlarında İdeolojik Söylemler. *Galatasaray İletişim Dergisi*, 11-30.
- Bacanlı, H. (2004). *Sosyal ilişkilerde benlik: Kendini ayarlama psikolojisi* (2 b.). İstanbul: MEB.
- Capra, F. (1982). The Turning Point: science, society, and the rising culture. london, fontana/ flamingo; Bantam Books.
- Dalkılıç, S., & Kurtoğlu, R. (2021). Hastaların tüketicileştirilmesi ve hasta güçlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 456-471.
- De Jesus, M. (2013). The Impact of Mass Media Health Communication on Health Decision-Making and Medical Advice-Seeking Behavior of U.S. Hispanic Population. *Health Communication*, 525-529. doi:10.1080/10410236.2012.701584.
- Duran, M., & Özbek, E. (2022). Bütüncül ve Fonksiyonel Tıpta Yoga ve Sağlıklı Yaşam. Y. K. Haspolat içinde, *Farklı Yaklaşımlarla Bütüncül ve Fonksiyonel Tıp* (s. 244-264). Diyarbakır: Orient Yayınları.
- Edwards, S., Rocha, I., Williamson, E., & Heinrich, M. (2015). Phytopharmacy : an evidence-based guide to herbal medical products. s. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Efil, Ş. (2016). *Din-Sağlık İlişkisinin İmkı Sorunu*. Bursa: Emin Yayınları.
- Elmacı, N. (2013). *Sağlık Antropolojisi: Diyarbakır Örnekleri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Gündoğdu, G. (2021). Televizyon Sağlık Programlarının Eleştirel Sağlık İletişimi Bağlamında İzleyici Yönünden Analiz edilmesi. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 8(2), 186-205.
- Hall, S. (1980). *Encoding and decoding in the television discourse. In CCCS selected working papers*. Routledge.

- Katerere, D., Thembo, K., & Street, R. (2019). Interrogating the Framework for the Regulation of Complementary Medicines in South Africa. *Traditional and Indigenous Knowledge for the Modern Era: A Natural and Applied Science Perspective*.
- Katınç, F. (2024). *Din, Gelenek ve Spiritüellik Bağlamında Geç Modern Şifa Arayışları: Gerçek Tıp Hareketi Örneği*. Bursa.
- Keskin, E. N. (2024). TAMAMLAYICI ALTERNATİF TİPA YÖNELİMDE SOSYAL ETKİLEŞİMİN ROLÜ. *Muhakeme Dergisi*, 7(2), 191-206.
- Korthals-De Bos, I., Hoving, J., Van Tulder, M., Rutten-van Mölken, M., Adler, H., De Vet, H., & ... & Bouter, L. (2003). Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 326(7395), 911-916.
- Köroğlu, F. T. (2019). *Kas İskelet Sistemi Ağrılarında Akupunktur Kullanılan Geriatrik Hastalarda Kognitif Fonksiyonların Seyri*. Ankara: (Doctoral dissertation, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi).
- Köycü, E. (2015). Peygamberimiz Hz. Muhammed'in (S.A.S.) İnsan Sağlığının Korunmasında Tavsiye Ettiği Modern Tıpta da Uygulanabilecek Bazı Tedavî Yöntemleri. *Adana 2015 Uluslararası İslam ve Tıp (Tıbb-ı Nebevi) Kongresi*, (s. 105-120). Adana.
- Kurt, M. E. (2022). Tıbbi Nebevi, Koruyucu Sağlığın Yeniden İnşası. Y. K. Haspolat içinde, *Farklı yaklaşımlarla bütüncül ve fonksiyonel tıp* (s. 370-393). Diyarbakır: Orient Yayınları.
- Mayda, A. (2008). *Tıbb-ı Nebevî*. İzmir: Işık Yayınları.
- Mollahaliloğlu, S., Uğurlu, F. G., Kalaycı, M., & Öztaş, D. (2015). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında yeni dönem. *Ankara Medical Journal*, 15(2), 102-105.
- Nasr, S. H. (2006). Islamic science: An illustrated study. *World of Islam Festival Publishing Company Ltd*, 155.
- Ozanoğlu, S. H. (2011). "Hekimlerin Hastalarını Aydınlatma Yükümlülüğü". *AÜHF Dergisi*, 191.
- Öztürk, F. (2021). *Kas-İskelet Sistemi Ağrısı İle Ortopedi Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi Ve Deneyimleri*. Ankara: Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği.
- Öztürk, L. (2013). *İslam Tıp Tarihi Üzerine İncelemeler*. İstanbul: Ensar Yayıncılık.
- Öztürk, L. (2016). *Geçmişten Günümüze Din ve Sağlık*. İstanbul: Açılımkitap.
- Öztürk, Y. E., Dömbekci, H. A., & Ünal, S. (2020). Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Bütüncü ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 1(3), 23-35.
- Rahman, F. (1987). *Health and medicine in the Islamic tradition: Change and identity*. . ABC International Group.

- Resmi Gazete. (tarih yok). *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Yönetmeliği*. 01 21, 2026 tarihinde Resmi Gazete: . <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm> 27 Ekim 2014/ 29158. adresinden alındı
- Şahin., S. (2017). Geleneksel, Tamamlayıcı, Alternatif Tıp Uygulamalarına Genel Bir Bakış. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(4), 159-162.
- Sabırcan, F. (2012). *Sağlık İletişimi Kampanyalarının Davranış Değişikliği Oluşturmadaki Rolü: Türkiye’de Son 15 Yılda Yapılmış Olan Kampanyalardan Örnekler Çerçevesinde Bir Değerlendirme*. İstanbul: , İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası. (2014, Aralık). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*. Sağlık-Sen: <http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a4> adresinden alındı
- Sulik, G. A., & Eich-Krohm, A. (2008). No longer a patient: The social construction of the medical consumer. *Patients, Consumers and Civil Society*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması*. T.C. Sağlık Bakanlığı: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/563> adresinden alındı
- Tacir, H. (2011). *Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı*. İstanbul.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The Social Identity Theory of Inter-group Behavior, in S. Worchel and LW Austin (eds) *Psychology of Intergroup Relations*. Nelson-Hall.
- Tütüncü, S., Taneri, P. E., Akış, N., Belek, İ., Yarış, E., Kalkan, Ş., & ... İskit, A. B. (2017). Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. *Tıbbın Alternatifi Olmaz! Geleneksel Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları* (s. 275-288). içinde Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Uzun Göçmen, S. (2022). Bütüncül Ve Fonksiyonel Tıpta Biyofiziksel Metodlarla Tedavinin Yeri ve Önemi. Y. K. Haspolat İçinde, *Farklı Yaklaşımlarla Bütüncül Ve Fonksiyonel Tıp* (s. 707-733). Diyarbakır: Orient Yayınları.
- Yılmaz, N., & Erdem, R. (2016). Uzmanlaşma ve tıpta bütüncül yaklaşım üzerine bir değerlendirme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7(16), 35-47.
- Yüksel, E., Kaya, A. Y., Koçak, A., & Aydın, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Konulu Yayınların Analizi. http://ekurgu.anadolu.edu.tr/assets/upload/pdf/20160531150457_ekurgu.pdf, erişim tarihi: 05.06.2018 adresinden alındı

ON BİRİNCİ BÖLÜM

ULUSLARARASI SAĞLIK SİSTEMLERİNDE GETAT UYGULAMALARI

Halil DEMİR¹

1. GİRİŞ

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamaları, biyomedikal bilgi ve teknolojinin hızlı ilerlediği bir dönemde dahi küresel ölçekte görünürlüğünü koruyan; bazı ülkelerde ise kurumsal düzeyde daha belirgin şekilde yapılandırılan bir alan olarak dikkat çekmektedir. Bu sürekliliği yalnızca “kültürel alışkanlık” ile açıklamak çoğu bağlamda yetersiz kalır. Sağlık hizmetlerine erişimde coğrafi ve sosyoekonomik eşitsizlikler, kronik hastalık yükündeki artış, hastaların daha bütüncül bakım beklentileri ve kimi sağlık sistemlerinde geleneksel uygulamaların resmî düzenleme çerçevesi içinde tanımlanması gibi etkenler, GETAT’ın güncel sağlık mimarisi içindeki yerini belirleyen başlıca dinamikler arasında sayılabilir. Dünya Sağlık Örgütü’nün küresel strateji yaklaşımı da bu alanın pek çok ülkede fiili kullanımını kabul ederken; güvenlik, kalite, uygun kullanım ve sağlık sistemleriyle uyumlu entegrasyon başlıklarını politika düzeyinde kritik eksenler olarak konumlandırmaktadır (World Health Organization, 2025).

GETAT’ın uluslararası sağlık sistemlerindeki konumu, tek bir modele indirgenemeyecek ölçüde çeşitlilik göstermektedir. Bazı ülkelerde GETAT, resmî hizmet paketinin dışında konumlanmakta ve daha çok bireysel tercihler ile piyasa dinamikleri üzerinden şekillenmektedir. Buna karşılık bazı ülkelerde daha kapsamlı bir kurumsal çerçeve oluşturulmuştur. Bu çerçeve; uygulayıcıların eğitimi ve lisanslanmasını, hizmet sunumunun sınırlarının tanımlanmasını, ürünlerde kalite güvencesi ve standardizasyon süreçlerini ve kimi zaman finansman/geri ödeme düzeneklerini içerebilmektedir. Bu nedenle karşılaştırmalı analizlerde “var-yok” gibi ikili bir ayrımdan ziyade, hangi alanların düzenlendiği, hangi araçların kullanıldığı ve kanıt gereksinimlerinin nasıl tanımlandığı soruları daha açıklayıcı bir zemin sunar. Özellikle ürün regülasyonu boyutunda, ülkelerin klinik çalışma temelli ya da geleneksel bilgi/insan kullanım geçmişi temelli yetkilendirme yollarını farklı kanıt eşikleriyle birlikte kullandığı; bunun da güvenlik, kalite ve etkinlik değerlendirmelerinde farklı sonuçlar üretebildiği gösterilmektedir (Chen vd., 2025; World Health Organization, 2025).

Bu bölümde yalnızca Uzak Doğu örnekleri (Çin, Kore, Hindistan ve Japonya) değil; Batı modelleri (Almanya, ABD, İngiltere ve İsviçre) ile entegratif tıp yaklaşımlarının (yaşam tarzı tıbbi/fonksiyonel tıp, entegratif onkoloji, ağrı yönetimi ve akademik ağlar) sağlık sistemleri içinde hangi kurumsal araçlarla konumlandırıldığı birlikte ele alınmaktadır. Uzak Doğu bağlamında özellikle, geleneksel ürün ve uygulamaların değerlendirilmesinde “uzun kullanım geçmişi” kavramının düzenleyici süreçlerde nasıl dikkate alındığı; bu tür bir kanıtın

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Akyazı Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Pr., halildemir@subu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-9374-9739.

modern klinik değerlendirme yaklaşımlarıyla hangi çerçevede ilişkilendirildiği, karşılaştırmalı düzenleme literatüründe ayırt edici bir tartışma başlığıdır (Liang vd., 2021). Kore örneğinde ise sistem içi yerleşim; hizmetin ulusal sigorta kapsamındaki konumu ve kapsamın yapısal özellikleri üzerinden somutlaşmakta, kapsama alınan hizmet türleri ve sigorta tasarımıyla ilişkin temel meseleler ayrıntılı biçimde tartışılmaktadır (Lim, 2013). Entegratif tıp başlığında öne çıkan kurumsal hatlardan biri de, kanıta dayalı yaklaşımın araştırma, eğitim ve klinik bakım modellerinde geliştirilmesini hedefleyen akademik konsorsiyum yapılanmalarıdır (Tick vd., 2019).

2. UZAK DOĞU MODELLERİ

Uzak Doğu modellerini anlamlandırmak için, GETAT'ın sağlık sistemi içindeki yerini dört temel soru ekseninde birlikte izlemek açıklayıcı olur: (1) Hizmet sunumu: GETAT hizmeti nerede konumlanır; hastane içinde ayrı bir birim olarak mı, bağımsız kurumlarda mı, yoksa birinci basamak düzeyinde mi sunulur? (2) Uygulayıcı profili ve lisanslama: Uygulama yalnızca modern tıp hekimleri üzerinden mi yürür, ayrı bir mesleki lisans hattı mı vardır, yoksa karma ekip modelleri mi öne çıkar? (3) Ürün ve yöntem standardizasyonu: Bitkisel ürünler ve formüller hangi standartlar üzerinden tanımlanır; kalite güvencesi ve güvenlik izlemi hangi araçlarla sağlanır? (4) Finansman: Ödeme biçimi nedir; geri ödeme varsa kapsam, şartlar ve izlem hangi mantıkla kurgulanır?

Aşağıdaki alt başlıklarda her ülke, bu eksenler üzerinden sistematik biçimde ele alınmaktadır. Öncesinde ise Tablo 1, söz konusu soruların Uzak Doğu örneklerinde pratik olarak nasıl ayrıştığını göstermek üzere farklı yaklaşımlarla özetlenmiştir. Tablo 11.1 ayrıca GETAT alanının sağlık sistemiyle ilişkisini; (i) kurumsal çerçeve, (ii) mesleki yapı, (iii) standardizasyon/kalite-güvenlik yaklaşımı, (iv) kamu sistemi ve finansman bağlantısı ve (v) kanıt üretimi altyapısı eksenlerinde bir arada okumayı amaçlar. Buradaki tablo dili özellikle temkinli tutulmuştur: geri ödeme kapsamı gibi başlıklarda ülke ölçeğinde “kesin oran/kapsam” ifade etmek için, doğrudan ve güncel birincil mevzuat ya da resmî ödeme dokümanına dayanmayan nicel iddialardan kaçınılmıştır. Buna karşılık, kurumsal çerçeve ve kanıt üretimi boyutlarında literatür ile resmî politika/rehber dokümanlarının işaret ettiği daha genel bilimsel yaklaşımlar öne çıkarılmıştır.

Tablo 1. Uzak Doğu Modellerinde GETAT'ın Kurumsal Çerçevesi: Düzenleyici Dayanaklar, Örgütlenme ve Sistem İçi Görünürlük

Ülke	Düzenleyici dayanak / çerçeve	Mesleki statü ve yetkilendirme	Ürün / uygulama standardizasyonu (örnek)	Kamu sistemi ve finansmanla ilişki	Kanıt üretimi ve kurumsal altyapı (örnek)	Kaynaklar
Çin	TCM-biyotıp ilişkisinin “entegrasyon” başlığı altında ele alındığı kurumsal çerçeve	TCM için ayrı eğitim/kurumsallaşma hattı; entegrasyonun yönetimi ve uygulama düzeyinde tartışılması	Çok bileşenli bitkisel formüllerde kalite-güvenlik ve standardizasyon; “uzun kullanım geçmişi” (history of use) kavramı	Geri ödeme kapsamına ilişkin genelleyici yargıdan kaçınarak; entegrasyon tartışmasının düzenleme-kurumsallaşma ve kanıt standartları ekseninde izlenmesi	Entegre TCM-Batı tıbbi derleme/meta-analizlerinde kanıt kalitesi heterojenliği ve yöntemsel sınırlılıkların vurgulanması; “history of use” temelli düzenleyici karşılaştırmalar	Chen & Xu (2003); Fung & Linn (2015); Liang vd. (2021); Zhuang vd. (2022)
Güney Kore	Modern tıp-Korean Medicine (KM) için kurumsal olarak ayrılan, ulusal sistem içinde tanımlı ikili yapı	KM'nin kurumsal tanınması; ayrı eğitim/ruhsat hatları	Bitkisel ilaç klinik araştırmalarının düzenlenmesi; klinik araştırma altyapısının çerçevesi	Ulusal sağlık sigortası kapsamında KM geri ödeme hattı; kapsamın tartışmalı alanları	KM'nin sigorta kapsamı ve yapısal sorunlarına ilişkin değerlendirmeler; bitkisel ürün klinik araştırması regülasyonuna ilişkin derleyici kanıt	Lim (2013); Lee vd. (2021); Liang vd. (2021)
Hindistan	Çoklu geleneksel sistemlerin tek çatı altında sınıflandığı ve idari olarak yapılandırıldığı AYUSH çerçevesi	Ayurveda, Yoga & Naturopati, Unani, Siddha, Sowa-Rigpa ve Homeopathy'nin kurumsal çatı altında tanımlanması	COVID-19 döneminde rehber/advisory dokümanları ve araştırma gündemi gibi araçlarla kamusal görünürlüğün artması	Ülke ölçeğinde geri ödeme oranı/kapsam yüzdesi gibi doğrulama gerektiren nicel genellemelerden kaçınarak; kamu yönetimi ve rehberlik üretimi hattı	Pandemi döneminde kurumsal girişimler ve araştırma yönelimi (editorial değerlendirme + kurumsal advisory)	Ministry of AYUSH, Government of India (2020); Kotecha (2021)
Japonya	Kampo'nun modern sistemle ilişkisinin ulusal sigorta kapsamı ve reçeteleme pratikleri üzerinden izlenebilmesi	Hekim reçetelemesi üzerinden klinik kullanımın görünür olması; kullanım örüntülerinin idari veri ve anketlerle izlenmesi	Kampo formüllerinde standardizasyon; modern araştırma çerçeveleri (örn. “omics” yaklaşımları)	Kampo ekstrakt formüllerinin ulusal sigorta sistemi içinde tanımlı olması; idari verilerle kullanım ve kombinasyon paternlerinin analiz edilebilmesi	Büyük idari veriyle reçete örüntüleri (claims); farmakovijilans ve advers olay veri madenciliği; araştırma çerçevesi önerileri	Katayama vd. (2013); Yamana vd. (2020); Yamamoto (2022); Kuchta & Cameron (2022); Uneda vd. (2024); Tahara vd. (2025)

2.1. Çin: Geleneksel Çin Tıbbı ve Biyotıbbın Kurumsal Birlikteliği

Çin’de Geleneksel Çin Tıbbı (Traditional Chinese Medicine, TCM), modern tıpla birlikte sağlık sisteminin kurumsal bileşenlerinden biri olarak ele alınmaktadır. TCM-Batı tıbbi ilişkisinin 20. yüzyıl boyunca “bütünleştirme” ekseninde tartışıldığı klasik çerçeveler, TCM’nin yalnızca tamamlayıcı bir pratik alan olarak değil; kurumlar ve eğitim düzenekleri üzerinden süreklilik kazanan bir hizmet hattı olarak da konumlandırılabilirdiğini göstermektedir (Chen ve Xu, 2003).

Bu yaklaşım, TCM’nin Çin sağlık sistemi içindeki rolünü tarihsel ve örgütsel boyutlarıyla değerlendiren çalışmalarda sürdürülmüştür. Bu çalışmalarda TCM’nin iki ana akım uygulamadan biri olarak sistemle ilişkisi; kamu desteği, hizmet üretimi ve kurumsal mimari üzerinden tartışılmaktadır (Xu ve Yang, 2009).

Çin örneğinde “entegrasyon” fikrinin söylem düzeyinde kalmaması ve hizmet örgütlenmesi içinde farklı kurumsal biçimler alabilmesi ayırt edici bir noktadır. Literatür, Çin’de TCM ve biyotibbin iki ana akım pratik olarak birlikte var olmasının yanı sıra, TCM ile modern tıbbi bir araya getirmeyi hedefleyen “entegre tıp” yaklaşımının da sistem içinde ayrı bir hat olarak tanımlanabildiğine işaret etmektedir (Chen ve Xu, 2003; Xu ve Yang, 2009).

Bu çoğulluk iki yönde görünür hâle gelmektedir. Birincisi, TCM’nin kendi hastane ve kurumları üzerinden ayrı bir hizmet sunumu olarak örgütlenmesidir. İkincisi ise TCM–Batı tıbbi birlikteliğini klinik süreçlere taşımayı amaçlayan kurum tipleri ve uygulama düzeneklerinin gelişmesidir (Xu ve Yang, 2009). Bununla birlikte TCM’nin sistem içindeki görünürlüğünün artması, kalite ve güvenlik yönetimi gereksinimini azaltmamakta; aksine çok bileşenli formüller, ürün çeşitliliği ve uygulama heterojenliği nedeniyle standardizasyon ve izlem kapasitesine duyulan ihtiyacı daha belirgin kılabilmektedir. Bu tür bir yapı, “geleneksel kullanım” ile “modern değerlendirme” mantıklarının aynı anda yönetilmesini; hammaddeden üretim süreçlerine, klinik kullanımın izlenmesinden risk-yarar değerlendirmesine uzanan daha teknik bir düzenleyici kapasiteyi gerektirir (Hua vd., 2025). Entegrasyonun genişlediği ortamlarda, özellikle ilaçlarla birlikte kullanımın yaygınlaşması; olası ilaç-bitkisel ürün etkileşimleri gibi iatrojenik risklerin yönetimini gündeme taşımakta ve klinik iletişim/izlem mekanizmalarının önemini artırmaktadır (Tsai vd., 2013).

COVID-19 dönemi ise Çin’de ve daha geniş literatürde “entegre TCM–Batı tıbbi” uygulamalarına ilişkin çok sayıda çalışma üretmiş; bu üretim içinde sistematik derlemeler ve meta-analizler de yer almıştır. Örneğin Zhuang ve çalışma arkadaşlarının meta-analizi, entegre yaklaşımı değerlendiren çalışmaları bir araya getirerek bazı klinik sonuçları açısından olumlu sonuçlar bildiren bulgular rapor etmekle birlikte, kanıtların heterojenliğine ve yorumlarda ihtiyatlı olunması gerektiğine dikkat çekmektedir (Zhuang vd., 2022). Dolayısıyla bu literatür, “kesin etkilidir/etkisizdir” ikiliğine sıkıştırılmadan; çalışma tasarımları, yanlılık riskleri ve yöntemsel farklılıkların sonuçları etkileyebileceği kabul edilerek, kanıtın niteliğine duyarlı bir okuma ile değerlendirilmelidir (Zhuang vd., 2022).

Özetle Çin modeli, TCM’nin modern sistem içinde kurumsallaşmasının ve farklı entegrasyon biçimlerinin mümkün olabildiğini gösterirken; aynı zamanda bu kurumsallaşmanın standardizasyon, kalite-güvenlik izlemine dönük teknik ve yönetsel altyapıyı zorunlu kıldığı bir örnek olarak öne çıkmaktadır (Chen ve Xu, 2003; Hua vd., 2025; Xu ve Yang, 2009).

2.2. Güney Kore: İkili Yapı, Lisans Ayrımı ve Sigorta Kapsamı

Güney Kore modeli, GETAT alanının modern tıpla yan yana fakat ayrı lisans ve meslek sınırları içinde yürütüldüğü örnekler arasında en sık referans verilen çerçevelerden biridir. Bu yaklaşımın tipik özelliği, geleneksel Kore tıbbının (Korean Medicine, KM) uygulayıcılarının modern tıp hekimlerinden ayrı bir eğitim ve lisans hattına sahip olması; buna karşın sağlık sistemi içinde resmî bir yerinin bulunmasıdır. Nitekim Kore’de Korean Medicine’in (KM) eğitim hattı ve kurumsal yapılanması, modern tıp sistemiyle paralel ilerleyen bir profesyonel yapı olarak tanımlanmaktadır. Bu paralel yapı, sağlık hizmeti sunumunun örgütlenmesini ve mesleki sınırların pratikte nasıl işlediğini de belirgin biçimde etkilemektedir (Han, 2016). Modelin öne çıkan boyutu ise, bu ikili yapının yalnızca mesleki statü düzeyinde kalmaması;

finansman ve hizmet kodlama düzeyinde de kurumsal bir karşılık üretebilmesidir (Leem vd., 2020).

KM hizmetlerinin ulusal sigorta kapsamındaki yerini tarihsel bağlamıyla ele alan çalışma, Kore’de KM sigorta kapsamının 1980’lerden itibaren geliştiğini ve 1987 yılında ulusal sağlık sigortası kapsamında KM hizmetlerinin yer almaya başladığını vurgulamaktadır (Lim, 2013). Bu çerçevede sigorta kapsamı, yalnızca “ödeme kolaylığı” anlamına gelmemekte; hangi hizmetlerin hangi koşullarda sunulacağına ilişkin kodlama, kayıt ve raporlama pratiklerini de etkileyerek KM’yi sağlık sistemi içinde daha izlenebilir bir hizmet hattı hâline getirmektedir. Sigortaya dâhil olma süreçlerinin hizmet tanımı, kapsam, izlem ve ödeme kuralları üzerinden şekillenmesi, KM uygulamalarının sistem içinde nasıl “standardize” edildiğini görmek açısından da açıklayıcıdır. Örneğin belirli bir KM müdahalesinin (Chuna Manual Therapy) ulusal sigorta kapsamına alınma sürecini inceleyen çalışma, kapsam genişlemesinin yalnızca klinik tartışmalarla değil; aynı zamanda paydaş müzakereleri, kodlama ve geri ödeme tasarımıyla birlikte yürüdüğünü göstermektedir (Yu vd., 2022).

Kore bağlamında bitkisel ürünler ve geleneksel ilaçlara ilişkin araştırma ve düzenleme kapasitesi de bilimsel literatürde ayrı bir başlık olarak ele alınmaktadır. Kore’de bitkisel ilaç klinik araştırmalarının mevcut durumu ve düzenleyici çerçevesine odaklanan anlatı derlemesi, klinik araştırma alanının nasıl yapılandığını ve düzenleyici yaklaşımın bazı temel özelliklerini ortaya koymaktadır (Lee vd., 2021). Bu tür bulgular, ikili yapının yalnızca mesleki ayırım üzerinden değil; kanıt üretimi, ürün değerlendirme ve regülasyon süreçleri üzerinden de pekiştirilebildiğini düşündürür. Aynı zamanda dual sistemin güncel işleyişine odaklanan çalışmalar, KM ve modern tıp hattının sistem içinde nasıl konumlandığına ve bu konumlanmanın hizmet pratiklerini nasıl etkileyebildiğine işaret etmektedir (Choi vd., 2022; Leem vd., 2020).

Sonuç olarak Güney Kore modeli, lisans ayrımı ile kurumsal tanınmayı birlikte barındıran; ulusal sigorta kapsamı üzerinden KM hizmetlerinin daha sistematik biçimde tanımlanmasına, kodlanmasına ve izlenmesine zemin üreten bir örnek olarak değerlendirilebilir (Han, 2016; Lee vd., 2021; Lim, 2013; Yu vd., 2022).

2.3. Hindistan: AYUSH Çatısı ve Çoklu Geleneklerin Kurumsal Çerçevesi

Hindistan, geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanını tek bir geleneğe indirgemeyen; farklı gelenekleri birlikte yönetmeye dönük bir “çatı” yaklaşımıyla öne çıkmaktadır. AYUSH çerçevesi, Ayurveda, Yoga ve Naturopati, Unani, Siddha, Sowa-Rigpa ve Homeopathy gibi sistemlerin aynı sağlık sistemi bağlamında bir arada ele alınmasını mümkün kılan kurumsal bir sınıflama alanı olarak tartışılmaktadır (Rudra vd., 2017). Bu model, “çoklu geleneklerin” aynı ülkede eşzamanlı biçimde var olduğu bağlamlarda hizmet sunumu, insan gücü düzeni ve yönetim tasarımı daha katmanlı olabileceği varsayımını güçlendirmektedir. Ancak katmanlı yapı, yalnızca çeşitliliğin yönetimi anlamına gelmez; aynı zamanda güvenlik, kalite güvencesi, standardizasyon ve kanıt üretimi gibi başlıklarda daha açık bir çerçeve ihtiyacını da beraberinde getirir (World Health Organization, 2013).

Hindistan’da COVID-19 sürecinde AYUSH alanı hem kamu iletişimi hem de rehber/öneri dokümanları üzerinden görünürlüğünü artırmıştır. Bu dönemde yürütülen

girişimleri özetleyen bilimsel değerlendirme, Bakanlığın çeşitli rehberler ve öneri paketleri yayımladığını ve araştırma süreçlerini teşvik etmeye dönük adımlar attığını aktarmaktadır (Kotecha, 2021). Bu görünürlük iki noktayı birlikte gündeme getirir: Birincisi, kriz dönemlerinde tamamlayıcı yaklaşımlara yönelik toplumsal talebin artması mümkündür. İkincisi, talep artışı kamu mesajlarının niteliği, güvenlik izlemi ve kanıt düzeyi gibi başlıklarda daha dikkatli bir çerçeve gerektirebilir (Kotecha, 2021; World Health Organization, 2013). Bu nedenle Hindistan modelini değerlendirirken, görünürlüğün artmasının tek başına “etkililik” göstergesi olarak okunmaması; aksine düzenleyici kapasite ve kalite güvencesinin aynı anda güçlendirilmesi gereken bir süreç olarak ele alınması daha temkinli bir yaklaşım sağlar (Shrivastava vd., 2015).

Hindistan deneyiminin ayırt edici yönlerinden biri de, çatı yaklaşımının kamu politikası düzeyinde “mainstreaming” tartışmasıyla birlikte yürütülmesidir. Ulusal Sağlık Politikası 2017, AYUSH’un sağlık hizmetleri içinde yaygınlaştırılması ve entegre bakımın tasarımına ilişkin araçların geliştirilmesi gereğine işaret ederek, çoklu geleneklerin yönetiminin yalnızca idari bir sınıflama değil, aynı zamanda bir hizmet sunumu ve yönetim tasarımı meselesi olduğunu vurgular (Ministry of Health and Family Welfare, 2017). Daha güncel analizler ise, birinci basamak hizmetlerinde entegrasyonun özellikle hizmet erişimi ve sistemin kapsayıcılığı açısından potansiyel katkılarla tartışılabilirliğini; ancak bu tartışmanın sürdürülebilir olması için kanıt, güvenlik ve düzenleyici uyum başlıklarının kritik kaldığını göstermektedir (Nesari vd., 2025). Özetle Hindistan modeli, çoklu geleneklerin kurumsal bir çatı altında görünür kılınabildiğini gösterirken; aynı zamanda standardizasyon, kalite güvencesi ve kanıt-politikası ilişkisinin birlikte yönetilmesi gereğini açık biçimde ortaya koyan bir örnek olarak değerlendirilebilir (Rudra vd., 2017; World Health Organization, 2013).

2.4. Japonya: Kampo’nun Sigorta Kapsamı, Standardizasyonu ve Klinik Kullanımı

Japonya’nın geleneksel tıp modeli Kampo, modern sağlık sistemiyle kurduğu kurumsal bağ nedeniyle uluslararası literatürde sıkça “örnek vaka” olarak ele alınmaktadır. Bu bağın en görünür alanlarından biri, Kampo ürünlerinin ulusal sağlık sigortası çerçevesinde geri ödeme kapsamına alınmış olmasıdır. Japon sağlık sigortası programında Kampo ürünlerinin kapsamını ve reçeteleme örüntülerini idari veriler üzerinden tartışan çalışma, sigorta kapsamında yer alan Kampo formül ekstraktlarının sayısını yayımlandığı dönemde 148 olarak bildirmekte; ayrıca sigorta sistemi içinde Kampo ile ilişkili farklı ürün kalemlerinin de bulunabildiğine işaret etmektedir (Katayama vd., 2013). Kampo’nun modern bağlamını değerlendiren bir editoryal metin de ulusal sigorta kapsamında yer alan Kampo reçetelerinin sayısına ilişkin bu bilgiyi teyit ederek, geri ödeme çerçevesinin literatürde yerleşik bir referans noktası hâline geldiğini göstermektedir (Kuchta ve Cameron, 2022).

Sigorta kapsamı, Kampo’nun klinik kullanımına ilişkin idari veri üretimini de mümkün kılmaktadır. Japonya’da sağlık sigortası taleplerine dayanan geniş ölçekli bir veri tabanını kullanan çalışma, ayaktan hasta reçetelerinde Kampo formül ekstraktlarının kullanımını bir yıllık dönemde betimlemiş; hangi formüllerin daha sık reçetelendiği ve kullanımın süre/tekrar örüntülerinin nasıl farklılaştığına ilişkin nicel bir çerçeve sunmuştur (Yamana vd., 2020). Bu yaklaşım, “yaygın kullanım” gibi genelle-yici ifadeleri yalnızca anlatsal gözlemlerle

sınırlamadan; reçete düzeyinde izlenebilir ve karşılaştırılabilir göstergeler üzerinden tartışmaya elverişli bir zemin oluşturur (Yamana vd., 2020). Buna rağmen bu tür idari verilerin, klinik kararın gerekçeleri ya da hekimlerin tanısal muhakemesi gibi süreç boyutlarını doğrudan açıklamadığı; daha çok “ne kadar ve nasıl kullanılıyor?” sorusunu yanıtladığı hatırd tutulmalıdır.

Kampo’nun güncel klinik pratiğine ilişkin olarak hekim temelli araştırmalar da literatürde yer almaktadır. Japon hekimlerle yürütülen çevrim içi anket çalışması, Kampo eğitimine maruziyet, klinikte kullanım düzeyi ve hekimlerin Kampo’ya ilişkin değerlendirmeleri gibi boyutları birlikte ele alarak, Kampo’nun modern tıp pratiği içindeki konumunu hekim deneyimi üzerinden görünür kılmayı amaçlamıştır (Uneda vd., 2024). Benzer biçimde Japonya Oryantal Tıp Derneği (JSOM) üyesi hekimlere yönelik web tabanlı anket, hekimlerin hangi Kampo formüllerini daha sık tercih ettiğine ve reçete tercih örüntülerine odaklanarak klinik karar süreçlerine ilişkin daha ayrıntılı bir profil üretmiştir (Tahara vd., 2025). Bu iki çalışma birlikte okunduğunda, Kampo’nun yalnızca sigorta sisteminde tanımlanmış bir ürün grubu olarak kalmadığı; klinik pratikte hekimlerin gündelik karar repertuarına giren bir reçete alanı olarak işlediği anlaşılmaktadır (Uneda vd., 2024; Tahara vd., 2025).

Araştırma gündeminin bir başka hattı ise, geleneksel formüllerin modern biyomedikal yöntemlerle açıklanması ve bu amaçla disiplinlerarası metodolojik çerçevelerin geliştirilmesidir. “KAMPOmics” yaklaşımını tanımlayan çalışma, Kampo’nun değerlendirilmesinde çoklu-omik teknolojiler ve bütüncül analiz stratejilerinin nasıl bir araştırma çerçevesi sağlayabileceğini tartışmaktadır (Yamamoto, 2022). Bu tür metodolojik açılımlar, Kampo’yu yalnızca hizmet sunumu ve finansman başlıklarıyla değil; aynı zamanda kanıt üretimi ve araştırma tasarımı üzerinden ele almayı mümkün kılar (Yamamoto, 2022). Ancak bu yaklaşımın, tek başına klinik etkinlik tartışmasını “çözdüğü” varsayılmamalı; daha çok araştırma sorularını genişleten ve mekanizma/ölçümleme kapasitesini artırmayı hedefleyen bir hat olarak görülmelidir.

Bu çerçevede Japonya örneği, Kampo’nun sigorta kapsamı ve standardizasyon tartışmaları ile idari veri temelli reçete analizleri ve hekim anketlerinden elde edilen bulguların birlikte okunabildiği bir alan sunmaktadır. Buna bağlı olarak Kampo, hem kurumsal düzenekler hem de ölçülebilir kullanım göstergeleri üzerinden tartışılabilir bir “klinik pratik alanı” olarak değerlendirilmektedir (Katayama vd., 2013; Kuchta ve Cameron, 2022; Yamana vd., 2020; Uneda vd., 2024; Tahara vd., 2025; Yamamoto, 2022).

3. BATI MODELLERİ (ALMANYA, ABD, İNGİLTERE, İSVİÇRE)

Asya örneklerinde “tarihsel tıp sisteminin” (örneğin TCM, Kampo, AYUSH) devlet örgütlenmesi içinde farklı düzeylerde kurumsallaşabildiği görülürken, Batı ülkelerinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) alanının sağlık sistemiyle ilişkisi çoğu kez başka kurumsal eksenler üzerinden şekillenmektedir. Bu bağlamda entegrasyon; tek bir tarihsel tıp sisteminin devletin kurucu bileşeni hâline gelmesinden ziyade, mesleki yetkilendirme ve kayıt rejimi, ürün ve uygulama regülasyonu, kanıt üretimi ile araştırma altyapısı ve kamu finansmanı/geri ödeme mekanizmaları gibi katmanlarda somutlaşır (von Schoen-Angerer vd., 2023). Dolayısıyla “entegrasyon” kavramı Batı bağlamında tek bir modele indirgenmeyen bir

görünüm sergiler: kimi ülkelerde meslek hukuku ve uygulama yetkisini tanımlayan düzenekler belirleyiciyken, kimi ülkelerde kamu araştırma fonları ve akademik merkezlerin ürettiği kanıt gündemi tartışmanın merkezine yerleşebilir; bazı bağlamlarda ise anayasal düzeyde tanınma ile zorunlu sigorta kapsamı arasındaki ilişki başat bir hat oluşturur (von Schoen-Angerer vd., 2023).

Bu çeşitlilik, GETAT alanının yönetiminde en az iki “kurumsal ağırlık noktası” bulunduğunu düşündürür. İlkinde devletin rolü, uygulama yetkisinin sınırlarını çizen mevzuat üzerinden görünür hâle gelir. Almanya’da hekim dışı sağlık uygulayıcılarına ilişkin çerçevenin tarihsel dayanaklarından biri, “hekim olmadan hekimlik/tedavi icrası” için izin koşulunu düzenleyen Heilpraktiker mevzuatıdır; Heilpraktiker unvanının kullanılabilmesi belirli izin koşullarına bağlanmıştır (Bundesrepublik Deutschland, 1939). İkinci ağırlık noktasında ise kurumsal merkez, doğrudan klinik hizmetin sınırlarını çizmekten çok, araştırma önceliklerinin belirlenmesi, fonlama stratejileri ve kanıt üretimi kapasitesinin geliştirilmesi üzerinden kurulur. ABD’de Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi’nin (NCCIH) ödenek tarihçesi ve fonlama stratejisi metinleri, alanın ulusal ölçekte hangi araştırma öncelikleriyle desteklendiğini gösteren resmî bir referans çerçevesi sunar (NCCIH, 2024; NCCIH, 2021).

İsviçre örneğinde ise tartışma hattı, tamamlayıcı tıbbın anayasal düzeyde “dikkate alınması” ilkesinin 2009’da kabul edilmesiyle farklı bir zemine taşınmıştır; bu düzenleme Federal Anayasa’ya 118-a maddesi olarak eklenmiştir (Swiss Confederation, 1999; Berlowitz vd., 2025). Bu normatif çerçevenin hizmet finansmanına nasıl yansıdığı, uygulayıcı koşulları ve yöntemlerin ayrıştırıldığı daha teknik bir düzlemde ele alınırken; tamamlayıcı tıp kullanımının yaygınlığı ve kullanıcı profili gibi başlıklar da nüfus temelli araştırmalarla izlenebilmektedir (Klein vd., 2015). Böylece Batı modellerinde “entegrasyon” başlığı bir yandan düzenleyici ve mesleki rejim (yetki, kayıt, denetim), diğer yandan kanıt üretimi ve kamu finansmanı (fonlama, sigorta kapsamı, izleme) bileşenlerinin farklı bileşimleri üzerinden somutlaşmaktadır (von Schoen-Angerer vd., 2023; World Health Organization, 2013).

Aşağıda yer alan Tablo 2, Batı modellerinde GETAT’ın sağlık sistemiyle kurduğu ilişkinin “tek bir entegrasyon şeması” ile açıklanamayacağını; bunun yerine düzenleyici dayanak, mesleki yetkilendirme, ürün/uygulama standardizasyonu, kamu finansmanı ile temas ve kanıt üretimi altyapısı gibi kurumsal katmanlar üzerinden birlikte okunması gerektiğini görünür kılmaktadır. Tablo, her ülkenin aynı başlıklara farklı ağırlık verdiğini de gösterir: Almanya’da izin temelli mesleki çerçeve (Heilpraktiker) öne çıkarken; ABD’de daha çok araştırma altyapısı ve fon mekanizmaları üzerinden kurumsallaşan bir hat dikkat çeker. İngiltere’de meslek regülasyonu ile kılavuz-temelli kanıt yönetimi birlikte belirleyici olurken; İsviçre’de anayasal düzeyde tanınma, uygulayıcı koşulları ve izleme verileriyle birleşen daha normatif ve çok katmanlı bir çerçeve oluşur.

Sonrasında yer alan Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve İsviçre alt başlıklarında ise bu tablonun özetlediği kurumsal farklılaşma, Batı’daki düzenleme mantıklarını görünür kılan başlıca araçlar üzerinden daha ayrıntılı biçimde ele alınmaktadır; böylece “entegrasyon”un hangi ülkede hangi mekanizmalarla (mevzuat, kurum, fon, kılavuz, sigorta, izleme) kurulduğu, iddia düzeyinde kalmadan somut düzenekler üzerinden tartışılabilir hâle getirilmektedir.

Tablo 2. Batı Modellerinde GETAT’ın Kurumsal Çerçevesi: Düzenleyici Dayanaklar, Örgütlenme ve Sistem İçi Görünürlük

Ülke	Düzenleyici dayanak / çerçeve	Mesleki statü ve yetkilendirme	Ürün / uygulama standardizasyonu (örnek)	Kamu sistemi ve finansmanla ilişki	Kanıt üretimi ve kurumsal altyapı (örnek)	Kaynaklar
Almanya	Hekim olmadan “healing practice” icrası için izin rejimi	Heilpraktiker statüsü; izin temelli yetkilendirme	Fitoterapide monografi temelli teknik değerlendirme geleneği (Komisyon E monografı)	Bu sütunda geri ödeme/kapsama ilişkin kaynak temelli kesin bir ifade verilmemiştir	Birinci basamak bağlamında Heilpraktiker hizmet örüntülerini inceleyen ampirik çalışmalar	Heilpraktikergesetz (1939); Blumenthal (1998); Krug vd. (2016)
Amerika Birleşik Devletleri	Federal araştırma altyapısı ve fon mekanizmaları	Ulusal merkez düzeyinde araştırma odaklı kurumsallaşma (NCCIH)	Standardizasyon; tek bir meslek yasasından ziyade araştırma protokolleri ve kurum içi klinik düzenekler üzerinden çeşitlenir	Kamu kaynakları ağırlıklı araştırma fonları üzerinden görünür; hizmet geri ödemesine ilişkin kapsam bu tabloda ayrıntılandırılmamıştır	Büyük akademik merkezlerinde bütüleştirici bakım birimleri ve klinik programlar; NCCIH fonlama belgeleri	National Center for Complementary and Integrative Health (t.y.; 2023); Johns Hopkins Medicine (t.y.); Mayo Clinic (2025)
İngiltere	Meslek regülasyonu ve klinik kılavuzlar	Osteopati: statüler regülasyon; akupunktur: statüler regülasyon yerine gönüllü kayıt/akreditasyon yaklaşımı	Klinik uygulama alanı, endikasyon temelli kanıt değerlendirmeleri ve kılavuzlarla çerçevelenir (NICE)	NHS içinde yer alma, kılavuzlar ve hizmet planlamasıyla ilişkili olarak değişken bir görünüm sergiler	Kılavuz temelli kanıt sentezi; PSA akredite gönüllü kayıtların standartlaştırıcı rolü	Osteopaths Act (1993); UK Parliament (2024); Professional Standards Authority (t.y.); National Institute for Health and Care Excellence (2016; 2021)
İsviçre	Anayasal hüküm (Art. 118a) ile tamamlayıcı tıbbın “dikkate alınması”	Uygulayıcı koşulları ve sertifikasyon tartışmalarıyla ilişkilenen çok katmanlı yapı	Uygulama alanı; yöntem tanımı ve uygulayıcı koşulları üzerinden teknik olarak sınırlandırılabilir	Geri ödeme kapsamı bu tabloda “tek oran/tek kapsam” gibi nicel kesinliklerle verilmemiştir; tartışma normatif zemin ve uygulama koşulları üzerinden çerçevelenmiştir	Ulusal sağlık araştırması verilerine dayalı kullanım ve eğitim analizleri; sağlık sistemi içi karar süreçlerine ilişkin hakeimli tartışmalar	Swiss Confederation (1999); Klein vd. (2015); Huber vd. (2019)

3.1. Almanya: Heilpraktiker Çerçevesi ve Fitoterapi Monografi Geleneği

Almanya bağlamında Heilpraktiker statüsü, hekim olmayan kişilerin belirli koşullar altında “heilkunde” icra edebilmesini izin (Erlaubnis) rejimi üzerinden tanımlayan; GETAT alanında mesleki sınırların hukuki bir zemine bağlandığı örnekler arasında yer alır. Bu statünün temel dayanağı olan Heilpraktikergesetz (1939), hekim olmadan “heilkunde” icra etmek isteyenler için izne tabi bir yapı kurar (Heilpraktikergesetz, 1939). Böylece hukuk, mesleğin varlığına bir tanınma üretirken; uygulama alanının kapsamı ve denetim pratikleri aynı ölçüde tekil ve merkezi bir standarda indirgenmeyen, hasta güvenliği ve hizmet sınırları bakımından süreklilik arz eden bir yönetim tartışması yaratır. Almanya’da birinci basamak bağlamında hekimler ile Heilpraktiker’ler arasında hasta profili ve başvuru örüntülerini karşılaştıran çalışma, bu ikili hizmet alanının “tamamlayıcı” başlığı altında birlikte var olabildiğini; ancak bu varoluşun klinik etkililik tartışmasından bağımsız biçimde kamu güvenliği, risk yönetimi ve hizmet sınırları gibi başlıkları sürekli gündemde tuttuğunu göstermektedir (Krug vd., 2016).

Son on yılda Almanya’da tamamlayıcı ve bütünleştirici tıp başlığı, yalnızca Heilpraktiker alanının hukukî-örgütsel tartışmasıyla sınırlı kalmamış; hekim eğitiminde hangi bilgi ve becerilerin asgari düzeyde yer alması gerektiği meselesi de daha görünür hâle gelmiştir. Genel pratisyenlik (birinci basamak) için tamamlayıcı ve bütünleştirici tıp yetkinliklerini tanımlamayı amaçlayan bir çalışma; kanıt okuryazarlığı, klinik iletişim, güvenlik, uygun yönlendirme ve sınırları bilme gibi başlıkları içeren bir yetkinlik kataloğu önermekte; bu yaklaşımı yöntemlerin “tek tek savunusu”ndan çok, sahada karşılaşılan uygulamaların yönetilebilirliği ve hasta güvenliği açısından çerçevelemektedir (Valentini vd., 2021). Bu nedenle Almanya örneğinde bir tarafta hekim dışı uygulayıcı alanının izin temelli hukuki zemini, diğer tarafta hekim uygulamalarında tamamlayıcı yaklaşımlara ilişkin yetkinlik üretimi, aynı resmin iki farklı kurumsal katmanı olarak birlikte okunabilir (Krug vd., 2016; Valentini vd., 2021).

Almanya’yı GETAT bakımından ayırt edici kılan ikinci hat ise fitoterapide monografi temelli değerlendirme geleneğidir. “Commission E” monografları, bitkisel droglar ve bitkisel tıbbi ürünler için endikasyon, kontrendikasyon, doz ve güvenlik uyarıları gibi unsurları sistematik bir formatta derleyerek uzun süre fitoterapi alanında başvuru kaynağı olarak kullanılmış; bu monografların İngilizce derlemesi uluslararası literatürde yerleşik bir referans hâline gelmiştir (Blumenthal, 1998). Bununla birlikte, son dönemde Avrupa ölçeğinde bitkisel ürünlerin değerlendirilmesinde EMA bünyesindeki HMPC’nin Avrupa Birliği bitkisel monografları, monografların yalnızca tarihsel birikimi taşıyan metinler değil, aynı zamanda endikasyon, hedef grup ve güvenlik bilgilerini (örneğin istenmeyen etkiler ve etkileşim uyarıları dâhil) standardize eden bir düzenleyici araç seti olduğunu ortaya koymaktadır (European Medicines Agency, 2013). Hakemli değerlendirmeler de, HMPC monograflarının AB düzeyinde bitkisel tıbbi ürünler için harmonize bir güvenlik ve etkililik standardı üretme işlevini vurgulayarak, monografi yaklaşımının güncel düzenleyici pratikteki karşılığını güçlendirmektedir (Knöss ve Chinou, 2012). Bu nedenle Almanya örneği, GETAT alanını tek bir kurumsal kanaldan değil; meslek hukuku (izin/denetim) ile ürün değerlendirme (monografi/standardizasyon) eksenlerinin birlikte ürettiği çok katmanlı bir düzenleme pratiği üzerinden değerlendirmeyi daha uygun kılar (Krug vd., 2016; Blumenthal, 1998; European Medicines Agency, 2013; Knöss ve Chinou, 2012).

3.2. Amerika Birleşik Devletleri: NCCIH ve Kanıt Üretimi Odaklı Araştırma Altyapısı

Amerika Birleşik Devletleri’nde GETAT alanının sağlık sistemiyle ilişkisi, pek çok Avrupa örneğinden farklı olarak, federal düzeyde araştırma altyapısı ve kanıt üretimini önceleyen bir kurum mimarisi üzerinden daha görünür hâle gelmiştir. Bu mimarinin merkezinde, ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri (National Institutes of Health, NIH) bünyesinde tamamlayıcı ve bütünleştirici sağlık yaklaşımlarına ilişkin araştırmaları desteklemek üzere konumlanan National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) yer alır. NCCIH, önceliklerini dönemsel strateji belgeleriyle tanımlamakta; alanı “uygulama çeşitliliği” içinde ele alırken tartışmanın odağını tutarlı biçimde yöntemsel kalite, ölçülebilir çıktı üretimi ve güvenilir kanıt eksenine taşımaktadır (National Center for Complementary and Integrative Health, 2021). Bu yönelim, GETAT alanının kurumsal meşruiyetini tek başına yaygın kullanıma

değil, hangi soruların hangi tasarımlarla yanıtlanabileceğine ve hangi çıktının sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilebileceğine bağlayan bir çerçeve üretmektedir.

ABD örneğinde dikkat çeken bir diğer boyut, araştırma gündeminin yalnızca kavramsal düzeyde bırakılmaması; kamu kaynaklarının kullanımına ilişkin ödenek ve bütçe gerekçeleri üzerinden daha “hesap verebilir” bir dil ile sunulmasıdır. NCCIH’nin Congressional Justification dokümanı, yıllık program önceliklerinin, desteklenen araştırma türlerinin ve kaynak tahsisinin genel yönünün kurumsal bir metin içinde görünür kılınmasına imkân verir (National Center for Complementary and Integrative Health, 2023). Bu bağlam, GETAT alanında “federal düzeyde tanınma” ile “klinik uygulamanın doğrudan kamu paketi içinde geniş ölçekli geri ödeme kapsamına alınması”nın aynı şey olmadığını; ABD’de ağırlık noktasının çoğu kez araştırma üzerinden kurulan kurumsal meşruiyet ve kanıt üretimi olduğunu düşündürmektedir (National Center for Complementary and Integrative Health, 2021; National Center for Complementary and Integrative Health, 2023).

Araştırma altyapısının klinik alana yansımaları ise daha çok, büyük akademik sağlık merkezlerinde bütünleştirici bakım birimleri, hasta bilgilendirme içerikleri ve seçili klinik hizmet tasarımları üzerinden izlenebilmektedir. Örneğin Mayo Clinic, bütünleştirici tıp başlığı altında semptom yönetimi ve iyi oluşu desteklemeye dönük yaklaşımı kurumsal düzeyde tanımlamakta; hasta bakımında ekip temelli bir çerçeve ve belirli tamamlayıcı uygulamaların destekleyici kullanımına ilişkin açıklayıcı bir dil kurmaktadır (Mayo Clinic, 2025). Johns Hopkins Medicine’in bilgilendirme içeriği de benzer biçimde, bütünleştirici yaklaşımları tıbbi bakımın yerine ikame eden bir alan olarak değil, bakımın tamamlayıcı bir boyutu ve yaşam tarzı bileşenleriyle ilişkilenen bir destek çerçevesi içinde sunan kurumsal bir söylem üretmektedir (Johns Hopkins Medicine, t.y.). Bu kurumsal sunumların ötesinde, büyük merkezlerde tamamlayıcı hizmetlerin kullanım profilini nicel olarak betimleyen akademik yayınlar da bulunmaktadır. Mayo Clinic bünyesinde yürütülen hizmet kullanımını tanımlayan çalışma, başvuran hasta profilini ve sunulan uygulama türlerini klinik hizmet verisi üzerinden raporlayarak, “kurumsal hizmet” düzeyinde izlenebilir bir çerçeve sunmuştur (Pang vd., 2015).

Sonuç olarak ABD örneğinde GETAT alanı, tek bir düzenleme kanalına indirgenmekten çok; (i) NCCIH’nin strateji ve fon mekanizmalarıyla kurduğu kanıt üretimi omurgası, (ii) akademik merkezlerde şekillenen klinik hizmet tasarımları ve (iii) bu hizmetlere ilişkin tanımlayıcı klinik veri üretimi üzerinden çok katmanlı biçimde görünür hâle gelmektedir (National Center for Complementary and Integrative Health, 2021; Pang vd., 2015; Mayo Clinic, 2025).

3.3. İngiltere: NHS, Mesleki Regülasyon ve Klinik Kılavuzlar

İngiltere bağlamında GETAT uygulamalarının sağlık sistemiyle ilişkisi, aynı ülke içinde iki farklı düzenleme mantığının yan yana okunabildiği bir görünüm sunar: (i) yasal (statutory) meslek regülasyonu ile korunan unvan ve kayıt sistemi; (ii) yasal zorunluluk taşımayan alanlarda gönüllü kayıt ve akreditasyon yoluyla “asgari standartların” teşvik edilmesi. Bu ikili yapı, GETAT uygulamalarının NHS ile temasını tek bir meslek rejimine indirgemekten ziyade; mesleki statü, kamu güvenliği araçları ve kanıta dayalı klinik yönlendirmeler arasında kurulan farklı bağlantılar üzerinden şekillendirir (Osteopaths Act, 1993; Professional Standards Authority, 2023).

Osteopati, yasal meslek regülasyonunun belirgin örneklerinden biridir. Osteopaths Act 1993, General Osteopathic Council'in kurulmasını ve osteopati mesleğinin kayıt ve düzenleme rejimini hükme bağlayarak "osteopath" unvanının korunması ve mesleki uygulamanın kayıt sistemi üzerinden yürütülmesi bakımından açık bir çerçeve üretir (Osteopaths Act, 1993). Böyle bir statü, mesleğin sağlık sistemi içindeki yerini yalnızca "kullanım yaygınlığı" üzerinden değil; yetki, sorumluluk ve denetim kanalları üzerinden de tanımlanabilir hâle getirir.

Akupunktur alanında ise farklı bir düzenleme katmanı görünürdür. Professional Standards Authority (PSA), yasal zorunlu regülasyona tabi olmayan bazı mesleklerde, akredite gönüllü kayıtlar (Accredited Registers) üzerinden kamusal güvenliği desteklemeyi hedefleyen bir mekanizma işletir; bu mekanizma, kayıt kuruluşlarının belirli standartları karşılaması hâlinde "kalite işareti" mantığıyla çalışır (Professional Standards Authority, 2023). Bu çerçevede British Acupuncture Council'in gönüllü kaydının PSA tarafından akredite edildiği PSA'nın kayıt listelerinde yer almaktadır (Professional Standards Authority, t.y.). Akupunkturun Birleşik Krallık'ta yasal zorunlu regülasyona tabi olmadığına ilişkin değerlendirmeler ise resmî yazılı kayıtlarında da teyit edilebilmektedir (UK Parliament, 2024). PSA'nın standart gözden geçirme sürecine ilişkin daha güncel çıktı metinleri de, yasayla tanımlanmış ve kamu otoritesi tarafından yürütülen zorunlu meslek düzenlemesi ile akredite gönüllü kayıt sisteminin aynı şey olmadığını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte PSA, her iki düzenleme hattının da risk temelli yaklaşım, tutarlılık ve hesap verebilirlik gibi yönetim ilkelerini merkeze almak zorunda olduğunu vurgulamaktadır (Professional Standards Authority, 2025).

Bu mesleki regülasyon katmanları, NHS içinde akupunktur ve benzeri uygulamaların hangi klinik durumlarda nasıl ele alınacağıyla yakından ilişkilidir; çünkü NHS pratiğinde sınırı belirleyen yalnızca "kayıt rejimi" değil, aynı zamanda kılavuz-temelli klinik yönlendirmedir. NICE'in bel ağrısı ve siyatik kılavuzunda (NG59) akupunktur, yönetim seçenekleri arasında önerilmemekte; kılavuz metninde açık biçimde "sunulmaması" gereken bir müdahale olarak konumlandırılmaktadır (National Institute for Health and Care Excellence, 2016). Buna karşılık NICE'in kronik ağrı kılavuzu (NG193), "kronik primer ağrı" başlığında belirli koşullar altında tek kür akupunktur veya kuru iğneleme seçeneğinin değerlendirilmesini içeren koşullu bir çerçeve kurar; bu yaklaşımın gerekçesi ve kanıt zemini kılavuzun kanıt incelemeleri içinde ayrıntılandırılmıştır (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Bu iki kılavuzun yan yana okunması, İngiltere örneğinde GETAT uygulamalarının NHS içindeki yerinin "genel kabul/ret" ikiliğine indirgenmediğini; endikasyon bazlı kanıt değerlendirmesiyle kimi alanlarda sınırlayıcı, kimi alanlarda ise koşullu klinik çerçeveler üretilebildiğini göstermektedir (National Institute for Health and Care Excellence, 2016, 2021).

3.4. İsviçre: Anayasal Tanınma ve Zorunlu Temel Sigorta Bağlantısı

İsviçre modeli, Batı ülkeleri içinde GETAT alanının anayasal düzlemde tanınması ile ayrılan örnekler arasındadır. İsviçre Federal Anayasası'na eklenen Art. 118a, Konfederasyon ve kantonların yetki alanları çerçevesinde "tamamlayıcı tıbbın dikkate alınmasını" sağlamaları gerektiğini hükme bağlamaktadır (Federal Constitution of the Swiss Confederation, 1999). Bu hükmün literatürde, 2009'daki halk oylamasıyla birlikte okunarak "üst norm" niteliğinde bir yönetim zemini oluşturduğu; en azından alanın sağlık sistemi gündemindeki kurumsal

görünürlüğünü güçlendiren bir çerçeve sunduğu tartışılmaktadır (Berlowitz vd., 2025; World Health Organization, 2025).

Bununla birlikte anayasal tanınma, tek başına hizmet kapsamının teknik ayrıntılarını “otomatik” biçimde belirleyen bir mekanizma olarak değil; kapsama ilişkin kararların ve koşulların, zorunlu temel sağlık sigortası düzeni içinde belirli ölçütlerle ele alınabildiği bir çerçeve olarak anlaşılmalıdır. İsviçre Sağlık Araştırması verilerine dayanan çalışma, ülkede tamamlayıcı tıp kullanımının yaygınlığını ve kullanıcı profilini betimlerken, sigorta ve kurumsal yerleşim tartışmalarının pratikte “kim tarafından, hangi koşullarda” sunulduğu gibi ayrımlar üzerinden şekillenebildiğini de göstermektedir (Klein vd., 2015). Bu düzlemde, sertifikalı hekim koşuluyla sunulan yöntemler ile hekim dışı uygulayıcıların sunduğu hizmetler arasındaki ayrışma ve bunun finansman kanallarıyla ilişkisi, İsviçre literatüründe kurumsal yerleşimi açıklayan ana hatlardan biri olarak okunabilir (Klein vd., 2015).

Kapsama kararlarının zaman zaman “süre/koşul” mantığıyla da tartışılabilmesine ilişkin örnekler de vardır. BMJ’de yayımlanan haber/rapor niteliğindeki yazı, belirli tamamlayıcı terapilerin 2012’den itibaren geçici bir dönem için zorunlu temel sigorta kapsamında finanse edilmesi ve bu süreçte etkililiğin değerlendirilmesi yaklaşımının gündeme geldiğini aktarır (Stafford, 2011). Bu tür örnekler, İsviçre’de “anayasal tanınma”nın tek başına kapsamı ilan eden bir araç olmaktan ziyade, kapsamın nasıl ve hangi ölçütlerle belirleneceğine ilişkin karar süreçlerini sürekli canlı tutan bir çerçeve üretebildiğini düşündürür.

Son dönemde İsviçre bağlamında dikkat çeken bir başka hat, anayasal düzenlemenin ardından geçen süre içinde tıp eğitimi ve genç hekimlerin geleneksel/tamamlayıcı/bütünleştirici yaklaşımlara bakışının nasıl şekillendiğine odaklanan çalışmalardır. Tıp öğrencileri ve genç hekimlerle yürütülen araştırma, Art. 118a ile tamamlayıcı tıbbın “dikkate alınmasına” yönelik anayasal hükmün sağladığı hukukî zemin sonrasında da tartışmanın kanıt, eğitim ve klinik yerleşim eksenlerinde sürdüğünü göstermektedir. Çalışma ayrıca, bu anayasal hükmün etkisinin kendiliğinden gerçekleştiği varsayımıyla değil, gözlenebilir ve ölçülebilir göstergeler üzerinden izlenmesi gerektiğini vurgulayan temkinli bir çerçeve sunmaktadır (Berlowitz vd., 2025).

Sonuç olarak İsviçre örneğinde “anayasal tanınma”, alanın sistem içindeki konumunu tek hamlede tayin eden bir araçtan çok; zorunlu temel sigorta, hizmet koşulları, mesleki sınırlar ve kanıt üretimi gibi bileşenlerin birlikte tartışılabilirdiği kalıcı bir kurumsal zemin olarak görünür hâle gelmektedir (Federal Constitution of the Swiss Confederation, 1999; Klein vd., 2015; Berlowitz vd., 2025).

Böylece Batı modellerinde GETAT’ın konumlanması, Asya örneklerindeki “tarihsel tıp sistemi ve kurumsallaşma” hattından daha çok; anayasa, sigorta, mesleki rejim ve kılavuzlar üzerinden kurulan yönetim araçlarıyla anlaşılmaktadır. Bir sonraki bölümde bu kurumsal çerçevenin ötesine geçerek entegrasyonun klinik bakım modelleri, araştırma ağları ve disiplinlerarası uygulama tasarımları üzerinden nasıl şekillendiği ele alınacaktır.

4. ENTEGRATİF TIP YAKLAŞIMLARI

Entegratif tıp yaklaşımı, belirli bir “uygulama listesi” toplamaktan çok; modern biyotıbbın tanı ve tedavi çerçevesi korunurken, kişinin gereksinimlerine göre uygun görülen tamamlayıcı yaklaşımların disiplinlerarası ve kanıta dayalı bir mantıkla bakım sürecine

yerleştirilmesini hedefleyen bir yönelim olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2025). Bu yönelim, özellikle Batı bağlamında GETAT alanını tek bir düzenleyici başlık altında okumayı güçleştirir; klinik kararın dayandığı kılavuzlar, araştırma fonlarının öncelikleri, akademik tıp merkezlerinde gelişen bakım modelleri ve eğitim–klinik hizmet ekosistemi gibi kurumsal araçlar üzerinden daha görünür hâle gelir (Tick vd., 2019).

Bu başlıkta ele alınan çerçeve dört ana hat üzerinde ilerlemektedir: (i) fonksiyonel tıp ve yaşam tarzı tıbbının, kronik hastalık yüküyle ilişkili bakım modelleri içinde nasıl konumlandığı; (ii) onkolojide bütünlleştirici destek bakımın kılavuz-temelli sınırları ve kanıt yapısı; (iii) opioid krizi sonrasında görünürlüğü artan ilaç dışı ağrı yönetimi yaklaşımlarının klinik protokollere ve araştırma programlarına yansması; (iv) akademik konsorsiyumların araştırma–eğitim–klinik bakım ekseninde oluşturduğu standartlaştırma zemini (Tick vd., 2019). Tablo 3, bu dört hattı; her birinin kavramsal odağı, kurumsal taşıyıcıları ve başvuru kanıt türleri bakımından birlikte göstermeyi amaçlayan bir özet çerçeve olarak sunulmuştur.

Tablo 3. Entegratif Tıp Yaklaşımlarında Dört Uygulama Hattı: Kavramsal Çerçeve, Kurumsal Araçlar ve Kanıt Kaynakları

Uygulama hattı	Çekirdek kavramsal çerçeve	Kurumsal araç / görünürlük kanalı	Kanıt türü ve başlıca kaynaklar	Klinik bağlam (örnek)	Kaynaklar
Fonksiyonel tıp ve yaşam tarzı tıbbı	Yaşam tarzı tıbbi davranışsal risklerin klinik bakım planına sistematik entegrasyonu. Fonksiyonel tıp: çoklu sistemler, bireysel risk profili ve “işlev” odağında klinik çerçeve	Eğitim ve müfredat tartışmaları; klinik program tasarımları, bazı merkezlerde yapılandırılmış bakım modelleri	Yaşam tarzı tıbbının kapsam ve modalitelerini özetleyen çerçeve/derleme literatürü; tıp eğitiminde yaşam tarzı tıbbına ilişkin derlemeler; fonksiyonel tıp temelli bakımın sonuç ve maliyet bileşenlerini ele alan gözlemsel değerlendirmeler	Kronik hastalık yüküyle ilişkili risklerin bakım planının davranışsal bileşenlerle genişletilmesi; çok bileşenli izlem gerektiren hasta grupları	(Rippe, 2018; Frates vd., 2024; Beidelschies vd., 2021)
Onkolojide entegratif bakım	Küratif/palyatif tedaviyi ikame etmeden; semptom kontrolü, tedavi yan etkileri, psikolojik semptomlar ve yaşam kalitesi çıktılarında destekleyici bakım	Klinik uygulama kılavuzları ve semptom-odaklı öneri setleri; sistematik derleme/meta-analizler	Kılavuz-temelli öneriler (kanıt düzeyi sınıflamasıyla); müdahale-özellikli sistematik derleme/meta-analizler (ör. kanser ilişkili yorgunlukta belirli fitoterapötik müdahaleler)	Tedavi sürecinde anksiyete/depresyon ve yaşam kalitesine yönelik destekleyici bakım; seçilmiş semptomlarda müdahale-özellikli kanıt değerlendirmeleri	(Carlson vd., 2023; Pelzer vd., 2022)
Ağrı yönetimi ve opioid krizi sonrası nonfarmakolojik yaklaşımlar	Ağrının akut–subakut–kronik süreklilikte ele alınması; opioidlerin risk–yarar değerlendirilmesi eşliğinde temkinli kullanımı; nonfarmakolojik yaklaşımların bakım planında güçlenmesi	Ulusal klinik uygulama kılavuzları; büyük ölçekli araştırma programları ve portföyler	Klinik uygulama kılavuzları (opioid reçetelemede çerçeve); opioid krizine yanıt olarak ağrı araştırma programlarını “non-addictive tedavi” hedefiyle birlikte ele alan portföy/çerçeve yazıları	Kronik ağrı bakımında nonfarmakolojik seçeneklerin güçlendirilmesi; bağımlılık riskini azaltma hedefiyle yeni tedavi geliştirme gündemi	(Dowell vd., 2022; Karp ve Baker, 2023)
Akademik konsorsiyumlar ve ağ yapıları	Entegratif tıbbın araştırma, eğitim ve klinik bakım standartlarının akademik ağlar üzerinden geliştirilmesi	Kurumsal üyelik ağı; ortak standartlar/çıktılar; kanıt temelli yaklaşımı güçlendiren pozisyon metinleri ve raporlar	Konsorsiyumun akademik çerçevesini ve amaçlarını ortaya koyan hakemli yayınlar; standartlaştırma ve kalite dilini taşıyan konsorsiyum çıktıları	Akademik tıp merkezlerinde entegratif tıp birimleri ve eğitim–araştırma gündeminin eşgüdümü	(Tick vd., 2019)

4.1. Fonksiyonel Tıp ve Yaşam Tarzı Tıbbı

Yaşam tarzı tıbbı, kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde beslenme, fiziksel aktivite, uyku, stres yönetimi, riskli maddelerden kaçınma ve sosyal bağlantılar gibi davranışsal eksenleri klinik bakım planının merkezine yerleştiren, kanıta dayalı bir klinik yaklaşım alanı

olarak tanımlanmaktadır (Rippe, 2018; Lippman vd., 2024). Bu çerçevenin ayırt edici yönü, “önleme” dilini yalnızca nüfus düzeyinde bir hedef olarak bırakmaması; klinik karşılaşmada ölçülebilir hedefler, izlem göstergeleri ve hasta katılımı üzerinden hizmet tasarımına dönüştürmeye çalışmasıdır. Tıp eğitimi ve klinik uygulama hattına ilişkin güncel tartışmalar, yaşam tarzı tıbbının kurumsal yerleşimini; yetkinlik tanımları, eğitim içeriği, ekip temelli bakım ve uygulanabilir izlem metrikleriyle birlikte ele alma eğilimini güçlendirmektedir (Frates vd., 2024).

Bu eksen, GETAT alanıyla iki düzeyde temas eder. İlk düzey, tamamlayıcı uygulamalardan bağımsız biçimde, davranış değişikliğine dayalı müdahalelerin klinik bakımın “yardımcı unsuru” olmaktan çıkıp planın kurucu bileşeni hâline gelebilmesidir. İkinci düzey ise hasta talebinin belirgin olduğu semptom kümelerinde (örneğin uyku sorunları, stres, yorgunluk ve yaşam kalitesi gibi alanlarda) destekleyici bakım hedeflerinin daha net tanımlanması ve izlenmesi için bir çerçeve sunabilmesidir (Lippman vd., 2024). Bu nedenle yaşam tarzı tıbbı, GETAT başlığı altındaki heterojen uygulama alanını “tekil bir liste” yerine, klinik karar mantığına ve izleme kapasitesine bağlayan bir ara yüz olarak okunabilir (Frates vd., 2024; Lippman vd., 2024).

Fonksiyonel tıp ise hastalığı tek bir organ veya tanı koduna indirgemek yerine, biyolojik sistemler düzeyinde işlevsel bozulmaların zaman içindeki seyrini ve bu seyre etki eden genetik, çevresel ve yaşam tarzı etkileşimini merkeze alan bir klinik düşünme çerçevesi olarak sunulmaktadır (Bland, 2017; Bland, 2022). Bu literatürde “işlev” kavramı, hastalığın bir sonlanım; işlevsel değişimin ise geriye veya ileriye yönlü bir süreç olduğu fikriyle ilişkilendirilir ve klinik değerlendirme, birden çok etkenin birlikte ele alındığı bir “sistem” okumasına yaslanır (Bland, 2017). Klinik sonuçlar bakımından, fonksiyonel tıp modelinin belirli bakım düzeneklerinde hasta bildirimleriyle ölçülen yaşam kalitesi göstergeleriyle ilişkili olabildiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır; ancak bu bulguların yorumu, tasarım özellikleri, seçim yanlılığı riski ve karşılaştırmalı etkinlik ölçütleri açısından temkinli bir okuma gerektirir (Beidelschies vd., 2019; Beidelschies vd., 2021). Bu yönüyle fonksiyonel tıp, bir yandan “kişiye uyarlanmış” bakım tasarımı ve çoklu risk kümelerinin birlikte yönetimi iddiasıyla kurumsal ilgi üretirken; diğer yandan kanıt hiyerarşisi içinde hangi düzeyde ve hangi koşullarda genellenebilir sonuçlar verdiği sorusunu, alanın merkezinde tutmaya devam eder (Beidelschies vd., 2021; Bland, 2022).

4.2. Onkolojide Entegratif Bakım

Onkolojide “entegratif bakım”, kanser tedavisinin küratif ya da palyatif ana eksenlerini ikame etmeden; semptom kontrolü, tedaviye bağlı yan etkilerin yönetimi, psikososyal yükün azaltılması ve yaşam kalitesi gibi çıktılara odaklanan destekleyici girişimlerin, kanıta dayalı kılavuzlar çerçevesinde bakım sürecine yerleştirilmesi olarak ele alınmaktadır. Bu alanda kılavuz-temelli yaklaşımın belirleyici olmasının temel nedeni, “tamamlayıcı uygulamalar” başlığı altında yer alan çok sayıda müdahalenin klinik sorulara göre ayrıştırılmasını ve öneri düzeylerinin kanıt gücüyle birlikte açıkça tanımlanmasını mümkün kılmasıdır. Society for Integrative Oncology ile American Society of Clinical Oncology iş birliğiyle yayımlanan klinik uygulama kılavuzu, özellikle anksiyete ve depresyon semptomlarında hangi entegratif müdahalelerin hangi koşullarda önerilebileceğini kanıt düzeyi ve öneri gücüyle sınıflandıran

bir çerçeve sunar (Carlson vd., 2023). Kılavuzların bu biçimde yapılandırılması, integratif onkolojinin “genel bir tamamlayıcı uygulamalar alanı” gibi değil, belirli semptom kümelerine odaklanan ve sınırları tanımlı bir destek bakım bileşeni olarak ele alınmasına zemin sağlar (Gowin, 2024).

Bu kılavuz-temelli yönelim, integratif bakımın klinik pratikte hangi sorun alanlarına daha sık bağlandığını da görünür kılar. Onkolojide integratif yaklaşımlar çoğu zaman ağrı, bulantı-kusma, uyku sorunları, yorgunluk, kaygı, depresif belirtiler ve stres ilişkili yakınmalar gibi başlıklarda gündeme gelir; ancak hangi müdahalenin nerede, hangi amaçla ve hangi sınırlarla kullanılabileceği sorusu, ancak kanıt sentezleri ve klinik kılavuzlar üzerinden yönetilebilir bir hâl alır (Carlson vd., 2023). Dolayısıyla “entegratif bakım”ın kurumsal niteliği, tek tek yöntemlerin popülerliğinden çok, klinik soruya göre kanıtın sınıflandırılması ve bakım sürecine hangi noktada, hangi koşullarla bağlandığının şeffaf biçimde ortaya konulmasıyla ilişkilidir (Gowin, 2024).

Mistletoe (*Viscum album*) ve hipertermi gibi müdahaleler, aynı şemsiye altında anılsa da kanıt yapıları ve klinik konumları bakımından birbirinden ayrılmaktadır. Mistletoe literatüründe, destekleyici bakım çıktıları (örneğin yorgunluk ve yaşam kalitesi) üzerine odaklanan sistematik derleme ve meta-analizler bulunmaktadır; kanser ilişkili yorgunluk özelinde yapılan bir meta-analiz, nicel düzeyde bazı olumlu sinyaller rapor etmekle birlikte, kanıtın sağlamaştırılması için daha güçlü tasarımlara ihtiyaç bulunduğunu vurgulayan ihtiyatlı bir değerlendirme dili benimser (Pelzer vd., 2022). Kurumsal özetler de, mistletoe kullanımını inceleyen klinik çalışmaların varlığına karşın, birçok çalışmada metodolojik zayıflıkların bulunduğunu ve bu nedenle bulguların yorumunda temkinli olunması gerektiğini açıkça belirtmektedir (National Cancer Institute, 2024). Bu iki hat birlikte okunduğunda, mistletoe alanında “belirli semptom çıktılarında olası yarar” ile “yöntemsel heterojenlik ve karşılaştırmalı tasarım ihtiyacı”nın aynı anda taşındığı; dolayısıyla güçlü genellemelerden kaçınan bir okumanın daha doğru olduğu anlaşılır (Pelzer vd., 2022; National Cancer Institute, 2024).

Hipertermi ise, integratif bakım başlığı altında “destekleyici” bir yöntem gibi anılsa bile, literatürde çoğu kez radyoterapi ve/veya kemoterapi ile birlikte kullanılan adjuvan bir yaklaşım olarak tartışılır. Modern radyasyon tedavisi bağlamında hiperterminin yerini ele alan derlemeler, mekanistik düzeyde radyoterapi ve kemoterapi ile sinerji olasılıklarını ve klinik çalışmalardaki uygulama çeşitliliğini birlikte ele alırken; yöntemin klinik pratiğe aktarımında teknoloji farklılıkları, uygulama standardı ve karşılaştırılabilir veri üretimi gibi kısıtları öne çıkarır (Borkowska vd., 2025; Ying vd., 2026). Bu noktada kalite güvencesi ve standardizasyon, hipertermi literatürünün yalnızca teknik bir ayrıntısı değil; klinik uygulamaların karşılaştırılabilirliğini belirleyen temel bir bileşen olarak görülür. Nitekim hipertermi uygulama türleri için geliştirilen kalite güvence kılavuzları, hedef sıcaklık aralıkları, ölçüm, raporlama ve izlem bileşenlerini standardize etmeyi amaçlayan bir “uygulama altyapısı” tarif eder (Dobšiček Trefná vd., 2019). Bu çerçeve, hiperterminin integratif onkoloji bağlamında yer bulduğu durumlarda dahi, yöntemin “genel destekleyici bakım” başlığına indirgenmeden; uzmanlık, teknoloji ve kalite güvencesi gerektiren bir adjuvan yaklaşım olarak konumlandığını düşündürür (Borkowska vd., 2025; Dobšiček Trefná vd., 2019; Ying vd., 2026).

4.3. Ağrı Yönetimi Merkezleri ve Opioid Krizi Sonrası İlaç Dışı Protokoller

ABD’de opioid krizi, ağrı yönetimi alanında iki kanaldan ilerleyen belirgin bir kurumsal dönüşümü tetiklemiştir: Birincisi, opioidlerin kronik ağrıdaki yerini daha sınırlı ve koşula bağlı bir çerçeveye oturtan klinik yönlendirmelerin güçlenmesi; ikincisi ise ilaç dışı (nonfarmakolojik) yaklaşımların çok bileşenli bakım paketleri içinde daha görünür, daha izlenebilir ve daha sistematik biçimde konumlandırılmasıdır. CDC’nin 2022 tarihli klinik uygulama kılavuzu, ağrıyı akut, subakut ve kronik süreklilik içinde ele alırken özellikle subakut ve kronik ağrıda nonopioid ve nonfarmakolojik seçeneklere öncelik verilmesi gerektiğini vurgular; opioid başlanması söz konusu olduğunda ise kararın hasta özelinde risk–yarar dengesi kurularak verilmesini öneri mantığının merkezine yerleştirir (Dowell vd., 2022). Kılavuz aynı zamanda, erişim ve kapsayıcılık gibi sistem düzeyi kısıtların klinik kararların sahaya aktarımını etkileyebileceğini hatırlatarak “öneri” ile “uygulanabilirlik” arasındaki gerilimi görünür kılar (Dowell vd., 2022).

Bu yaklaşım, ağrı yönetimi hizmetlerini tek bir müdahale etrafında örgütlemekten ziyade, disiplinlerarası ve izleme dayalı bir bakım mimarisi içinde yeniden düşünmeye elverişli bir zemin üretir. Pratikte bu, fiziksel rehabilitasyon temelli girişimler, psikolojik/davranışsal yaklaşımlar ve bazı tamamlayıcı yöntemlerin, ağrının biyopsikososyal boyutlarıyla birlikte ele alındığı çok bileşenli programlara yaklaşma şeklinde okunabilir (Dowell vd., 2022). Dolayısıyla “ilaç dışı protokoller” burada tekil bir alternatif gibi değil; hedeflerin (işlevsellik, yaşam kalitesi, katılım), izlemin ve hasta-odaklı kararların birlikte taşındığı bir bakım paketinin bileşenleri olarak anlam kazanmaktadır (Dowell vd., 2022).

Araştırma ve politika tarafında ise NIH HEAL Initiative, opioid krizine yanıt olarak 2018’de başlatılmış, bağımlılık tedavilerini güçlendirmeyi hedeflerken aynı zamanda bağımlılık yapmayan (nonaddiktif) ağrı tedavilerinin geliştirilmesini de temel eksenlerden biri olarak tanımlamıştır (National Institutes of Health, t.y.). HEAL portföyünü ağrı araştırması odağında özetleyen değerlendirme yazısı, programın yalnızca yeni tedavi adaylarını değil; klinik denemeleri, uygulama bilimini ve bulguların klinik pratiğe aktarımını hızlandırmayı amaçlayan ağ ve programları da kapsadığını belirtir (Karp ve Baker, 2023). Böylece kanıt üretimi, “laboratuvardan kliniğe” tek doğrultulu bir çizgiye indirgenmeden; geliştirme, deneme ve uygulamaya yerleştirme basamaklarını birbirine bağlayan bir araştırma ekosistemi olarak kurgulanır (Karp ve Baker, 2023).

HEAL’in yıllık raporlama çerçevesi de bu ekosistemin ağrı boyutunu, opioid kriziyle kesişen bir halk sağlığı problemi içinde konumlandırır; ağrı biyolojisini anlama, yeni tedavi seçenekleri geliştirme ve uygulanabilirliği artırma hedeflerinin birlikte taşındığını gösterir (National Institutes of Health, 2024). Bu bağlamda integratif yaklaşımlar, “opioidlerin yerine tekil bir ikame” iddiasıyla değil; kronik ağrının çok bileşenli doğasına uygun biçimde ilaç dışı seçeneklerin kurumsal yerini güçlendiren, kılavuz–araştırma–uygulama hattında daha şeffaf ve izlenebilir hale gelen bir alan olarak görünürlük kazanır (Dowell vd., 2022; Karp ve Baker, 2023; National Institutes of Health, 2024).

4.4. Akademik Konsorsiyumlar

Entegratif tıbbın Batı'daki kurumsal sürdürülebilirliğinde, tekil merkezlerin varlığından çok, akademik yapıların ortak bir dil, asgari standartlar ve karşılaştırılabilir çıktılar üretebilmesini mümkün kılan ağ yapılanmaları belirgin rol oynar. Bu bağlamda Academic Consortium for Integrative Medicine and Health, araştırma gündemi, eğitim müfredatı ve klinik bakım modelleri için ortak bir çerçeve geliştirmeyi amaçlayan; kurumlar arası bilgi ve uygulama aktarımını daha sistematik bir zemine taşıyan bir platform olarak tanımlanmıştır (Tick vd., 2019; Nielsen vd., 2019). Konsorsiyumun bu konumu, entegratif tıp ve sağlık alanını “kurumsal olarak izlenebilir” hâle getiren üç taşıyıcı eksen üzerinden okunabilir: (i) bilimsel kanıt üretimi ve araştırma iş birlikleri, (ii) eğitimde içerik ve yetkinliklerin sistematikleştirilmesi, (iii) klinik hizmet modellerinde sürdürülebilirlik ve kalite yaklaşımının ortaklaştırılması (Tick vd., 2019).

Konsorsiyumun misyonunun, kanıta dayalı entegratif tıp ve sağlığı geliştirmek; akademik merkezlerde eğitim ve araştırma kapasitesini güçlendirmek; klinik bakımın sürdürülebilir modellerini desteklemek gibi hedeflerle ifade edildiği görülmektedir (Tick vd., 2019). Bu misyon dili, alanın “tek tek yöntemler” etrafında parçalanması riskini azaltan bir kurumsal çerçeve işlevi görebilir; çünkü tartışmayı yöntemlerin popülerliğinden ziyade, araştırma tasarımları, eğitim çıktıları ve klinik bakım süreçlerinin yönetilebilirliği gibi daha denetlenebilir alanlara taşır (Nielsen vd., 2019). Nitekim konsorsiyumun, belirli klinik sorun alanları için (örneğin kronik bel ağrısında akupunkturun kapsama tartışması) kanıta dayalı gerekçelendirme ve uygulamaya aktarım boyutlarını birlikte taşıyan kurumsal metinler üretebilmesi, “öneri düzeyi–kanıt gerekçesi–uygulama bağlamı” ilişkisinin daha şeffaf kurulmasına katkı sağlayan bir hat olarak okunabilir (Nielsen vd., 2019).

Bu tür ağ yapıları, bir yandan akademik kalite vurgusunu korurken diğer yandan alanda ortak ölçütlerin gelişmesine zemin hazırlar. Ayrıca WHO stratejisi gibi üst ölçekli politika metinlerinin, akademik konsorsiyumların bakış açısından ele alınabilmesi, bu ağların yalnızca eğitim ve araştırma koordinasyonu değil; kavramsal çerçeveleme ve kurumsal öncelik belirleme bakımından da görünür bir rol üstlenebildiğini düşündürür (Hoenders vd., 2024). Bu nedenle akademik konsorsiyumlar, entegratif tıbbın kurumsal yerleşimini açıklarken, “merkezlerin varlığı”ndan daha çok, merkezler arasında üretilebilen ortak standart ve çıktıların sürekliliği üzerinden izlenebilen bir yapı taşına karşılık gelir (Tick vd., 2019; Hoenders vd., 2024).

Bu kısımda tartışılan konsorsiyum yaklaşımı; entegratif tıbbın farklı uygulama hatlarını tek bir listeye indirgmeden, araştırma–eğitim–klinik bakım eksenlerinde ortak bir kurumsal dil ve kanıt referansları üretme kapasitesi bakımından özetleyici bir çerçeve sunmaktadır (Tick vd., 2019).

5. KÜRESEL KIYASLAMA VE TÜRKİYE BAĞLAMINDA YÖNETİŞİM BAŞLIKLARI

Uluslararası karşılaştırma literatürü, geleneksel ve tamamlayıcı uygulamaların sağlık sistemine eklemlenmesinde “tek bir model”den söz etmenin güç olduğunu; ülke bağlamına göre farklı kurumsal tasarımların ortaya çıktığını göstermektedir. Bu çeşitlilik özellikle eğitim ve

sertifikasyon düzenekleri, güvenlik ve kalite güvencesi, uygulamanın nerede ve hangi koşullarda yapılacağı ile mesleki rol paylaşımı başlıklarında belirginleşmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün geleneksel tıp strateji çerçevesi, alanı yalnızca “yaygınlık” ya da “kültürel kabul” tartışmasına indirgemen; uygulayıcı, ürün ve uygulama süreçlerinin kalite–güvenlik ekseninde düzenlenmesini ve ulusal sistemlere dâhil edilme düzeyinin kanıta duyarlı bir yönetim yaklaşımıyla ele alınmasını temel hat olarak vurgulamaktadır (World Health Organization, 2013).

Türkiye bağlamında son yıllarda öne çıkan tartışma kümeleri de büyük ölçüde bu yönetim eksenine örtüşmektedir. İlk olarak, mevzuatın kapsamı ve hukuki dayanaklar, GETAT uygulamalarının sağlık sistemi içindeki konumunu belirleyen ana çerçeve olarak ele alınmakta; düzenlemelerin kapsam–yetki–sorumluluk boyutları “standartların yeterliliği”, “denetim kapasitesi” ve “iyileştirme alanları” üzerinden tartışılmaktadır (Akalin vd., 2023; Resmî Gazete, 2014). İkinci olarak, uygulama güvenliği ve hasta güvenliği, özellikle invaziv uygulamalar bağlamında daha görünür hâle gelmekte; hijyen, sterilizasyon, enfeksiyon kontrolü ve güvenli uygulama altyapısına ilişkin gereklilikler hem teknik hem yönetsel bir gereklilik olarak çerçevelenmektedir (Cevahir vd., 2024). Üçüncü olarak, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının bilgi–tutum örüntüleri, hizmetin sahadaki kurumsal yerleşimini anlamada “ara düzey” bir kanıt alanı sunmakta; uygulamaya yönlendirme, hasta iletişimi ve kurumsal sınırlar bakımından eğitim ihtiyacını görünür kılmaktadır (Başdaş vd., 2024). Son olarak, toplumda kullanım desenleri ile kullanımın sağlık hizmetiyle ilişkisi (örneğin bildirim davranışı ve bilgi kaynakları), hem hizmet planlaması hem de risk iletişimi açısından dikkate alınması gereken bir diğer hat olarak öne çıkmaktadır (Başdaş vd., 2024; Cevahir vd., 2024). Bu kapanış bölümünde, uluslararası kıyaslamaların işaret ettiği yönetim başlıkları ile Türkiye’deki güncel tartışma kümeleri, aynı kavramsal çerçeve içinde ve terimsel tutarlılık gözetilerek birlikte ele alınmıştır.

5.1. Eğitim ve Yetkinlik Çerçevesi

Eğitim ve yetkinlik tartışmalarının ortak zemini, uygulamanın “geleneksel bilgi” ile ilişkisini tek başına yeterli görmemesi; hasta güvenliğini teminat altına alacak biçimde tanımlı eğitim çıktıları, ölçülebilir yetkinlikler ve denetlenebilir uygulama koşullarıyla desteklenmesi gerekliliğidir. Türkiye bağlamında bu çerçevenin omurgası, GETAT uygulamalarının hangi koşullarda, kimler tarafından ve hangi sorumluluk rejimi içinde yürütülebileceğine ilişkin mevzuatın çizdiği sınırlar üzerinden okunmaktadır. Hukuki analizler, sertifikasyon ve izin süreçlerini yalnızca bir “mesleki gelişim” başlığı olarak değil; hizmet sunumunun sınırları, yetki–sorumluluk dengesi ve hasta güvenliğiyle doğrudan ilişkili bir yönetim aracı olarak ele almaktadır (Reva, 2022). Uygulamanın “rutin hizmet” ile “kanıt üretimi” alanlarının birbirine karışmaması açısından, klinik araştırma süreçlerine ilişkin ayrı bir düzenleme çerçevesinin bulunması da önemlidir; bu ayrışma, alanda kanıt üretimi ile uygulama güvenliği arasında kurumsal bir bağ kurma niyetini, en azından normatif düzeyde görünür kılar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Sahadaki görünüm, eğitim ve yetkinliğin yalnızca normatif bir gereklilik değil; aynı zamanda hizmetin yönlendirilme biçimini ve klinik karar pratiklerini etkileyen bir unsur olduğunu düşündürmektedir. Hekimler üzerinde yürütülen kesitsel çalışmalar, bir yandan

sertifikalı uygulayıcı olma düzeylerinin sınırlı kalabildiğini; diğer yandan hekimlerin tamamlayıcı uygulamalara ilişkin bilgi kaynakları, yönlendirme/önerme davranışları ve risk algılarında belirgin bir heterojenlik bulunduğunu rapor etmektedir (Başdaş vd., 2024). Birinci basamak perspektifinden bakıldığında, aile hekimleriyle yürütülen araştırma da benzer biçimde; hekimlerin GETAT’a ilişkin tutumlarının tek tip olmadığını ve formel eğitim/öğrenim deneyimi ile klinik pratikteki yaklaşım arasında zaman zaman mesafe oluşabildiğini göstermektedir (Atayoğlu vd., 2023). Aile hekimliği asistanlarına odaklanan kesitsel çalışma ise, GETAT’a yönelik tutum ve bilgi düzeylerinin, eğitim gereksinimi ve güvenlik kaygılarıyla birlikte tartışıldığını; özellikle rehberlik edecek kanıt ve eğitim altyapısına duyulan ihtiyacın görünürleştiğini ortaya koymaktadır (Acar vd., 2022). Bu bulgular, “talep var/yok” ikiliğinden çok, talebin klinik karşılaşmada nasıl yönetildiği ve bu yönetimin hangi yetkinlik setleriyle desteklendiği sorusunu öne çıkarmaktadır.

Eğitim–yetkinlik başlığı, yalnızca hekimlerle sınırlı olmayan, daha geniş sağlık çalışanı gruplarını da kapsayan bir tartışma alanına sahiptir. Sağlık profesyonellerinin görüşlerine odaklanan çalışma, yasal çerçeveye atıfla uygulamaların eğitim ve sertifikasyon koşullarıyla ilişkilendirildiğini; buna karşın bilgi kaynakları, risk algısı ve uygulama sınırlarına dair belirsizliklerin sahada tamamen ortadan kalkmadığını bildirmektedir (Porsuk vd., 2021). Birlikte değerlendirildiğinde Türkiye’de eğitim ve yetkinlik tartışmasının pratik karşılığı; (i) standart eğitim çıktılarının netleştirilmesi, (ii) uygulama sınırlarının klinik karar süreçleriyle uyumlu biçimde tanımlanması ve (iii) güvenlik–kalite güvencesi bileşenlerinin eğitim ve denetim mimarisine birlikte yerleştirilmesi eksenlerinde yoğunlaşmaktadır (Reva, 2022; Başdaş vd., 2024).

5.2. Uygulama Güvenliği, Enfeksiyon Kontrolü ve Hasta Güvenliği

Uygulama güvenliği literatürü, özellikle cilt bütünlüğünü bozan veya biyolojik materyal kullanılan yöntemlerde (ör. akupunktur, ıslak kupa uygulamaları, sülük tedavisi, mezoterapi) riskin yalnızca “uygulamanın türü”nden kaynaklanmadığını; uygulama ortamı, malzeme yönetimi, asepti–antisepti akışı, atık ve kesici–delici materyal yönetimi ile izlem kapasitesi gibi süreç bileşenleri üzerinden üretildiğini vurgular. Türkiye’de invaziv GETAT uygulamalarını hijyen ve enfeksiyon kontrolü perspektifinden tartışan çalışma, tek kullanımlık malzeme, steril süreç yönetimi, uygulama alanının düzenli temizlik ve dezenfeksiyonu ile atık yönetiminin hasta güvenliği açısından belirleyici olduğuna işaret eder; bu yaklaşımda enfeksiyon kontrolü, “genel hijyen önerileri”nden ziyade prosedür tasarımı ve denetlenebilir süreç standartlarına eklenmiş bir güvenlik bileşeni olarak konumlanır (Cevahir vd., 2024).

Akupunktur özelinde güvenlik literatürü iki eş zamanlı değerlendirme üretmektedir. Birincisi, uygun eğitim ve uygun uygulama koşulları sağlandığında ciddi advers olayların nadir görülebileceği; ikincisi ise nadir de olsa enfeksiyon dâhil bazı olayların bildiriliyor olmasının, standartlaştırılmış risk azaltma uygulamalarını gereksiz kılmadığıdır. Prospektif klinik çalışmaların sistematik derleme ve meta-analizine dayanan bulgular, advers olayların çoğunun hafif ve geçici olduğunu; buna karşılık tıbbi yönetim gerektiren olayların düşük sıklıkta da olsa klinik yeterlilik ve süreç güvenliği gerektirdiğini belirtir (Bäumler vd., 2021). Daha geniş kanıt haritalama çalışmaları ise enfeksiyonu, akupunkturla ilişkili advers etkiler içinde izlenmesi gereken bir kategori olarak sınıflandırır; bu durum, raporlama kalitesi ve uygulayıcı

faktörlerinin görünürleştirilmesi ihtiyacını güçlendirir (Xu vd., 2023). DSÖ'nün akupunktur uygulamasına ilişkin yetkinlik ölçütlerini çerçeveleyen “benchmarks” dokümanı da, tek kullanımlık steril iğne, kesici-delici atık yönetimi ve standart önlemler gibi bileşenleri eğitim ve uygulama koşullarıyla birlikte ele alarak güvenliği “eğitim–uygulama–denetim” hattında tanımlanabilir bir zemine taşımıştır (World Health Organization, 2021).

Kupa uygulamaları ve mezoterapi gibi cilt bütünlüğünü bozan girişimlerde enfeksiyon riski daha çok vaka bildirimleri ve komplikasyon profili tartışmaları üzerinden izlenmektedir. Islak kupa uygulaması sonrasında gelişen ağır yumuşak doku enfeksiyonuna ilişkin vaka sunumu, uygunsuz koşulların nadir ancak ciddi sonuçlar doğurabileceğini göstermesi bakımından güvenlik tartışmasını somutlaştırır; bununla birlikte tekil olgu raporlarının genelleme gücünün sınırlı olduğu, ancak risk yönetimi açısından “olası başarısızlık noktalarını” görünür kıldığı not edilmelidir (Alajmi vd., 2021). Mezoterapi tarafında ise yöntem geniş bir uygulama alanı bulsa da literatür, uygulama çeşitliliği ve standardizasyon eksikliğinin, advers olayların sınıflandırılması ve güvenli parametrelerin tanımlanmasını güçleştirdiğini; enfeksiyöz komplikasyonların da dâhil olduğu bir yan etki yelpazesinin raporlandığını ortaya koyar (Plachouri vd., 2019). Bu bulguların ortak paydası, “teknik uygulama” ile “enfeksiyon kontrol süreçleri”nin ayrıştırılamayacağı; malzeme, ortam ve uygulayıcı yeterliliğinin birlikte değerlendirilmesi gerektiğidir (Plachouri vd., 2019).

Sülük tedavisi, biyolojik materyal kullanımı nedeniyle enfeksiyon kontrol tartışmasının özgün bir alt alanını oluşturur. *Aeromonas* türleriyle ilişkili enfeksiyonların bu uygulamanın bilinen bir komplikasyon alanı olduğu; bu nedenle profilaksi yaklaşımları, sülük tedarik ve bakım süreçleri, mikrobiyolojik kontrol ve uygulama sonrası izlem basamaklarının protokolleştirilmesinin önem taşıdığı bildirilmektedir (Verriere vd., 2016). Daha güncel klinik raporlama ise çok ilaca dirençli *Aeromonas* enfeksiyonu olgusu üzerinden, kurumların profilaksi ve izlem yaklaşımını antimikrobiyal direnç dinamiklerini dikkate alacak biçimde güncelleme ihtiyacının doğabileceğini göstermektedir (Masters vd., 2020). Bu literatür birlikte okunduğunda, GETAT uygulama güvenliğinin yalnızca “niyet edilen fayda” üzerinden değil; süreç güvenliği, enfeksiyon kontrol kapasitesi ve denetim altyapısı üzerinden eş zamanlı değerlendirilmesinin zorunlu olduğu anlaşılmaktadır (Verriere vd., 2016; Masters vd., 2020).

5.3. Kullanım Desenleri ve Kronik Hastalık Bağlamı

Toplum düzeyinde ve kronik hastalık gruplarında geleneksel/tamamlayıcı uygulamalara yönelim, literatürde yalnızca “yaygınlık” ölçümüyle sınırlı olmayan; hangi yöntem kümelerinin tercih edildiği, kararın hangi bilgi kanalları üzerinden şekillendiği ve kullanımın sağlık hizmetiyle nasıl temas ettiği gibi boyutlarla birlikte ele alınan bir olgudur. Bu nedenle kullanım desenlerini anlamak, yalnızca “kullanıyor/kullanmıyor” ikiliğinin ötesinde; klinik izlem açısından kritik olan görünürlük ve iletişim boyutunu da analize dâhil etmeyi gerektirir.

Birinci basamak başvuruları üzerinden yürütülen Türkiye örnekleme çalışmalar, GETAT kullanımını farklı yöntem kümeleri içinde betimleyerek, tercihin tekil bir davranıştan ziyade belirli pratik alanlara dağılan bir örüntü olduğunu göstermeye imkân verir. Bu tür veriler, özellikle kronik hastalıkla yaşayan bireylerde “destekleyici kullanım”ın hangi koşullarda rutin bakıma eşlik ettiğini, hangi koşullarda ise klinik görüşmede gündeme gelmeyerek izlem dışı kalabildiğini tartışmaya elverişli bir zemin sunar (Söylemez ve Güneş, 2023). Buradaki kritik

nokta, kullanımın varlığından çok, kullanımın bakım sürecine nasıl eklemlendiğidir: Ürün/uygulama tercihleri kadar, sağlık profesyoneliyle kurulan iletişim ve bilgilendirme hattı da hasta güvenliği açısından belirleyici hale gelir.

Kronik hastalık gruplarında kullanım desenleri, belirli hastalık örneklemelerinde daha ayrıntılı izlenebilmektedir. Tip 2 diyabet hastalarına odaklanan çalışmalar, bireylerin çoğu zaman tıbbi tedaviyi tamamen terk etmekten ziyade tamamlayıcı ürün ve uygulamaları “ek” bir yaklaşım olarak değerlendirebildiğini; ancak tercih edilen ürün/uygulama türleri ile kullanım sürekliliğinin değişkenlik gösterebildiğini ortaya koymaktadır (Kaynak ve Polat, 2017; Yıldırım ve Marakoğlu, 2018). Bu bulgular, kronik hastalık yönetiminde tamamlayıcı uygulama kullanımının yalnızca kültürel bir tercih alanı olarak değil; klinik izlemin güvenlik, iletişim ve bilgilendirilmiş karar bileşenleriyle kesişen bir davranış ekosistemi olarak ele alınmasını gerektirir.

Pandemi gibi belirsizlik ve risk algısının yükseldiği dönemlerde ise tamamlayıcı yöntemlere yönelim, daha belirgin biçimde “bilgi kaynakları” ve “risk algısı”yla iç içe geçebilir. COVID-19 bağlamında Türkiye örneklemleri çalışmalar, tamamlayıcı yöntemlere yönelimin toplumsal düzeyde görünürleştiğini; bu görünürlüğü ise sağlık hizmetiyle temas ve risk iletişimi açısından ayrıca değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir (Keten vd., 2022). Dolayısıyla kronik hastalık yükünün yüksek olduğu gruplarda “kullanım deseni” tartışması, yalnızca neyin ne kadar kullanıldığı sorusuna değil; kullanımın nasıl gerekçelendirildiği, hangi kaynaklara dayanarak seçildiği ve klinik görüşmede ne ölçüde görünür kılındığı sorularına da dayanmalıdır (Söylemez ve Güneş, 2023; Yıldırım ve Marakoğlu, 2018).

5.4. Mevzuatın Kapsamı ve Kurumsal Yerleşim

Mevzuat tartışmaları, GETAT uygulamalarının sağlık sistemi içinde yalnızca “adlandırılma” biçimini değil; daha geniş bir kurumsal yerleşim mimarisini belirleyen çerçeveyi ifade eder. Uygulamaların tanımı ve kapsamı kadar; uygulama yetkisi, izin süreçleri, uygulama mekânı koşulları, denetim araçları ve sorumluluk rejimi birlikte ele alınmadığında, sistem içi konumlanma parçalı ve izlenmesi güç bir görünüm kazanabilmektedir. Türkiye özelinde hukuki çerçeveyi sistematik biçimde değerlendiren analiz, düzenlemelerin dayandığı temel mevzuat bileşenlerini ve GETAT alanını düzenleyen çerçevenin kapsamını tartışarak; uygulamaların hangi kurumsal koşullarda yürütülebileceğine ilişkin sınırları görünür kılar (Reva, 2022). Bu okuma, uluslararası kıyaslamada sık kullanılan “hangi uygulama, nerede, kim tarafından, hangi şartlarda” sorusunu normatif kabullerden ziyade mevzuatın kurduğu somut sınırlar üzerinden izlemeyi mümkün kılar.

Kurumsal yerleşim, mevzuatın yalnızca “yetkilendirme” boyutuyla değil, güvenlik ve kalite güvencesini hangi mekanizmalarla taşıdığıyla da yakından ilişkilidir. Nitekim invaziv ve/veya biyolojik materyal içeren uygulamalarda sterilizasyon, tek kullanımlık malzeme, atık yönetimi ve uygulama ortamının standartlarının belirleyiciliğini GETAT bağlamında ele alan derleme, güvenli uygulamanın eğitim ve mekân koşullarıyla birlikte düşünülmesi gerektiğini ayrıntılandırır (Cevahir vd., 2024). Bu hatırlatma, mevzuatın “kurumsal yerleşim” işlevinin yalnızca izin ve tanım üretmekten ibaret olmadığını; aynı zamanda uygulamanın güvenlik altyapısını sürdürülebilir kılacak denetim ve standardizasyon mantığına dayanması gerektiğini gösteren bir kanıt dili üretir. DSÖ’nün strateji çerçevesinde vurgulanan kalite–güvenlik eksenini

de uygulayıcı, ürün ve uygulama süreçlerinin düzenlenmesini ve ulusal sistemlere dâhil edilme düzeyinin kanıta duyarlı bir yönetim yaklaşımıyla ele alınmasını öne çıkararak bu noktada açıklayıcı bir üst çerçeve sağlar (World Health Organization, 2013).

Mevzuatın sahadaki karşılığı ise, pratikte kullanımın nasıl gerçekleştiği ve klinik süreçle nasıl temas ettiği üzerinden daha anlaşılır hale gelir. Birinci basamak başvurularına dayanan çalışmalar, toplumda GETAT kullanımının belirli yöntem kümeleri etrafında şekillenebildiğini ve bu kullanımın sağlık hizmetiyle temas eden/etmeyen yönleri bulunabileceğini göstermektedir (Söylemez ve Güneş, 2023). Kronik hastalık örneklemelerinde ise tamamlayıcı/alternatif kullanımın “tıbbi tedaviye ek” bir davranış olarak görülebildiğine, ancak tercihlerin ve kullanım pratiklerinin değişkenlik gösterebildiğine dair bulgular, mevzuatın izlenebilirlik ve risk iletişimi bileşenleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşündürür (Yıldırım ve Marakoğlu, 2018). Bu nedenle mevzuat, tek başına bir “kural seti” değil; eğitim, güvenlik, izlenebilirlik ve klinik iletişim bileşenlerinin birbirine eklemlendiği kurumsal bir çerçeve olarak ele alınmalıdır (Reva, 2022; World Health Organization, 2013).

Bölümün bütününe dönüldüğünde, uluslararası modeller farklılaşsa da ortak bir çekirdeğin görünür kaldığı söylenebilir: Geleneksel–tamamlayıcı uygulamaların sağlık sisteminde sürdürülebilir biçimde konumlanması, en nihayetinde eğitim/yetkinlik, güvenlik–kalite güvencesi, kullanımın izlenebilirliği ve mevzuatın açıklığı gibi başlıklarda kurumsal bütünlük gerektirir (World Health Organization, 2013). Türkiye literatüründe birinci basamak ve kronik hastalık örneklemelerinden gelen bulguların, mevzuat tartışmasını sahadaki kullanım pratikleriyle birlikte okuma ihtiyacını güçlendirmesi, yönetim tartışmasının “metin” düzeyinde kalmadan uygulama düzeyine bağlanması açısından önemlidir (Söylemez ve Güneş, 2023; Yıldırım ve Marakoğlu, 2018).

KAYNAKÇA

- Acar, A. B., Eke, R. N., Balaban, B., & Köksal Yasin, Y. (2022). Aile hekimliği asistanlarının geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları konusundaki yaklaşımlarının değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 5(2), 143–150.
- Akalın, B., İrban, A., ve Özargun, G. (2023). Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Mevcut Standartları ve İyileştirme Önerileri. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi (Journal of Health Professions Research)*, 5(1), 49–69.
- Alajmi, T., Aljulaihim, A., Alzahrani, M., & Aljuhayyam, S. (2021). Necrotizing fasciitis following wet cupping: A case report. *American Journal of Case Reports*, 22, e931462.
- Atayoğlu, A. T., Tokaç, M., Doğan, S., vd. (2023). Traditional and complementary medicine perspectives of family physicians in Istanbul. *Family Practice and Palliative Care*, 8(1), 16–23.
- Bäumler, P., Zhang, W., Stübinger, T., & Irnich, D. (2021). Acupuncture-related adverse events: Systematic review and meta-analyses of prospective clinical studies. *BMJ Open*, 11(9), e045961.

- Başdaş, F., Aybal, N. Ç., Erdem, F., & Arıca, S. G. (2024). Traditional and Complementary Medicine According to Physicians in A Tertiary Hospital in Turkey: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research*, 5(2), 76-80.
- Beidelschies, M., Alejandro-Rodriguez, M., Guo, N., Poston, A., Jones, T., Bradley, E., Hyman, M., ve Rothberg, M. B. (2021). Patient outcomes and costs associated with functional medicine-based care delivered in a shared medical appointment versus individual appointments: A retrospective cohort study. *BMJ Open*, 11(4), e048294.
- Beidelschies, M., Alejandro-Rodriguez, M., Ji, X., Lapin, B., Hanaway, P., & Rothberg, M. B. (2019). Association of the functional medicine model of care with patient-reported health-related quality-of-life outcomes. *JAMA network open*, 2(10), e1914017.
- Berlowitz, I., Adler, H., Gallego Perez, D., Templeton, A. J., & Wolf, U. (2025). What do future physicians think of traditional, complementary, and integrative medicine (TCIM)? Fifteen years after the inclusion of TCIM in the Swiss constitution. *PLoS One*, 20(12), e0333920.
- Bland, J. (2017). Defining function in the functional medicine model. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 23(1), 15–19.
- Bland, J. S. (2022). Functional medicine past, present, and future. *Integrative Medicine*, 21(2), 22–26.
- Blumenthal, M. (Ed.). (1998). *The complete German Commission E monographs: Therapeutic guide to herbal medicines*. American Botanical Council.
- Borkowska, A., Chmiel, P., Rutkowski, P., ve Spalek, M. J. (2025). The role of hyperthermia in modern radiation treatment- state of art. *Radiation Oncology*, 21(1), 15.
- Bundesrepublik Deutschland. (1939). Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz).
- Carlson, L. E., Ismaila, N., Addington, E. L., Asher, G. N., Atreya, C., Balneaves, L. G., Bradt, J., Fuller-Shavel, N., Goodman, J., Hoffman, C. J., Huston, A., Mehta, A., Paller, C. J., Seely, D., ve Siwik, C. J. (2023). Integrative oncology care of symptoms of anxiety and depression in adults with cancer: Society for Integrative Oncology–ASCO guideline. *Journal of Clinical Oncology*.
- Cevahir, F., Kaya, G., & Altındış, M. (2024). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarında hijyen, enfeksiyonlardan korunma ve hasta güvenliği. *Türk Hijyen ve Deneyisel Biyoloji Dergisi*, 82(2), 335-360.
- Chen, K., & Xu, H. (2003). The integration of traditional Chinese medicine and Western medicine. *European Review*, 11(2), 225–235.
- Chen, Q., Cheng, H. J., Bian, Z. X., Lyu, A. P., Yang, Y., & Chan, K. W. (2025). Regulatory frameworks and evidence requirements for traditional, complementary and integrative medicines. *Bulletin of the World Health Organization*, 103(11), 696–707C.

- Choi, Y., Kim, H., ve Kim, H. (2022). Identifying the relationship between the Korean Medicine and Western Medicine using network analysis. *Healthcare*, 10(9), 1697.
- Dobšíček Trefná, H., Crezee, J., Schmidt, M., Marder, D., Lamprecht, U., Ehmann, M., Nadobny, J., Abdel-Rahman, S., Jones, E. L., Kok, H. P., Lee, S. Y., Oetzel, D., van Rhoon, G., ve Wust, P. (2019). Quality assurance guidelines for interstitial hyperthermia. *International Journal of Hyperthermia*, 36(1), 277–294.
- Dowell, D., Ragan, K. R., Jones, C. M., Baldwin, G. T., ve Chou, R. (2022). CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for pain—United States, 2022. *MMWR Recommendations and Reports*, 71(3), 1–95.
- European Medicines Agency. (2013, August 8). *European Union monographs and list entries*. <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/herbal-medicinal-products/european-union-monographs-list-entries>
- Federal Constitution of the Swiss Confederation. (1999). *Federal Constitution of the Swiss Confederation*.
- Frates, B., Ortega, H. A., Bernstein, M., ve Frates, E. P. (2024). Lifestyle medicine in medical education: Maximizing impact. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality and Outcomes*, 8(5), 451–474.
- Fung, F. Y., & Linn, Y. C. (2015). Developing traditional Chinese medicine in the era of evidence-based medicine: Current evidences and challenges. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015, Article 425037.
- Gowin, K. (2024). Integrative therapies in cancer care: Update on guidelines. *ASCO Educational Book*.
- Han, S. Y. (2016). The past, present, and future of traditional medicine education in Korea. *Integrative Medicine Research*, 5(2), 73–82.
- Heilpraktikergesetz. (1939). Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung.
- Hoenders, R., Ghelman, R., Portella, C., Simmons, S., Locke, A., Cramer, H., Gallego-Perez, D., ve Jong, M. (2024). A review of the WHO strategy on traditional, complementary, and integrative medicine from the perspective of academic consortia for integrative medicine and health. *Frontiers in Medicine*, 11, 1395698.
- Hua, H., Tang, J. Y., Zhao, J. N., Wang, T., Zhang, J. H., Yu, J. Y., ... & Luo, Q. X. (2025). From traditional medicine to modern medicine: the importance of TCM regulatory science (TCMRS) as an emerging discipline. *Chinese Medicine*, 20(1), 92.
- Huber, B. M., von Schoen-Angerer, T., Hasselmann, O., & Wolf, U. (2019). Swiss paediatrician survey on complementary medicine. *Swiss Medical Weekly*.
- İlhan, M. M., Demir, B., Yüksel, S., Aydın, S., Yıldız, R., Karaman, Ö., & Taşan, E. (2016). Use of complementary and alternative medicine and its association with sociodemographic characteristics in patients with diabetes mellitus. *Northern Clinics of Istanbul*, 3(1), 34–38.

- Johns Hopkins Medicine. (t.y.). *Integrative medicine*. Johns Hopkins Medicine. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/integrative-medicine>
- Katayama, K., Yoshino, T., Munakata, K., Yamaguchi, R., Imoto, S., Miyano, S., & Watanabe, K. (2013). Prescription of Kampo drugs in the Japanese health care insurance program. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, Article 576973.
- Karp, B. I., ve Baker, R. G. (2023). Pain management research from the NIH HEAL Initiative. *Frontiers in Pain Research*, 4, 1266783.
- Kaynak, D., & Polat, C. (2017). Diabetes Mellitus’lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları. *Genel Tıp Dergisi*, 27(2), 56–64.
- Keten, H. S., Erkan, Ö. F., & Akbayram, H. T. (2022). THE EFFECT OF COVID-19 PANDEMIC ON GOOGLE TRENDS SEARCHES ABOUT TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE IN TURKEY. *Acta Medica Nicomedia*, 5(3), 109-114.
- Klein, S. D., Torchetti, L., Frei-Erb, M., & Wolf, U. (2015). Usage of complementary medicine in Switzerland: Results of the Swiss Health Survey 2012 and development since 2007. *PLOS ONE*, 10(10), e0141985.
- Knöss, W., ve Chinou, I. (2012). Regulation of medicinal plants for public health – European community monographs on herbal substances. *Planta Medica*, 78(12), 1311–1316.
- Kotecha, R. (2021). The journey with COVID-19: Initiatives by Ministry of AYUSH. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 12(1), 1–3.
- Krug, K., Kraus, K. I., Herrmann, K., & Joos, S. (2016). Complementary and alternative medicine (CAM) as part of primary health care in Germany: Comparison of patients consulting general practitioners and CAM practitioners. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16, 409.
- Kuchta, K., & Cameron, S. (2022). Editorial: Kampo medicine in a modern context: Ethnopharmacological perspectives. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 971254.
- Lee, B., Choi, Y., Kim, P.-W., Yang, C.-S., & Lee, M. S. (2021). Regulation and status of herbal medicine clinical trials in Korea: A narrative review. *Integrative Medicine Research*, 10(2), 100688.
- Leem, J., Shin, K., ve Kim, J. (2020). Perception, attitude, and demand for Korean medicine collaborative treatment: A scoping review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20, 201.
- Liang, Z., Hu, H., Li, J., Yao, D., Wang, Y., & Ung, C. O. L. (2021). Advancing the regulation of traditional and complementary medicine products: A comparison of five regulatory systems on traditional medicines with a long history of use. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021, Article 5833945.
- Lim, B. (2013). Korean medicine coverage in the National Health Insurance in Korea: Present situation and critical issues. *Integrative Medicine Research*, 2(3), 81–88.

- Lippman, D., Stump, M., Veazey, E., Guimarães, S. T., Rosenfeld, R., Kelly, J. H., ... & Katz, D. L. (2024). Foundations of lifestyle medicine and its evolution. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 8(1), 97-111.
- Masters, M. C., Kim, R., Kitt, E., & Snyderman, D. R. (2020). Multidrug resistant *Aeromonas* infection following medical leech therapy: A case report and development of a joint antimicrobial stewardship and infection prevention protocol. *Journal of Global Antimicrobial Resistance*, 23, 314–317.
- Mayo Clinic Staff. (2025, August 23). *Integrative medicine*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/complementary-alternative-medicine/about/pac-20393581>
- Ministry of AYUSH, Government of India. (2020). *Ayurveda's immunity boosting measures for self care during COVID-19 crisis* [Advisory].
- Ministry of Health and Family Welfare. (2017). *National Health Policy, 2017*. Government of India.
- National Cancer Institute. (2024). *Mistletoe extracts (PDQ®)–Health professional version*. National Cancer Institute.
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2021). *NCCIH strategic plan FY 2021–2025: Mapping a pathway to research on whole person health*. National Center for Complementary and Integrative Health. <https://www.nccih.nih.gov/about/nccih-strategic-plan-2021-2025>
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2024). *NCCIH funding: Appropriations history*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Low back pain and sciatica in over 16s: Assessment and management* (NG59).
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: Assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain* (NG193).
- National Institutes of Health. (2024). *Research in Action: 2024 Annual Report (NIH HEAL Initiative)*.
- Nesari, T., Nesari, M., Ruknuddin, G., Yadava, R. K., Huddar, V., Dharmarajan, P., ... & Goel, S. (2025). India's journey in mainstreaming Ayush in primary health care—from tradition to integration. *Frontiers in Medicine*, 12, 1629515.
- Nielsen, A., Tick, H., Mao, J. J., Hecht, F., ve Consortium Pain Task Force. (2019). Academic Consortium for Integrative Medicine ve Health commentary to CMS; RE: National Coverage Analysis (NCA) tracking sheet for acupuncture for chronic low back pain (CAG-00452N). *Global Advances in Health and Medicine*, 8, 2164956119857648.
- Oral, B., Öztürk, A., Balcı, E., & Sevinç, N. (2016). Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(2), 69–76.

- Osteopaths Act. (1993). Osteopaths Act 1993.
- Pang, R., Wang, S., Tian, L., Lee, M. C., Do, A., Cutshall, S. M., Li, G., Bauer, B. A., Thomley, B. S., ve Chon, T. Y. (2015). Complementary and integrative medicine at Mayo Clinic. *The American Journal of Chinese Medicine*, 43(8), 1503–1513.
- Pelzer, F., Loef, M., Martin, D. D., ve Muenstedt, K. (2022). Cancer-related fatigue in patients treated with mistletoe extracts: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 30(8), 6405–6418.
- Plachouri, K. M., Georgiou, S., & Koussidou-Ermonti, T. (2019). Mesotherapy: Safety profile and management of complications. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 18(6), 1601–1606.
- Porsuk, G., & Cerit, C. (2021). Views of healthcare professionals to traditional and complementary medicine. *International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research*, 2(3), 146–152.
- Professional Standards Authority. (2023, May 31). *Standards for Accredited Registers*. <https://www.professionalstandards.org.uk/publications/standards-accredited-registers>
- Professional Standards Authority. (2025, October 9). *Standards Review 2025 – consultation outcome report*. <https://www.professionalstandards.org.uk/publications/standards-review-2025-consultation-outcome-report>
- Professional Standards Authority. (t.y.). *Our work with Accredited Registers*. <https://www.professionalstandards.org.uk/organisations-we-oversee/our-work-accredited-registers>
- Resmî Gazete. (2014). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği. *Resmî Gazete*, Sayı 29158.
- Reva, Z. (2022). *Geleneksel ve tamamlayıcı tıp hukuku ve malpraktis*. Holistence Publications.
- Rippe, J. M. (2018). Lifestyle medicine: The health promoting power of daily habits and practices. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(6), 499–512.
- Rudra, S., Kalra, A., Kumar, A., ve Joe, W. (2017). Utilization of alternative systems of medicine as health care services in India: Evidence on AYUSH care from NSS 2014. *PLOS ONE*, 12(5), e0176916.
- Shrivastava, S. R. B. L., Shrivastava, P. S., ve Ramasamy, J. (2015). Mainstreaming of Ayurveda, Yoga, Naturopathy, Unani, Siddha and Homeopathy (AYUSH) in public health: Future challenges and possible solutions. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 5(2), 116–118.
- Söylemez, Y., & Güneş, G. (2023). Aile sağlığı merkezine başvuran hastalarda geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanımı. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 405–412.
- Stafford, N. (2011). Switzerland is to fund complementary therapies for six years while effectiveness is evaluated. *BMJ*, 342, d819.

- Swiss Confederation. (1999). *Federal Constitution of the Swiss Confederation*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının klinik araştırmaları hakkında yönetmelik. *Resmî Gazete* (Sayı: 30709).
- Tahara, E., Uneda, K., Mori, M., Kaneko, A., Mitsuma, T., & Tanikawa, K. (2025). Survey on Kampo formulas frequently prescribed by physicians belonging to the Japanese Society for Oriental Medicine. *Traditional & Kampo Medicine*.
- Tick, H., & Nielsen, A. (2019). Academic Consortium for Integrative Medicine & Health Commentary to Health and Human Services (HHS) on Inter-agency Task Force Pain Management Best Practices Draft Report. *Global Advances in Health and Medicine*, 8, 2164956119857656.
- Tsai, H.-H., Lin, H.-W., Lu, Y.-H., Chen, Y.-L., & Mahady, G. B. (2013). A review of potential harmful interactions between anticoagulant/antiplatelet agents and Chinese herbal medicines. *PLoS ONE*, 8(5), e64255.
- UK Parliament. (2024). *Written question: Regulation (acupuncture practitioners)*.
- Uneda, K., Kawai, Y., Kaneko, A., Kayo, T., Akiba, S., Ishigami, T., Yoshida-Komiya, H., Suzuki, M., & Mitsuma, T. (2024). Analysis of clinical factors associated with Kampo formula-induced pseudoaldosteronism based on self-reported information from the Japanese Adverse Drug Event Report database. *PLOS ONE*, 19(1), e0296450.
- Valentini, J., Klocke, C., Güthlin, C., & Joos, S. (2021). Integration of complementary and integrative medicine competencies in general practice postgraduate education—development of a novel competency catalogue in Germany. *BMC complementary medicine and therapies*, 21(1), 250.
- Verriere, B., Sabatier, B., Carbonnelle, E., Mainardi, J. L., Prognon, P., Whitaker, I., ... & Hivelin, M. (2016). Medicinal leech therapy and *Aeromonas* spp. infection. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 35(6), 1001-1006.
- von Schoen-Angerer, T., Manchanda, R. K., Lloyd, I., Wardle, J., Szöke, J., Benevides, I., ... & Liu, J. (2023). Traditional, complementary and integrative healthcare: global stakeholder perspective on WHO's current and future strategy. *BMJ global health*, 8(12).
- World Health Organization. (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014–2023*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>
- World Health Organization. (2021, June 11). *WHO benchmarks for the training of acupuncture*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017962>
- World Health Organization. (2025, October 30). *Global traditional medicine strategy 2025–2034*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176>
- Xu, J., & Yang, Y. (2009). Traditional Chinese medicine in the Chinese health care system. *Health Policy*, 90(2–3), 133–139.

- Xu, M., Yang, C., Nian, T., Tian, C., Zhou, L., Wu, Y., ... & Yang, K. (2023). Adverse effects associated with acupuncture therapies: An evidence mapping from 535 systematic reviews. *Chinese medicine*, 18(1), 38.
- Yamana, H., Ono, S., Michihata, N., Jo, T., & Yasunaga, H. (2020). Outpatient prescriptions of Kampo formulations in Japan. *Internal Medicine*, 59(22), 2863–2869.
- Yamamoto, M. (2022). KAMPOMics: A framework for multidisciplinary and comprehensive research on Japanese traditional medicine. *Gene*, 831, 146555.
- Yıldırım, D. İ., & Marakoğlu, K. (2018). Complementary and alternative medicine use amongst Turkish type 2 diabetic patients: A cross-sectional study. *Complementary Therapies in Medicine*, 41, 41–46.
- Ying, H., Zhang, K., ve Chen, Y. (2026). Recent development on hyperthermia: An effective cotreatment improving radiotherapy outcome (Review). *Oncology Letters*, 31(3), 112.
- Yu, J., Lee, J. A., ve Kim, J. (2022). The process of National Health Insurance coverage for Chuna Manual Therapy in South Korea: A qualitative study. *Integrative Medicine Research*, 11(2), 100757.
- Zhuang, J., Dai, X., Zhang, W., Fu, X., Zhang, G., Zeng, J., Zhao, S., & Chen, B. (2022). Efficacy and safety of integrated traditional Chinese and Western medicine against COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Phytotherapy Research*, 36(12), 4371–4397.

ON İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE GETAT'IN GELECEK VİZYONU

İlknur KAR¹

1. GİRİŞ

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT), dünya genelinde modern sağlık sistemlerinin vazgeçilmez bir parçası haline gelmekte ve bireylerin yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) stratejik çerçevesiyle uyumlu olarak, bu uygulamaların ulusal sağlık sistemlerine güvenli ve kanıta dayalı bir şekilde entegre edilmesi küresel bir öncelik halini almıştır (WHO, 2013). Türkiye’de bu süreç, 27 Ekim 2014 tarihli Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile kurumsal ve yasal bir zemine oturtulmuş; uygulamaların yalnızca sertifikalı hekimler tarafından ve ruhsatlı merkezlerde yürütülmesi zorunlu kılınarak standardizasyon süreci başlatılmıştır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 2014).

Türkiye’nin “GETAT 2030 Vizyonu”, kısa vadede hizmete erişilebilirliği artırmayı, orta vadede eğitim ve uygulama standartlarını güçlendirmeyi ve uzun vadede ise Türkiye’yi küresel ölçekte rekabetçi bir GETAT markası haline getirmeyi hedeflemektedir. Bu vizyon, sadece hizmet sunumuyla sınırlı kalmayıp; yerli üretim hamlesi, Ar-Ge faaliyetleri ve dijital sağlık teknolojilerinin entegrasyonu gibi çok boyutlu stratejileri de içermektedir (Biçer ve Balçık, 2019). Özellikle malzeme ve tıbbi cihaz tedarikinde dışa bağımlılığı azaltacak yerlileştirme stratejileri, sistemin sürdürülebilirliği ve ekonomik kalkınma açısından kritik bir öneme sahiptir (Kaplan vd., 2011; Abbott, 2011).

Günümüzde yapay zekâ ve büyük veri analitiği gibi inovatif teknolojiler, GETAT alanında özellikle kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarını geliştirmek ve tedavi etkinliğini daha hassas ölçmek için önemli fırsatlar sunmaktadır (Topol, 2019). Bu teknolojik dönüşümün yanı sıra, akademik çalışmaların niteliğinin artırılması ve formal eğitimlerin kurumsallaştırılması, disiplinin bilimsel meşruiyetini güçlendiren temel unsurlardır.

Bu bölümde Türkiye sağlık sistemi özelinde GETAT’ın malzeme, işgücü ve alt yapı alanlarında stratejik planlarının ne olması gerektiği, nelerin hedeflendiği, inovasyon ve teknoloji kullanımının süreci nasıl şekillendirdiği konularına yer verilmektedir. Ayrıca GETAT konusunda bilimsel kanıtların ortaya koyulduğu akademik çalışmaların nasıl daha nitelikli hale getirilebileceği, bu alanda verilecek formal eğitimlerin daha kurumsal hale getirilmesi ve son olarak da Türkiye’de GETAT’ın mevcut durumunu tüm yönleriyle ortaya koymak amacıyla kapsamlı bir SWOT analizi yer almaktadır.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ilknur.kar@yuksekihtisas.edu.tr, ORCID: 0000-0003-0177-6559

2. STRATEJİK PLANLAMA VE HEDEFLER

2.1. Türkiye GETAT 2030 Vizyonu: Kısa, Orta ve Uzun Vadeli Ulusal Hedefler

Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamalarının kurumsal zemini, 27 Ekim 2014 tarihli Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile oluşturulmuştur (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 2014). Bu düzenleme, GETAT uygulamalarının yalnızca sertifikalı hekimler tarafından, ruhsatlı merkezlerde yürütülmesini zorunlu kılarak standardizasyon sürecini başlatmıştır. GETAT 2030 vizyonu, kısa vadede erişilebilirliği artırmayı, orta vadede eğitim ve uygulama standartlarını güçlendirmeyi, uzun vadede ise Türkiye’nin küresel ölçekte rekabetçi bir GETAT markası haline gelmesini hedeflemektedir. Bu yaklaşım, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen sağlıkta kalite ve akreditasyon politikalarıyla uyumludur.

Ayrıca, geleneksel tıbbın ulusal sağlık sistemlerine entegrasyonunu teşvik eden WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023 belgesi, bu vizyonun uluslararası referans çerçevesini oluşturmaktadır (WHO, 2013). Dünyada yaygın olarak kullanılan GETAT yöntemleri, insanların daha kaliteli sağlık hizmetleri alabilmesine ve tedavilerini daha hızlı sağlayabilmesine olanak sunmaktadır. Türkiye’deki GETAT uygulamaları ise özellikle yerli turistler açısından ilgi çekici hâle gelmiştir. Ülkelerin uyguladığı sigorta kapsamı sınırlamaları, tıbbi uygulamaların yüksek maliyetli olması veya bazı uygulamaların kendi ülkelerinde sınırlı olması, Türkiye’yi GETAT açısından avantajlı bir konuma taşımaktadır (Tuna, 2021).

2014’ten bu yana Türkiye’de GETAT uygulamaları giderek önem kazanmış, Sağlık Bakanlığı aracılığıyla uzman hekimler tarafından yürütülmesi için çalışmalar başlatılmıştır. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı, GETAT yöntemleri ile eğitim ve uygulama merkezleri hakkında bilgi sunmaktadır. Hangi hastanede hangi yöntemin uygulanacağını bilmesi ve resmi kaynaklardan ilan edilmesi, bilinirliği artırırken halkın güvenini de güçlendirmektedir. Alanında uzman kişiler tarafından sağlanan hizmetler, bu tedavi türünü tercih edenlerin risklerini de azaltmaktadır (Tuna, 2021).

Türkiye’de sağlık alanında araştırma ve geliştirme faaliyetlerini yönlendiren kurumsal yapı içinde Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), uluslararası iş birliklerini güçlendirmeye yönelik stratejik adımlar atmaktadır. GETAT alanında yürütülen projeler ve bilimsel çalışmalar, küresel aktörlerle ortak çalışmayı hedefleyen bir çerçeveye oturtulmaktadır.

25 Ağustos 2025 tarihinde TÜSEB ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Türkiye Ofisi arasında Ankara’da gerçekleştirilen resmi toplantıda, sağlık alanındaki ve gelecekteki iş birliği fırsatları ele alınmıştır. Bu görüşmede TÜSEB’in yürüttüğü araştırma-geliştirme faaliyetleri, inovatif tedavi yaklaşımları ve uluslararası projelere katkı potansiyeli paylaşılmış; GETAT alanında bilimsel iş birliklerinin artırılmasının önemi vurgulanmıştır (TÜSEB, 2025a). Güncel veriler, GETAT uygulamalarının koruyucu sağlık, rehabilitasyon ve palyatif bakım hizmetlerinde pozitif etkiler sağladığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, bu uygulamaların sağlık hizmetlerinde maliyet etkinliğini artırdığı ve toplum refahına katkıda bulunduğu belirlenmiştir. Ulusal düzeyde pre-klinik ve klinik alanda yüksek etkili araştırmalara odaklanan stratejiler geliştirmek, güvenilir ürün tedariki (fitoterapi, apiterapi, homeopati vb.) için risk temelli

düzenleyici yaklaşımları güçlendirmek ve GETAT'ı tıp fakültesi müfredatına entegre etmek öncelikli gereksinimler arasında yer almaktadır.

Buna ek olarak, sektörler arası iş birliğinin güçlendirilmesi, sağlık kayıtlarının standardizasyonu ve klinik araştırmaların yaygınlaştırılması, sistemin sürdürülebilirliği açısından önemlidir. GETAT uygulamalarını sağlık sistemine entegre etmede kayda değer ilerleme sağlamış; kanıta dayalı, güvenli ve standardize edilmiş uygulamaların yaygınlaştırılması hem sağlık hizmetlerinin kalitesini hem de toplum sağlığını geliştirmektedir. Türkiye’de GETAT uygulamalarının geliştirilmesi ve stratejik hedeflerin belirlenmesi konusunda Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlar tarafından çeşitli politika belgeleri ve raporlar yayımlanmaktadır (Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Raporu, 2023).

2.2. Entegrasyonun Derinleşmesi

Türkiye’de GETAT uygulamaları hâlihazırda kamu ve özel hastanelerde uygulanmakla birlikte, çoğunlukla “tamamlayıcı hizmet” niteliğindedir. Gelecek vizyonu, GETAT’ın birinci basamak sağlık hizmetlerinden üniversite hastanelerine kadar entegre bir model içinde yer almasını öngörmektedir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen sertifikasyon ve uygulama merkezi yetkilendirme süreçleri, bu entegrasyonun kurumsal temelini oluşturmaktadır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 2014). Entegrasyonun derinleşmesi; multidisipliner yaklaşım, klinik araştırmaların artırılması ve kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılması ile mümkün olacaktır (WHO, 2013).

2.3. Yerli ve Millî Üretim Hamlesi

Temel tıbbi teknolojilerin yerel üretimi, endüstriyel/ekonomik kalkınma politikası ve halk sağlığı politikasının kesişim noktasındadır. Endüstriyel politika perspektifinden bakıldığında, yeterli ölçek ekonomisine sahip rekabetçi bir ilaç ve tıbbi cihaz endüstrisine sahip olarak güvence altına alınmış kaliteli ürünler üretmek, düşük ve orta gelirli ülkeler için arzu edilen bir durum olacaktır (Kaplan ve Laing, 2005). Halk sağlığı açısından ise yerel üretim kapasitesindeki değişikliklerin tıbbi ürünlere erişimi nasıl etkileyeceğini anlamak büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda sorulması gereken soru şudur: “Tıbbi ürünlerin yerel üretimi, bu ürünlere erişim üzerinde olumlu bir etkiye sahip midir?” Bu olumlu etki, prensip olarak ithal ürünlere kıyasla yerel olarak üretilen ürünlerin daha fazla bulunabilirliği ve/veya daha düşük fiyatları şeklinde kendini gösterebilir (Kaplan vd., 2011).

Kaplan ve arkadaşlarının (2011) sistematik derlemesine göre, düşük ve orta gelirli ülkelerde tıbbi ürünlerin yerel üretimi, sağlık hizmetlerine erişimi artırma potansiyeline sahiptir. Çalışmada literatürde yerli üretimin sağlık ürünlerine erişim üzerindeki etkilerine dair çalışmaların sınırlı olduğu ve çoğunun tanımlayıcı nitelikte olduğu vurgulanmaktadır. Türkiye bağlamında ise, GETAT uygulamalarında kullanılan akupunktur iğneleri, kupa setleri, ozon cihazları ve bitkisel ürünlerin önemli bir kısmı ithal edilmektedir. Bu nedenle, yerli üretim stratejileri hem sağlık hizmetlerinin sürekliliğini güvence altına almak hem de dışa bağımlılığı azaltmak açısından önemlidir. Yerli üretim yalnızca malzeme temini açısından değil, aynı zamanda tedarik zinciri yönetimi, maliyet kontrolü ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından da kritik bir rol oynayabilir. Kaplan ve arkadaşlarının belirttiği gibi, literatürdeki kanıt eksikliği Türkiye özelinde yapılacak çalışmalar için bir fırsat sunmakta ve GETAT

malzemelerinde yerlileştirme stratejilerinin değerlendirilmesi, sağlık politikaları ve ulusal kalkınma planları ile uyumlu şekilde ele alınabilir.

World Health Organization tarafından yayımlanan Trends in Local Production of Medicines and Related Technology Transfer raporu, düşük ve orta gelirli ülkelerde ilaçların yerel üretimi ve teknoloji transferi süreçlerini incelemektedir. Raporda yerel üretim kapasitesinin güçlendirilmesinin sağlık ürünlerinde arz sürekliliğini destekleyebileceği ve ithalata olan bağımlılığı azaltabileceği vurgulanmaktadır. Ayrıca, yerel üretimin yalnızca üretim ölçeği açısından değil, sağlık ürünlerine erişim, tedarik güvenliği ve sürdürülebilir sağlık sistemi stratejileri bağlamında ele alınması gerektiği belirtilmektedir. Bu süreçte üretim kapasitesinin artırılması, teknoloji transferinin etkin yönetimi ve uygun politika çerçevelerinin oluşturulması ön plana çıkarılmaktadır. Bu değerlendirmeler, Türkiye’de sağlıkta yerli ve milli üretim hamlesi kapsamında GETAT ürünleri ve benzeri sağlık malzemelerinde yerlileştirme stratejilerinin, stratejik, bütüncül ve politika destekli bir yaklaşımla uygulanmasının önemini ortaya koymaktadır (Abbott, 2011).

GETAT uygulamalarında kullanılan bazı malzemeler (örneğin akupunktur iğneleri, kupa setleri, ozon cihazları) ve bitkisel ürünlerin önemli bir kısmı ithal edilmektedir. Türkiye’nin sağlıkta yerli üretim politikaları çerçevesinde, bu ürünlerde yerleşme stratejisi geliştirilmesi öngörülmektedir. Bu hedef, sağlık teknolojilerinde dışa bağımlılığın azaltılması ve katma değerli üretimin artırılması politikaları ile paraleldir. Sağlık sektöründe yerli üretim vizyonu, ulusal kalkınma planları ve sağlık sanayi strateji belgeleri ile desteklenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023a).

Yerel ilaç üretimi, özellikle ihtiyaç duyulan ilaçlara erişimi kolaylaştırmak ve ithalata ve uluslararası tedarik zincirlerine bağımlılığı azaltmak söz konusu olduğunda, ulusal sağlık sistemlerinin dayanıklılığını korumada hayati bir rol oynamaktadır. İlaç sektörü araştırma yoğun bir endüstridir ve bu sektördeki Ar-Ge faaliyetlerine yönelik yönetim ve desteğin sistemik eksikliği, destekleyici olmayan düzenleyici rejimler ve insan kaynakları kapasite sınırlamaları gibi bir dizi ilgili sorunla, yerel olarak üretilen ilaç portföyünün çeşitlendirilmesinin önündeki en büyük engellerden biridir (Tawfik vd., 2022).

2.4. Bölgesel Liderlik Hedefi

Türkiye, coğrafi konumu, gelişmiş sağlık altyapısı ve nitelikli sağlık insan gücü sayesinde Orta Doğu, Balkanlar ve Türk Cumhuriyetleri için potansiyel bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitim ve hizmet merkezi konumundadır. Sağlık turizmi alanında yapılan çalışmalar, alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik uluslararası talebin giderek arttığını göstermektedir (Tuna, 2021). Türkiye’nin modern hastane altyapısı, sağlık reformları ile güçlendirilmiş sağlık sistemi ve düzenlenmiş GETAT mevzuatı, ülkenin bu alanda bölgesel liderlik potansiyelini destekleyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır (Biçer ve Balçık, 2019).

Bu bağlamda, Türkiye’de GETAT alanında ortaya konulan gelecek perspektifi; eğitim faaliyetlerinin uluslararası düzeye taşınması, sağlık turizmi kapsamında uluslararası hasta kabulünün artırılması, akademik iş birliklerinin geliştirilmesi ve klinik araştırma kapasitesinin güçlendirilmesi gibi stratejik hedefleri içermektedir. Bu hedefler, Türkiye’nin geleneksel ve

tamamlayıcı tıp alanında bölgesel bir merkez haline gelmesine katkı sağlayabilecek temel politika yönelimleri olarak değerlendirilmektedir.

GETAT vizyonu kapsamında ele alınan “bölgesel liderlik hedefi”, Türkiye’nin yalnızca hizmet sunumunda değil aynı zamanda eğitim, araştırma ve bilimsel bilgi üretimi alanlarında da bölgesel bir referans noktası haline gelmesini amaçlamaktadır. Bu hedef doğrultusunda hizmet sunumu, eğitim ve bilimsel araştırma alanlarında bölgesel iş birliklerinin güçlendirilmesi ve bilgi paylaşımının artırılması önemli bir stratejik yönelim olarak öne çıkmaktadır.

Türkiye’nin Coğrafi ve Stratejik Konumu: Türkiye; Orta Doğu, Balkanlar, Orta Asya ve Kuzey Afrika’ya yakın konumu sayesinde sağlık hizmetleri ve eğitim alanında bölgesel bir çekim merkezi olma avantajına sahiptir. Bu stratejik konum, GETAT uygulamalarının hem hizmet sunumu hem de eğitim faaliyetleri aracılığıyla bölge ülkelerine aktarılmasını kolaylaştırmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023b).

Güçlü Sağlık Altyapısı: Türkiye’de son yıllarda gerçekleştirilen sağlık reformları, modern hastaneler, gelişmiş sağlık teknolojileri ve nitelikli sağlık profesyonelleri sayesinde güçlü bir sağlık altyapısı oluşturulmuştur. Bu altyapı, GETAT uygulamalarının güvenli ve bilimsel temellere dayalı biçimde sunulabilmesi açısından önemli bir zemin sağlamaktadır (Biçer ve Balçık, 2019).

Eğitim ve Sertifikasyon Kapasitesi: Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen GETAT eğitim ve sertifikasyon programları, hekimler ve sağlık profesyonellerinin standart eğitim almasını sağlamaktadır. Bu programlar, Türkiye’nin geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanında eğitim kapasitesini artırmakta ve ülkenin bölgesel bir eğitim merkezi olarak gelişmesine katkı sunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023b).

Sağlık Turizmi Potansiyeli: Dünya genelinde tamamlayıcı tıp uygulamalarına olan talebin artması, Türkiye açısından önemli fırsatlar ortaya çıkarmaktadır. Akupunktur, fitoterapi, ozon terapisi ve kupa terapisi gibi GETAT uygulamaları, sağlık turizmi kapsamında uluslararası hastalara sunulabilecek hizmetler arasında yer almaktadır (Tuna, 2021).

Bilimsel Araştırma ve Akademik Gelişim: Bölgesel liderlik yalnızca hizmet sunumuyla değil, aynı zamanda bilimsel üretim ve akademik gelişim ile de desteklenmelidir. Bu doğrultuda üniversiteler ve araştırma merkezleri aracılığıyla GETAT alanında klinik araştırmaların artırılması, bilimsel yayınların teşvik edilmesi ve akademik iş birliklerinin geliştirilmesi önem taşımaktadır (Biçer ve Balçık, 2019).

Uluslararası İş Birlikleri: Türkiye’nin GETAT alanında bölgesel liderlik konumuna ulaşabilmesi için uluslararası kuruluşlar, üniversiteler ve sağlık kurumları ile iş birliklerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu iş birlikleri sayesinde bilgi paylaşımı, ortak araştırmalar ve uluslararası eğitim programlarının geliştirilmesi mümkün olabilmektedir (TÜSEB, 2025b).

2.5. AR-GE, İnovasyon ve Teknoloji Kullanımı

2.5.1. Teknoparklar ve Start-Up Ekosistemi

Günümüzde bilgi ekonomisinin gelişmesiyle birlikte inovasyon, teknoloji üretimi ve girişimcilik faaliyetleri ekonomik büyümenin temel belirleyicilerinden biri haline gelmiştir. Bu süreçte teknoparklar, üniversite, sanayi ve girişimcilik ekosistemini bir araya getirerek yeni teknoloji temelli girişimlerin (start-up) ortaya çıkmasını ve gelişmesini destekleyen önemli yapılar olarak öne çıkmaktadır. Teknoparklar yalnızca teknolojik üretimi değil, aynı zamanda araştırma sonuçlarının ticarileştirilmesini ve yenilikçi girişimlerin ekonomik değere dönüşmesini sağlayan bir inovasyon altyapısı sunmaktadır (Akaydın, 2023). Start-up kavramı, son yıllarda girişimcilik literatüründe giderek daha fazla yer bulan bir olgu olarak öne çıkmaktadır. Genel olarak start-up'lar; yenilikçi fikirleri ekonomik değere dönüştürmeyi amaçlayan, ölçeklenebilir iş modelleri geliştirmeye odaklanan ve belirli bir ekosistem içerisinde faaliyet gösteren girişim yapıları olarak tanımlanmaktadır (Tekin, 2021).

Türkiye'deki girişimcilik ekosistemi incelendiğinde, kurumsal firmalar ile start-up şirketleri arasında iş birliklerinin giderek arttığı görülmektedir. Bu iş birlikleri inovasyon performansını artırmakta ve yeni teknolojilerin hızla geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Kurtuluş ve Büyükbacı, 2025). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp alanı, son yıllarda biyoteknoloji, dijital sağlık ve kişiselleştirilmiş tıp uygulamaları ile yeni girişimcilik fırsatları sunan bir sektör haline gelmiştir. Bu bağlamda teknoparklar, GETAT alanında faaliyet gösteren girişimler için önemli bir inovasyon ortamı sağlayabilir. Teknoparklar ve start-up ekosistemi, bilgi üretimi ile ekonomik değer yaratımı arasında önemli bir bağlantı kurmaktadır. Üniversite-sanayi-kamu iş birliği çerçevesinde faaliyet gösteren bu yapılar, yenilikçi girişimlerin gelişmesini ve teknolojik ürünlerin ticarileştirilmesini desteklemektedir. Özellikle sağlık ve biyoteknoloji alanlarında olduğu gibi GETAT sektöründe de teknoparklar, yeni girişimlerin ortaya çıkması ve uluslararası rekabet gücünün artırılması açısından stratejik bir rol üstlenmektedir. Bu nedenle gelecekte GETAT alanındaki inovasyon politikalarının geliştirilmesinde teknoparklar ve start-up ekosistemlerinin daha etkin kullanılması önemli bir politika aracı olarak değerlendirilebilir.

GETAT alanında sürdürülebilir büyüme için Ar-Ge ve girişimcilik ekosisteminin güçlendirilmesi kritik önemdedir. Türkiye'de sağlık teknolojileri girişimleri (HealthTech), üniversite-sanayi iş birliği modeli içinde teknoparklar aracılığıyla desteklenmektedir. Bu yapı, 4691 sayılı Teknoloji Geliştirme Bölgeleri Kanunu kapsamında faaliyet göstermekte olup Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı koordinasyonunda yürütülmektedir. Ayrıca, araştırma projeleri ve yenilikçi ürün geliştirme süreçleri TÜBİTAK destek programları (TEYDEB vb.) ile finanse edilmektedir. Sağlık temalı teknopark yapılanmalarının en bilinen örneklerinden biri olan İstanbul Sağlık Endüstrisi Kümelenmesi (İSEK), tıbbi cihaz ve biyoteknoloji girişimlerinin ölçeklenmesine katkı sunmaktadır. GETAT özelinde; fitoterapi ürünleri, medikal kupa sistemleri, ozon cihazları ve dijital teşhis yazılımları geliştiren start-up'ların desteklenmesi, 2030 vizyonunun teknoloji ayağını oluşturmaktadır.

2.5.2. Yapay Zeka (AI) ve Büyük Veri

Yapay Zeka (AI), bilgisayar sistemlerinin insan zekâsına benzer şekilde öğrenme, akıl yürütme, problem çözme ve karar verme yeteneklerini geliştirmesini sağlayan bir teknolojidir (Russell ve Norvig, 2020). AI sistemleri, özellikle büyük veri ile birleştiğinde, karmaşık veri setlerinden anlamlı bilgiler çıkarılabilir ve tahmin modelleri oluşturabilir. Bu durum, sağlık, finans, üretim, perakende ve ulaşım gibi birçok sektörde operasyonel verimliliği artırmakta ve yenilikçi çözümler sunmaktadır (Chen vd., 2012).

Büyük veri, hacmi, hızı ve çeşitliliği bakımından geleneksel veri işleme yöntemlerinin ötesinde veri setlerini ifade eder (McKinsey Global Institute, 2011). AI ile bütünleştiğinde, büyük veri, makine öğrenmesi algoritmaları için kritik bir kaynak haline gelir ve öngörülse analitik, kişiselleştirilmiş öneri sistemleri, anomali tespiti ve otomatik karar destek sistemleri gibi uygulamaları mümkün kılar (Mayer-Schönberger ve Cukier, 2013). Örneğin, sağlık alanında AI destekli büyük veri analizleri, hastalık tahmini, erken teşhis ve kişiselleştirilmiş tedavi planları geliştirmek için kullanılmaktadır (Esteva vd., 2017).

AI ve büyük veri kombinasyonu, veri güvenliği, mahremiyet ve etik sorunları da beraberinde getirmektedir. Büyük veri toplama ve AI algoritmalarının kullanımı, kişisel verilerin korunması ve algoritmik önyargı gibi riskleri gündeme getirmektedir (Zarsky, 2016). Bu nedenle, AI ve büyük veri uygulamalarının etik ve yasal çerçeveler içinde geliştirilmesi, teknolojinin güvenilir ve adil bir şekilde kullanılmasını sağlamak açısından kritik öneme sahiptir.

Yapay zekâ ve büyük veri analitiği, GETAT alanında özellikle kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarını geliştirmek ve tedavi etkinliğini ölçmek için önemli fırsatlar sunmaktadır. Dünya genelinde AI algoritmaları, hastaların yaşam tarzı, genetik profili, kronik hastalık geçmişi ve önceki tedavi yanıtları gibi çok boyutlu verileri analiz ederek, bireysel olarak optimize edilmiş GETAT tedavi planları oluşturabilir (Shan vd., 2020; World Health Organization, 2021). AI algoritmaları, hastaların yaşam tarzı, genetik profili, kronik hastalık geçmişi ve önceki tedavi yanıtları gibi çok boyutlu verileri analiz ederek, bireysel olarak optimize edilmiş GETAT tedavi planları oluşturabilir (Shan vd., 2020).

Örneğin fitoterapide AI kullanımı; hastanın genetik profili, kronik hastalıkları ve ilaç etkileşimleri dikkate alınarak kişiselleştirilmiş bitkisel reçetelerin oluşturulmasını mümkün kılabilir. Benzer şekilde, geleneksel Çin tıbbında kullanılan nabız teşhisi (pulse diagnosis) yönteminin sensör verileri ve makine öğrenmesi algoritmalarıyla analiz edilmesine yönelik çalışmalar literatürde yer almaktadır (Alice vd., 2021).

Ayrıca, AI modelleri, GETAT uygulamalarının uzun dönem etkilerini inceleyerek, önleyici sağlık stratejileri geliştirilmesine olanak sağlar. Büyük veri ve AI, aynı zamanda GETAT alanında klinik araştırmaların hızlanmasını ve daha güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlar. Geleneksel yöntemlerle yürütülen araştırmalarda sınırlı sayıda hasta ve kısa takip süreleri nedeniyle veri eksikliği yaşanabilirken, büyük veri kullanımı bu eksiklikleri minimize eder ve tedaviye ilişkin öngörülerin doğruluğunu artırır (Topol, 2019). Ancak GETAT'ta AI ve büyük veri kullanımı, veri güvenliği ve etik sorumluluk açısından özel önlemler gerektirir. Hastaların hassas sağlık verileri korunmalı ve algoritmaların önyargısız ve şeffaf olması

sağlanmalıdır. Etik çerçeveler ve yasal düzenlemeler olmadan yapılan AI uygulamaları hem hasta güvenliğini riske atabilir hem de GETAT uygulamalarının güvenilirliğini zedeleyebilir (Zarsky, 2016).

Sonuç olarak, AI ve büyük veri, GETAT alanında kişiselleştirilmiş, veriye dayalı ve güvenli sağlık hizmetleri sunmak için güçlü bir araçtır. Bu teknolojilerin doğru yönetimi hem klinik etkinliği artıracak hem de hasta deneyimini iyileştirecektir.

2.5.3. Dijital Sağlık ve Tele-GETAT

Dijital sağlık, bilgi ve iletişim teknolojileri ile sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesini kapsayan geniş bir alanı ifade eder. Bu kavram; tele sağlık, mobil sağlık, elektronik sağlık kayıtları, yapay zekâ ve giyilebilir cihazlar gibi teknolojik bileşenleri içerir. Dijital sağlık uygulamaları, tıbbi süreçleri hızlandırarak erişilebilirliği artırmak, hasta hekim iletişimini güçlendirmek ve sağlık sistemlerinin etkinliğini yükseltmek amacıyla kullanılmaktadır. Özellikle COVID 19 pandemisi sürecinde bu teknolojilerin kabulü ve uygulaması hız kazanmıştır. Bu dönüşüm, hasta bakımının kalitesini artırmasına rağmen teknolojik altyapı, eğitim ve dijital okuryazarlık gibi alanlarda yeni zorluklar ortaya çıkarmaktadır (Kaçak, 2023). Tele sağlık dijital sağlık içinde önemli bir alt bileşendir ve uzaktan sağlık hizmetlerinin sağlanması anlamına gelir. Teletıp uygulamaları; video konferans, telefon görüşmeleri veya çevrimiçi platformlar aracılığıyla hasta değerlendirmesi, tedavi ve izlem süreçlerini kapsar. Bu yöntem özellikle coğrafi engelleri ortadan kaldırarak, hareket kabiliyeti sınırlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmede etkilidir (Ezeamii vd., 2025)

Tele GETAT ya da tele geriatrik değerlendirme (tele GA), yaşlı bireylerin sağlık durumlarının uzaktan değerlendirilmesine yönelik tele sağlık uygulamalarını ifade eden bir kavramdır. Bu uygulamalar; kapsamlı, fonksiyonel ve bilişsel değerlendirmeler gibi geriatri klinik süreçlerini dijital platformlar aracılığıyla yürütür. Tele GETAT hizmetleri; özellikle uzak bölgelerde yaşayan yaşlılar, kronik hastalığı olan bireyler ve sağlık tesislerine erişimde zorluk yaşayan popülasyonlar için fayda sağlar (Moulaci ve Kazemi-Arpanahi, 2026).

Son yıllarda yapılan kapsamlı taramalarda, tele geriatrik değerlendirmelerin uzak bölgelerde bakım hizmetlerini genişletme, erken tanı ve izlem süreçlerini destekleme, hastane yoğunluğunu azaltma gibi avantajları olduğu bildirilmiştir. Bunlara karşın sosyoekonomik farklılıklar, teknolojiye erişim ve yaşlı bireylerin dijital okuryazarlığı gibi engeller tele GA uygulamalarının yaygınlaştırılmasında önemli zorluklar olarak tanımlanmaktadır (Moulaci ve Kazemi-Arpanahi, 2026). Akademik literatürde dijital sağlık çözümlerinin yaşlı bakımına entegrasyonuna yönelik çalışmalar artmaktadır. Sistematik derlemeler, tele sağlık müdahalelerinin yaşlı popülasyonlarda erişim, hasta memnuniyeti ve sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkiler sağlayabileceğini ortaya koymaktadır. Örneğin, tele medicine uygulamalarının yaşlı bireylerde sağlık hizmetlerine erişimi artırdığı, kronik hastalık yönetimini kolaylaştırdığı ve hasta tatminini yükselttiği rapor edilmiştir (Şahin vd., 2024). Başka bir sistematik derleme çalışması, tele sağlık uygulamalarının yaşlı bakımında maliyet etkinliği ve hasta memnuniyeti açısından potansiyel faydalar sağladığını; ancak 80 yaş ve üzeri bireylerde teknoloji kullanımına bağlı engellerin sürdüğünü belirtmiştir. Bu bulgular, dijital sağlık stratejilerinin

sadece teknolojik çözümlerle değil aynı zamanda eğitim, destek ve uygun kullanıcı arayüzleriyle desteklenmesi gerektiğini göstermektedir (Chandak vd., 2025).

Dijital sağlık uygulamaları, pandemi sonrası dönemde hızla yaygınlaşmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen e-Nabız sistemi, bireysel sağlık verilerinin dijital ortamda takibini mümkün kılmaktadır. Bu altyapı, Tele-GETAT uygulamalarının geliştirilmesi için teknik bir zemin sunmaktadır. Uzaktan danışmanlık, dijital semptom takibi ve giyilebilir sağlık teknolojileri, GETAT uygulamalarında hasta izlem süreçlerini güçlendirebilir. Dünya genelinde dijital sağlık dönüşümü üzerine yayımlanan rehberler, bu entegrasyonun hasta güvenliği ve veri koruma standartları çerçevesinde yürütülmesi gerektiğini vurgulamaktadır (World Health Organization, 2019). Biyosensör temelli sistemler ve frekans analiz cihazları gibi teknolojiler, gelecekte GETAT uygulamalarının dijital doğrulanabilirliğini artıracak potansiyele sahiptir.

2.5.4. İnovatif Ürün Geliştirme ve Patentleşme

İnovatif ürün geliştirme aşaması, fikir üretiminden ticarileştirmeye kadar pek çok disiplinin koordinasyonunu gerektirir. Bu süreçte Ar Ge ekipleri klinik ihtiyaçları analiz eder, literatür taraması yapar, prototipler oluşturur ve bu prototipleri pre klinik ve klinik çalışmalarda değerlendirirler (Chesbrough, 2003). Örneğin, yeni bir medikal cihaz tasarımı; biyoyumlu malzemelerin seçimi, mekanik tasarım doğrulama çalışmaları ve hasta güvenliği değerlendirmeleri gibi çok katmanlı nasıl bir süreç izleneceğini belirler.

Sağlık hizmetlerinde ürün inovasyonu genellikle yüksek risk ve yüksek maliyet gerektiren bir girişimdir. Çünkü klinik etkinlik ve güvenlik kanıtlamak için oldukça kapsamlı çalışmalar yürütülür. Bu nedenle firmalar, geliştirdikleri ürünleri pazarda korumak ve rekabet avantajı sağlamak için fikri mülkiyet haklarını kullanırlar (Arundel, 2001). Patent, yeni, özgün ve sanayiye uygulanabilir buluşların hukuki olarak korunduğu bir fikri mülkiyet aracıdır (WIPO, 2023). Bir patent alındığında, buluş sahibine belirli bir süre (genellikle 20 yıl) için o ürünü üretme, kullanma ve satma tekel hakkı verilir. Sağlık teknolojilerinde patent, ilaç molekülleri, diagnostik testler, tıbbi cihazlar ve biyoteknolojik üretim süreçleri gibi geniş bir yelpazeyi kapsar. Patentleşme süreci, önce buluşun literatürde yer almayan yeni bir çözüm olması, mevcut duruma göre önemli ilerleme sağlaması ve sanayide uygulanabilir olması kriterlerinin değerlendirilmesiyle gerçekleşir (European Patent Office, 2019).

GETAT alanında inovatif ürün geliştirme; nano-teknolojik bitkisel formülasyonlar, kontrollü salınım sistemleri ve biyoteknolojik ekstraksiyon yöntemleri ile ivme kazanmaktadır. Nanoteknoloji temelli bitkisel ilaç taşıyıcı sistemlerin biyoyararlanımı artırdığına ilişkin çalışmalar uluslararası literatürde yer almaktadır (Patra vd., 2018). Ayrıca, hirudoterapi (sülük tedavisi) kapsamında sülük enzimlerinin (örneğin hirudin) antikoagülan ve yara iyileştirici etkileri üzerine yapılan biyomedikal araştırmalar, yeni nesil yara bakım ürünlerinin geliştirilmesine zemin hazırlamaktadır (Abdualkader vd., 2013). Bu ürünlerin ticarileştirilmesi ve uluslararası pazarda rekabet edebilmesi için patent süreçlerinin etkin yönetimi gerekmektedir. Türkiye’de sınai mülkiyet hakları, Türk Patent ve Marka Kurumu tarafından yürütülmektedir.

2.6. Kanıta Dayalı Tıp ve Akademik Çalışmaların Geleceği

2014 tarihli Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp yönetmeliği, Türkiye’de bu uygulamalar için resmi bir başlangıç sağlamıştır ancak Türk hukuk literatürü, tıpkı konvansiyonel tıpta olduğu gibi geleneksel tıp alanları için de kanıtların güçlendirilmesi gerektiğini ve aydınlatılmış onam ile malpraktis standartları gibi temel yönetim bileşenlerinin henüz tam olarak düzenlenmediğini ortaya koymaktadır (Reva, 2022). Paralel olarak, uluslararası Kanıta Dayalı Tıp (KDT) literatürü şu üç temel soruna dikkat çekmektedir:

- Batı biyomedikal paradigmaları üzerine tasarlanmış kanıta dayalı tıp modellerinin ve bireyselleştirilmiş reçeteler gibi sistemlerin geleneksel tıp modellerine uygulanabilirliği konusundaki tartışmalar (Fung ve Linn, 2015; Linn, 2011).
- Kanıta dayalı tıp uygulamalarının önceliklerinin dünya genelinde kanıt üretiminden, kanıtın uygulamaya aktarılmasına doğru kayması (Shen vd., 2013).
- Geleneksel tıp çalışmalarında görülen; yetersiz körleme, heterojenlik ve zayıf yan etki bildirimi gibi sistematik kalite sorunlarının, kanıt değerini ve uygulama kapasitesini sınırlıyor olması (Chen vd., 2020; Lü vd., 2006).

Bu kısıtlar dahilinde Türkiye için gelecek odaklı gündemin uluslararası literatürdeki modeller ve belgelendirilmiş hatalar ışığında paradigma değişimleri, ulusal veri altyapısı, yüksek kaliteli yayın yolları ve kurumsallaşmış uzmanlık eğitimi üzerine inşa edilmesi son derece önemlidir (Tian vd., 2021; Reva, 2022).

2.6.1. Translasyonel Tıp Araştırmaları: Laboratuvar (Bench) Çalışmalarının Hasta Yatağına (Bedside) Taşınması Sürecinin Hızlandırılması

Bench to bedside” (Laboratuvardan Başucuna), biyomedikal araştırmalarda kullanılan ve temel bilimsel keşiflerin doğrudan hasta tedavisine dönüştürülmesini ifade eden translasyonel (dönüştürülebilir) tıp sürecini tanımlayan akademik bir terimdir. 1999 yılında Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH), “bench-to-bedside” projeleri olarak tanımladıkları şeyler için bir finansman mekanizması oluşturdu ve bunları “B2B” programları olarak adlandırdı. B2B ödülleri, laboratuvar keşiflerinin yeni terapilere dönüşümünü hızlandırmak amacıyla, temel bilimcilerin klinik araştırmacılarla iş birliği yapmalarını teşvik etti. 2006 yılında, program intramural ve extramural klinik araştırmacılar arasındaki ortaklıkları da kapsayacak şekilde genişletildi. Bench-to-Bedside Awards programı, intramural bilim insanları ve klinisyenler arasında önemli bir hastalık sürecinin anlaşılmasını geliştirme veya yeni bir terapötik müdahaleye yol açma potansiyeline sahip araştırma alanlarında iş birliklerini teşvik başarılı bir program olarak ifade edilmektedir.

Kanıta dayalı tıp tarihinde yaşanan gelişmeler hem Batı konseptinde hem de Çin’de, alanın yönünün eğitim ve kanıt kalitesinden kanıtların pratiğe aktarımına doğru evrildiğini, translasyonel tıbbi çevresel bir faaliyet yerine merkezi bir gelecekte öncelik haline getirdiğini göstermektedir (Shen vd., 2013). Geleneksel tıp için, çeviri zorluğu paradigma farklılıklarıyla daha da artmaktadır. Tıbbi uygulamalar ve benzeri sistemler genellikle bireyselleştirilmiş teşhis ve “sendrom farklılaştırmasına” dayanırken, kanıta dayalı tıp çerçeveleri standartlaştırma, yeniden üretilebilirlik ve hastalar arasında karşılaştırılabilirliği önceliklendirmektedir (Fung ve Linn, 2015; Linn, 2011). Bununla birlikte, literatür, sendrom yapılarının sistematik olarak

değerlendirilip sayısallaştırıldığı ve bireyselleştirilmiş reçetelerin titiz tasarımlar içinde test edilebildiği, ayrıca sendrom/klasifikasyon standardizasyonunun modern klinik araştırma yöntemlerinin uygulanması için bir ön koşul olarak güçlendirildiği takdirde iki farklı yaklaşım arasındaki uzlaşının mümkün olacağı ifade edilmektedir (Fung ve Linn, 2015; Yu vd., 2021).

Translasyonel yol haritası şu şekildedir;

- İki aşamalı translasyon (Farmakolojik ekstraksiyon ve bütün formül/bütün sistem değerlendirmesi): Kanıta dayalı geleneksel tıp incelemeleri, tek bitki özlerinin geleneksel ilaç keşif süreçlerini batı tıbbını takip eden geleneksel materia medica'dan (herhangi bir maddenin tedavi edici özelliklerine ilişkin derlenmiş bilgi bütünü) türetilen bileşenler için uygulanabilir bir “laboratuvardan hastaya” yolu şeklinde göstermektedir (Linn, 2011). Paralel olarak, bütünleştirici tıp perspektifleri, klasik reçeteler ve bitkiler temelinde yüksek etkinlikte ilaçlar ve farmakoloji geliştirmede yeniliği hedeflerken, aynı zamanda Ekanıta dayalı tıp kullanarak klinik kanıt seviyelerini artırmayı da hedeflemektedir. Bu durum Türkiye'nin translasyonel stratejisinin hem aday bileşikler için indirgemeci farmakoloji translasyonunu hem de standartlaştırılmış GETAT protokolleri için tam sistem klinik translasyonu desteklemesi gerektiği anlamına gelmektedir (Wang ve Xiong, 2012).
- Teknoloji destekli ürün kimlik doğrulama ve mekanizma/etki profili oluşturma: Güncel GETAT literatürü, bitkisel kimlik doğrulaması için yeni nesil dizileme ve müdahalelerle ilişkili sistemik metabolik değişimleri değerlendirmek için metabolomik yaklaşımlar da dahil olmak üzere yapay zeka ve yeni nesil çalışma tasarım teknolojileri aracılığıyla entegrasyon fırsatlarını ön plana çıkarmaktadır (Chien, 2022). Bu yöntemler çoğaltılabilirliği ve biyolojik geçerliliği güçlendirdiği için, müdahale heterojenliği ve nesnel indekslerin eksikliği gibi darboğazlarla doğrudan ilişkilidir (Chen vd., 2020).
- Güvenliğin translasyon sürecinin son noktası olarak düşünülmesi: Kanıta dayalı klinik araştırma tartışmaları, GETAT klinik araştırmalarının kalitesinin yetersiz olduğunu ve güvenlik üzerine araştırma eksikliği bulunduğunu, bunun düzeltilmesi gerektiğini sıkça dile getirmektedir (Yu vd., 2021). Geleneksel tıp denemelerinde yetersiz advers olay ve takip raporlamasının sistematik olmayan ancak düzeltilebilir bir zayıflık olduğu da vurgulanmaktadır (Chen vd., 2020). Bu nedenle, Türkiye'nin translasyonel GETAT programı, güvenlik farmakolojisi, etkileşim olasılığı ve yapılandırılmış advers olay bildirimi, laboratuvardan kliniğe geçişin bir parçası olarak zorunlu kılmalıdır. Zayıf güvenlik kanıtları, güvenilir entegrasyon için sürekli olarak sınırlayıcı bir faktör olarak tanımlanmaktadır (Yu vd., 2021; Chen vd., 2020).
- Entegre araştırmalar için örnek bir alan olarak translasyonel onkoloji: Bütünleyici onkoloji, güvenli, etkili tamamlayıcı ve alternatif müdahaleleri geleneksel kanser tedavisiyle bir araya getirerek araştırmak ve entegre etmek için bir çerçeve olarak tanımlanmaktadır. Eğitim ve iş gücü entegrasyonunu, semptom yönetimi için müdahalelerin test edilmesini ve kanser sonrası yaşam ve palyatif bakımda kanıta dayalı müdahalelerin uygulanmasını kapsamaktadır (Mao vd., 2021).

2.6.2. Ulusal Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Veri Tabanı: Vaka Serileri ve Çalışmalar için Merkezi Bir Veri Tabanı

Türkiye’de GETAT’ın kanıt tabanının geleneksel tıp gibi güçlendirilmesi gerekmekte, kanıt üretimi ve yönetiminin parçalı yerel uygulamalara bırakılmak yerine sistematik hale getirilmesi önemli bir gereklilik olarak görülmektedir (Reva, 2022). Uluslararası alanda, kanıta dayalı geleneksel tıp gelişimi, standartlaştırılmış sınıflandırma, deneme kaydı ve yapılandırılmış kanıt havuzları temel altyapı unsurları olarak önemli bir yer teşkil etmektedir (Tian vd., 2021; Yin ve Ko, 2014). Örneğin, Kore’de, ulusal bir hastalık sınıflandırma sistemi geliştirilmiş, Batı ve geleneksel unsurları kapsayan entegre bir sınıflandırma versiyonuna uyarlanmıştır (Yin ve Ko, 2014). Çin’de, kanıta dayalı GETAT altyapısı, özel merkezlerin kurulmasını ve kayıt raporlamasını standartlaştırmak için klinik deneme kayıtlarının geliştirilmesi ve uzatılmasını önceliklendirmiştir (Tian vd., 2021). Bu modeller hem retrospektif öğrenmeyi hem de prospektif çalışma tasarımını destekleyen bir veri omurgası olarak Türk Ulusal GETAT Veritabanı’na rehberlik edebilir ve teşvik edici bir rol üstlenebilir (Tian vd., 2021; Yin ve Ko, 2014).

2.6.2.1. Temel Tasarım Unsurları

- Standart Terminoloji ve Kodlama: Geleneksel tıp araştırmaları, hastalık ve sendrom arasındaki farklılıkların merkezi olduğunu ve modern kanıta dayalı klinik araştırma yöntemlerini uygulamak için sendromların ve sınıflandırmanın standartlaştırılmasının gerektiğini önemle vurgulamaktadır (Yu vd., 2021). Kore deneyimi ayrıca entegre sınıflandırma sistemlerinin paradigmlar arasında güvenilir kanıt toplama işlemlerini gerçekleştirebileceğini göstermektedir (Yin ve Ko, 2014). Bu nedenle, geliştirilecek olan Türkiye’ye özgü bir veri tabanının geleneksel tanıları ve GETAT’a özgü tanı kodlarının yapılandırılmış formda depolanmasını sağlamalı, böylece katmanlı analizlere olanak tanımalı ve karşılaştırılamayan serbest metin vaka serilerinden kaçınılmalıdır.
- Birlikte çalışabilirlik ve raporlama standartları: GETAT’ın son birkaç on yılı, deneme kaydını öncelik olarak belirlemiş ve mevcut kayıt defterlerinde geleneksel tıp için kayıt bilgileri standartlaştırmasındaki eksiklikleri raporlayarak, hedeflenmiş uzantılar ve yapılandırılmış raporlama gereksinimlerini teşvik edici uygulamalar geliştirmiştir. Bu nedenle geliştirilecek sistemin; gözlemsel vaka serilerini mümkün olduğunda prospektif kayıtlara bağlaması ve daha sonraki sentez engellerini azaltmak için uluslararası deneme kayıt veri setleriyle uyumlu minimum veri sözlüklerini zorunlu kılması beklenmektedir (Tian vd., 2021; Schweitzer vd., 2021).
- Aşırı bilgi akışını yönetmek için kanıt haritalama işlevi: Geleneksel tıp araştırmaları, entegre veri tabanları arasında veri madenciliği gibi teknikleri kullanarak büyük ve artan veri hacimlerini keşfetme konusunun önemli bir ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır (Jiang vd., 2012). Buna ek olarak, kanıt haritası metodolojisi, aşırı ve karmaşık özellikteki veri barındıran GETAT alanlarında kanıtları aynı anda sentezleyen ve bilgi boşluklarını belirleyen yapılandırılmış bir yaklaşım olarak sunulmaktadır (Schweitzer vd., 2021). COVID-19 dönemi Geleneksel, Tamamlayıcı ve Bütünleyici kanıt haritaları, sistematik incelemeler ve kontrollü çalışmaların büyük grupları araştırmayı yönlendirmek için müdahale-sonuç matrislerinin nasıl düzenlenebileceğini göstermektedir (Portella vd., 2020). Buna göre, Türkiye’nin veri tabanı pasif bir arşiv

olmamalıdır. Aranabilir yapılandırılmış veri setlerini ve araştırma önceliklendirmesi ve politika kararlarını yönlendirmek için periyodik ulusal kanıt haritalarını destekleyen nitelikte olmalıdır (Portella vd., 2020).

- Klinisyenler ve halk için kullanıcıya yönelik kanıt özetleri: Japonya'nın hükümet destekli kanıta dayalı bütünleştirici tıp bilgi web sitesi (<https://www.ejim.mhlw.go.jp/en/index.html>) bütünleştirici tıp bilgisi sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Çalışmalar, hekimlerin ve eczacıların genellikle Geleneksel, tamamlayıcı ve bütünleyici tıp hastalarının kullandığı şeyler hakkında sınırlı bilgiye sahip olduğunu ve etkinlik, güvenlik, maliyet konularındaki endişelerin profesyonel katılımı etkilediğini göstermektedir. Bu çalışmalar ayrıca, uygun şekilde tasarlanmış kullanıcı dostu web sitelerinin bu hizmetlere olan talebi ve doğru kullanımı geliştirebileceğini ifade etmektedir. Japonya'daki bu iyi uygulama örneği Türkiye'nin Ulusal GETAT Veri tabanının, güvenli entegrasyonu sınırlayan bilgi asimetrisini azaltmak için katmanlı bir yayılım yapısına (profesyonellere yönelik teknik özetler, halka yönelik sade dil sayfaları gibi) içermesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Motoo vd., 2021).

2.6.3. Akademik Yayınların Kalitesini Artırma: Düşük Kaliteli Yayın Organlarından Uzaklaşarak Yüksek Etkili Dergilere Yönelme

Geleneksel tıp kanıt temeli, yalnızca nicelik ile değil, aynı zamanda çalışma kalitesi ve raporlama kalitesiyle de tekrar tekrar sınırlandırılmaktadır. Akupunktur denemelerinin meta-analitik incelemesi, baskın metodolojik kusurları (körleme ve tahsis gizliliğinin olmaması), yüksek heterojenliği ve yetersiz advers olay/takip raporlamasını ortaya koymaktadır. Bu faktörler, katı kanıta dayalı tıp standartları altında kanıtın değerini düşürmektedir (Chen vd., 2020). Daha önceki metodolojik değerlendirmeler de benzer şekilde, temel kanıta dayalı tıp prensiplerinin (rastgeleleştirme, kontroller, körleme) yanı sıra örneklem büyüklüğü tahmini, sonuç parametresi optimizasyonu, uyum yönetimi ve niyet-tedavi analizinin, deneme kalitesini iyileştirmek ve objektif etkinlik ve güvenlik değerlendirmesini desteklemek için gerekli olduğunu savunmaktadır (Lü vd., 2006). Kanıta dayalı Geleneksel Çin Tıbbı (GÇT) incelemeleri de benzer şekilde, GÇT'nin hastalık yönetiminde tanımlanmış rollerini belirlemek ve Batı tıbbi tedavisini tamamlamak için geliştirilmiş metodoloji ve raporlamanın şart olduğunu vurgulamaktadır (Linn, 2011). Güncel tartışmalar ise uluslararası kabulün, uluslararası alanda tanınmış etkinlik değerlendirme sistemlerinin yokluğu ve genellikle yetersiz güvenlik araştırmasıyla düşük kaliteli klinik araştırmalar nedeniyle engellendiğini ortaya koymaktadır (Yu vd., 2021).

Bu bağlamda, yağmacı dergilerden uzaklaşmak metodolojik olarak denetlenebilir, şeffaf bir şekilde raporlanan ve indekslenebilir yayın yollarına doğru bir geçiş olarak işlevselleştirilebilir.

- Raporlama kılavuzlarının ve disipline özgü uzantıların zorunlu kullanımı: Tamamlayıcı ve alternatif tıp karar verme süreçlerinde kanıta dayalı tıp kılavuzu, yapılandırılmış eleştirel değerlendirme uygulamasını önermekte ve bitkisel müdahaleler için CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials: Birleşik Deneme Raporlama Standartları) uzantısı ve akupunktur randomize kontrollü denemeler için STRICTA

(Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture: Akupunktur Klinik Denemelerinde Müdahale Raporlama Standartları) gibi raporlama araçlarını kapsamaktadır. Bu araçlar, düşük kaliteli çalışma veri kümelerinde belirlenen sorunları (örneğin, yetersiz raporlama, heterojenite etkenleri ve yetersiz tasarım şeffaflığı) doğrudan ele almaktadır (Chen vd., 2020; Lü vd., 2006). Türkiye'deki kurumsal politika, etik onay, fonlama ve sunum desteği için ön koşul olarak bu tür kılavuzlara uyumu zorunlu kılabilir ve böylece çıktıların temel kalitesini ve uluslararası yayınlanabilirliğini artırabilir.

- Ön kayıt, protokol şeffaflığı ve kanıt sentezi hazır olma durumu: Kanıta dayalı GETAT geliştirilmesi, klinik deneme kayıtlarının oluşturulması ve raporlama standartlaştırmasını gerekli kılmaktadır. Kayıt kalitesinin kendisi aynı zamanda bir kanıt kalitesi belirleyicisi işlevi görmektedir (Tian vd., 2021). Kanıt haritalama metodolojisi, alanın veriyle “taşabilir” olduğunu ancak kanıt sentezi ve boşluk belirleme için yapılandırılmadığında hala belirsizlik taşıdığını vurgulamaktadır (Schveitzer vd., 2021). Bu nedenle, Türkiye'nin yayın stratejisi, sistematik incelemeler ve kanıt haritalarına dahil olmayı artırmak için protokol kaydı ve yapılandırılmış çıktıları (veri setleri ve sonuç tanımlamaları dahil) entegre etmelidir. Bu, uygulamalar kanıta dayalı tıp otoritesi ve yayılımının merkezi mekanizmaları görevindedir (Portella vd., 2020).
- Araştırma etiği, yanlılık farkındalığı ve yayın kalitesi güvenlik önlemleri: Kanıta dayalı tıbbın etik analizleri, ahlaki otoriteye sahip olduğunu ancak aynı zamanda ideolojik ve politik varsayımlar tarafından da şekillendirildiğini ortaya koymaktadır. Kanıta dayalı tıp doğası gereği kolayca ölçülebilen parametreleri önceliklendirme (ayrıcılık hale getirme) eğilimindedir. Bu durum, ölçülmesi zor ancak klinik olarak kritik olan verilerin dışlanması riskini doğurabilmektedir (Kerridge, 2010). Tamamlayıcı akademik çalışmalar KDT'nin bilimsel temelden yoksun veya absürt olarak değerlendirilebilecek iddialara karşı savunmasız kalabileceğini ifade etmektedir. Kaynak israfını önlemek adına, araştırma hedefleri belirlenirken yayınlanacak çalışmaların seçiminde kavramsal netlik ve bilimsel makuliyet (plausibility) taraması vazgeçilmez birer süzgeç olarak görülmelidir (Ernst, 2009). Pratik anlamda, Türkiye'nin akademik ekosistemi, makale geliştirme ve dergi hedefleme sürecinin bir parçası olarak; olasılık incelemesi, önyargı risk değerlendirmesi ve şeffaf çıkarım sınırları beyanlarını resmileştirmelidir (Kerridge, 2010),
- Deneme kalitesi denetimleri kullanarak kalite iyileştirme geri bildirim döngüleri: Sistematik olmayan zayıflıklar (örneğin, olumsuz olay raporlaması, takip raporlaması) daha iyi deney tasarımı, araştırmacı eğitimi ve geliştirilmiş raporlama sistemleri aracılığıyla geliştirilebilir olarak tanımlandığı için Türkiye GETAT deneme raporlarının periyodik ulusal denetimlerini kurumsallaştırabilir ve denetim bulgularını hedeflenmiş eğitim ve iç finansman kararlarıyla ilişkilendirebilir (Lü vd., 2006).

2.6.4. Kurumsallaşma ve Uzmanlaşma Eğitimi: Sertifika Programlarının Ötesine Geçerek Enstitüler ve Doktora Programlarının Açılması

Türkiye'nin GETAT için düzenleyici çerçevesi, uygulama alanlarını ve nitelikleri belirlerken, aynı zamanda daha kapsamlı bir düzenlemeye (özellikle bilgilendirilmiş onam ve tıbbi hata) ve geleneksel tıpla benzer bir kanıt tabanının güçlendirilmesine olan ihtiyacı ortaya

koymaktadır. Kısa süreli sertifikasyonla sürdürülebilir bir şekilde elde edilemeyecek olan hedeflerin bu tür düzenlemelerle elde edilmesi hedeflenmelidir (Reva, 2022). Uluslararası karşılaştırmalar, kanıta dayalı geleneksel/bütünleştirici tıpta kalıcı ilerlemenin kurumsal altyapıyla bağlantılı olduğunu göstermektedir. Çin'de, kanıta dayalı GETAT gelişimi 20 yıl boyunca (diğer gelişmelerin yanı sıra) deneme kaydı geliştirme ve raporlama standartlaştırması gibi önceliklerle uzmanlaşmış merkezlerin kurulmasıyla sayesinde gerçekleşmiştir (Tian vd., 2021). Kore'nin deneyimi, teşhis araştırmaları ve bitkisel ilaç geliştirme ile entegre hastalık sınıflandırmasını içeren, hükümet destekli standartlaştırma ve büyük araştırma fonlaması yatırımlarını göstermektedir. Sadece sertifika yaklaşımından ziyade kurumsal bir ekosistemin kurulmuş olması bu nedenle son derece önemlidir (Yin ve Ko, 2014). Japonya'nın eJIM (evidence based Japanese integrative medicine) girişimi hem klinisyenleri hem de halkı bilgilendirmek için tasarlanmış devlet destekli kanıt platformlarını görünür kılmaktadır. Ampirik çalışmalar ise etkinlik, güvenlik, maliyet konusundaki profesyonel belirsizlikleri ve hasta kullanımına dair sınırlı farkındalığı ortaya koymaktadır. Bu bulgular, yapılandırılmış eğitim ve bilgi sistemlerini kurumsal gereklilikler olarak desteklemektedir (Motoo vd., 2021).

2.6.5. Türkiye Odaklı Bir Kurumsal Model

1. Üniversitelerde çok çekirdekli translasyonel birimler olarak GETAT Enstitülerinin kurulması: Kanıta dayalı geleneksel tıp uygulamalarının geliştirilmesi, kanıt kalitesinin artırılması, veri birikimi ve geleneksel teorilere uyumlu değerlendirme yöntemlerinin geliştirilmesi önemli bir gereklilik olarak tanımlanmalıdır (Tian vd., 2021). Bu doğrultuda akademik enstitülerin kurulması, Türkiye'nin aşağıdaki kritik araştırma alanlarını tek bir çatı altında birleştirmesine (konsolidasyon) olanak tanıyacaktır.

-Translasyonel Laboratuvarlar: Yeni gelişen entegrasyon yönelimleriyle uyumlu; ürün doğrulama/kimliklendirme, omik teknolojileri (genomik, metabolomik vb.) ve yapay zeka yöntemlerini kullanan ileri seviye laboratuvar yapılarını içermektedir (Chien, 2022).

-Optimize Edilmiş Klinik Araştırma Birimleri: Sendrom nicelikselleştirme ve standardize sınıflandırma gibi geleneksel tıp paradigmalarına uyarlanmış KDT tasarımları için özelleşmiş birimleri ifade etmektedir (Fung ve Linn, 2015; Yu vd., 2021).

-Kanıt Sentezi ve Haritalama Grupları: Alan genelindeki aşırı veri yoğunluğunu yönetmek, mevcut kanıtları sistematik olarak sentezlemek ve ulusal sağlık politikalarına bilimsel veri sağlamak amacıyla kurulan uzman çalışma gruplarını ifade etmektedir (Schveitzer vd., 2021).

2. Yöntem, veri bilimi ve bütünleştirici klinik araştırmalara odaklanan doktora programlarının başlatılması: Deneme kalitesine ilişkin sorunların sürekli iyileştirmesi ve tasarım/raporlama ihtiyacının iyileştirilmesi, KDT metodolojisi (rastgeleleştirme, gizleme, önyargı kontrolü, sonuç bilimi, tedaviye niyet ve güvenlik raporlaması) konusunda eğitilmiş bir iş gücünün yapısal bir gereklilik olduğunu ortaya koymaktadır (Lü vd., 2006). GETAT alanındaki Kanıta Dayalı Tıp rehber literatürü; kanıtı arama, eleştirel süzgeçten geçirme ve klinik uygulamaya aktarma becerilerini özellikle vurgulamakta; kalite değerlendirmesi ve bilimsel raporlama için geliştirilmiş yapılandırılmış araçların kullanımına işaret etmektedir. Bu noktada doktora programları, söz konusu yetkinlikleri GETAT disiplini içerisinde doğrudan

profesyonelleştirebilir. Böylece akademik eğitim, halihazırda çalışmaların yayınlanabilirliğini ve kanıt değerini kısıtlayan metodolojik eksiklikleri giderecek şekilde stratejik olarak önemli kazanımlar sağlayabilir (Chen vd., 2020).

3. İhtiyacın Yüksek Olduğu Alanlarda Klinik İşgücü Entegrasyonu: Onkolojik destekleyici bakım gibi yüksek ihtiyaç duyulan alanlarda, klinik iş gücü entegrasyonunun kurumsallaştırılması stratejik bir önceliktir. Bütünleşik onkoloji kapsamındaki güncel öneriler; Geleneksel, Tamamlayıcı ve Bütünleşik Tıp uygulayıcılarının eğitilerek kanser kontrolü iş gücüne dahil edilmesini, semptom yönetimi ile tedaviye bağlı yan etkiler için yeni müdahalelerin geliştirilip test edilmesini ve sonrasında kanıta dayalı bu uygulamaların sağkalım ve palyatif bakım süreçlerine yayılmasını içermektedir (Mao vd., 2021). Bu yaklaşım, Türkiye'nin kurulacak GETAT enstitüleri bünyesinde “bütünleşik destekleyici onkoloji” veya “bütünleşik ağrı ve semptom yönetimi” gibi özelleşmiş eğitim kulvarları tanımlaması için somut bir şablon sunmaktadır. Bu sayede uzmanlık eğitimi, belirsiz ve dağınık uygulamalar yerine, doğrudan kanıt üretimine olanak tanıyan belirli klinik odak noktalarıyla (nişlerle) şekillenmiş olacaktır (Tian vd., 2021).

4. Kanıt, Etik ve Uygulama İçin Ulusal Yönetişim-Akademi İş Birliği: Kanıt üretimi, etik standartlar ve uygulama süreçlerini koordine etmek amacıyla ulusal düzeyde bir “yönetişim-akademi iş birliği” mekanizması kurulmalıdır. Türkiye özelinde yapılan yasal analizler; aydınlatılmış onam süreçleri ve tıbbi malpraktis standartlarındaki regülasyon boşluklarını açıkça ortaya koymaktadır (Reva, 2022). Bu bağlamda, kurulacak GETAT enstitüleri düzenleyici kurumlarla (Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu vb.) yapısal bir bağ kurmalı; onam şablonlarının, güvenlik bildirim sistemlerinin ve standart bakım tanımlarının ortaklaşa geliştirilmesinde merkez rol oynamalıdır. Bu kurumsal entegrasyon, akademik ekosistem tarafından üretilen bilimsel kanıtların, yasal düzenleme ve klinik uygulama süreçlerinde doğrudan ve operasyonel olarak kullanılabilmesini garanti altına alacaktır (Kerridge, 2010; Tian vd., 2021).

2.7. Türkiye’de GETAT Sektörünün SWOT Analizi

Türkiye’de GETAT sektörünün güçlü ve zayıf yanlarıyla birlikte karşılaşılabileceği fırsat ve tehditler aşağıdaki gibi değerlendirilmektedir.

2.7.1. Güçlü Yönler

Resmi Yasal Tanınma ve Düzenleyici Kararlar: 27.10.2014 tarihinde 29158 sayılı Resmi Gazetede Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği yayımlanmıştır. Türkiye'nin GETAT uygulamalarının, 15 farklı düzenlenmiş uygulama alanını sıralayan ve uygulayıcı nitelikleri ile uygulama merkezleri için asgari gereksinimleri belirleyen bu düzenleme ve birden fazla yasal araçla kapsamlı şekilde temelleri atılmıştır. Bu durum birçok ülkenin erken aşama entegrasyon kapsamında eksik olduğu sistem tasarımının (lisanslama, tesis standartları, kapsam tanımı gibi) somut bir kurumsal temelini sağlamaktadır. Bu düzenleme, uygulayıcıları, merkezleri, eğitim süreçlerini ve belirli uygulama başlıklarını tanımlayarak alanın kurumsallaşmasını sağlamıştır (teftis.saglik.gov.tr, 2016).

Kamu Özel İş Birliği (KÖİ) ile Karşılaştırmalı Olarak Güçlendirilmiş Bir Sağlık Sistemi Alt Yapısı: Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlık tesislerinin inşasını ve

iyileştirilmesini hızlandırmak için kamu-özel ortaklıklarından yararlanılmış, özel sermayenin sistem kapasitesini genişletmesine ve modernleştirilmesine katkıda bulunulmuştur. Özellikle şehir hastaneleri başta olmak üzere devlet hastaneleri bünyesinde GETAT uygulamaları yaygınlaştırılmıştır. Altyapı projelerinde kamu özel iş birliklerinin kapsamlı şekilde kullanılması şehir hastanelerinin uygun şekilde tasarlanmış yönetim ve sözleşmelerle GETAT hizmetlerini (örneğin, bütünleştirici ayakta tedavi birimleri) barındırabilecek veya operasyonel olarak entegre edebilecek mevcut bir altyapı-finance mekanizmasını ortaya koymaktadır (Sertel vd., 2010). KÖİ modeli, sağlık altyapısı yatırımlarında devletin mali yükünü paylaşan bir finansman mekanizması işlevi görmektedir. Uzun vadeli kontratlar ve risk paylaşımı odaklı yapı, GETAT gibi yenilikçi hizmet alanlarının büyük ölçekli hastane ağlarına dahil edilmesini mali açıdan daha yönetilebilir hale getirmektedir (Gupta, 2025; Sharma vd., 2021). 2026 başı itibarıyla Sağlık Bakanlığı verilerinde görülen 83 merkez, 2.160 ünite ve 13.485 sertifikalı hekim, GETAT'ın Türkiye'de marjinal değil, belirgin ölçek kazanmış bir hizmet alanına dönüştüğünü göstermektedir. Bu büyüklük, hasta talebi ve kurumsal arzın aynı anda büyüdüğü sektörde erişim ve görünürlük açısından önemli bir güç sağlamaktadır (Saglik.gov.tr. 2026).

Uygulama Çeşitliliği ve Kültürel Kabul: Türkiye'de yönetmelik kapsamında 15 uygulama başlığı tanımlanmıştır; akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, hirudoterapi, homeopati, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon, refleksoloji ve müzikterapi bu yelpazenin içindedir. Bu çeşitlilik, farklı hasta tercihlerine ve farklı klinik nişlere hitap edebilme kapasitesi yaratır. Ayrıca Türkiye'de GETAT'a yönelik toplumsal ilginin kültürel hafıza ve geleneksel pratiklerle de destekleniyor olması talep üretme açısından önemli bir avantaj sunmaktadır (Fırat ve Eraslan, 2021).

Araştırma ve Eğitim Alt Yapısının Büyümekte Olması: Sağlık Bakanlığı yalnızca uygulamayı değil, GETAT klinik araştırmaları için yönetmelik ve iyi klinik uygulamalar kılavuzu da yayımlamıştır. Buna ek olarak 2024'te TÜBİTAK tarafından GETAT uygulamalarına yönelik özel çağrı açılmış olması (TÜBİTAK, 2026), alanın salt hizmet değil aynı zamanda araştırma gündemi olarak da ciddiye alındığını göstermektedir. 2015-2025 döneminde Türkiye'de tıp fakültelerinde incelenen 239 lisansüstü tez bulunması ve tez sayısının yıllar içinde anlamlı biçimde artması da akademik tabanın genişlediğinin önemli göstergelerindendir. Çeşitli üniversitelerin bünyesinde GETAT Klinik Araştırmalar Etik Kurullarının oluşturulması ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Klinik Araştırma Dokümanlarının sistematik olarak sunuluyor olması bu alanda yürütülen bilimsel araştırmaların bilimsel süreçlere bağlı kalınarak teşvik edildiğini göstermektedir (SHGMGETATDB, 2023).

2.7.2. Zayıf Yönler

Risk Yönetimi Konusundaki Boşluklar: Türkiye'nin 2014 yılındaki yasal düzenlemesi uygulama alanlarını ve hizmet sunan tesislerin gereksinimlerini tanımlasa da özellikle GETAT'a uyarlanmış bilgilendirilmiş onam yükümlülüğü ve tıbbi hata ya da bakım standartları gibi temel tıbbi-hukuki konuların tam olarak düzenlenmemiş olduğu söylenebilir. Bu tür eksiklikler, özellikle risk iletişiminin (faydalar, belirsizlikler, olumsuz olaylar ve etkileşimler gibi) önemli olduğu durumlarda, hasta güvenliği yönetimini ve hesap verebilirliği zayıflatabilmektedir (Tsvevkova ve Mihaylova, 2025).

Geri Ödeme ve Rehberlerin Benimsenmesini Kısıtlayan Kanıt ve Standartlaşma Eksiklikleri: Tamamlayıcı tıp araştırmaları arasında yetersiz standartlaşma, sınırlı yüksek kaliteli klinik denemeler ve gelişmemiş kanıta dayalı uygulama normları bulunmaktadır. Bu sorunlar, daha geniş GETAT araştırma tartışmalarında ve kapsam incelemelerinde açıkça dile getirilmektedir. Örneğin, standartlaştırılmış hazırlık ve müdahale yöntemlerinin eksikliği; sağlam Randomize Kontrollü Çalışmalar ve sistematik incelemelere ihtiyaç duyulmaktadır (Joseph vd., 2025). Bu eksiklikler, kamu geri ödemesinin uygulanabilirliğini doğrudan zayıflatma potansiyeline sahiptir çünkü geri ödeme kuruluşları genellikle müdahalelerin tekrarlanabilir olmasını, tanımlanmış endikasyonları ve kapsama kararlarını doğrulamak için fayda ve güvenliğin kanıtlarını talep etmektedir (Parsekar vd., 2022). GETAT'ın temel yapısal zayıflığı, aynı mevzuat şemsiyesi altında yer alan uygulamaların bilimsel kanıt gücünün birbirinden çok farklı düzeylerde olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2025–2034 stratejisi de zaten alan için başlıca öncelikleri kanıt üretimi, güvenlik, düzenleme ve entegrasyon olarak tanımlamaktadır (WHO, 2025). Bu vurgu, küresel ölçekte de kanıt boşluğunun sürdüğünü göstermektedir. Türkiye literatüründe de standartların iyileştirilmesi, yöntemsel kalitenin güçlendirilmesi ve bilimsel zeminin netleştirilmesi gereği özellikle vurgulanmaktadır.

KÖİ Tabanlı Sağlık Altyapısında Finansman Kırılganlıkları ve Makro-Finansal Durum: Türkiye'nin şehir hastaneleri projesi için kritik risk faktörleri arasında döviz kuru dalgalanmaları, enflasyon volatilitesi, yüksek finansman maliyetleri, mali sorunlar ve ekonomik krizler bulunmaktadır. Uzun vadeli optimallik ve operasyonel esnekliği tehdit edebilecek riskler arasında sendikasyon kredileri ve proje finansmanı yapılarına dayanılmasına rağmen, yerel bankacılık sektörünün uzun vadeli sermaye sağlama kapasitesindeki sınırlılıklardan söz edilmektedir (Gupta, 2025). Bu kısıtlamalar, politika yapıcılarının hastaneleri yeni hizmet hatları için ana fiziksel platform olarak kullanmayı planlıyorlarsa GETAT entegrasyonu için son derece önemlidir (Sertel vd., 2010).

Yetersiz Araştırma Fonu ve Destekleri: Kanıta dayalı entegrasyon sürecinde karşılaşılan en temel ve tekrarlayan engellerden biri, araştırma finansmanının ve desteğinin yetersizliğidir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın, kanıta dayalı modern tıp ile entegrasyonuna odaklanan bir çalışmada araştırma verisi eksikliğini ve finansal destek yetersizliği, standardize eğitim ihtiyaçları ve değerlendirme çerçeveleri ile entegrasyonun önündeki en belirgin kısıtlar olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu sınırlılıklar, kanıt üretimi ve standardizasyon süreçlerinin son derece kaynak yoğun olduğu ve bu süreçlerin özel finansman akışları ile kurumsal yapılar olmaksızın sürdürülemeyeceği gerçeğiyle örtüşmektedir (Joseph vd., 2025).

Hekim bilgi ve eğitim düzeyinde tarihsel boşluk: Türkiye'de hekimlerin GETAT konusundaki tutumlarına ilişkin çalışmalar, alana ilgi olduğunu ama bilgi düzeyinin uzun süredir sınırlı kaldığını göstermiştir. Örneğin pratisyen hekimlerle ilgili klasik bir çalışmada hekimlerin büyük kısmının bu konuda eğitim almadığı, ancak daha fazla bilgi edinmek istediği bildirilmiştir. Tıp öğrencileri üzerinden yürütülen bir çalışmada da olumlu tutum olmakla birlikte eğitim ihtiyacının sürdüğü görülmektedir. Bu tablo, sertifikasyon sistemi kurulmuş olsa bile ana akım tıp eğitimi ile GETAT arasındaki entegrasyonun hâlâ sınırlı olduğuna göstermektedir (Akan vd., 2012; Ozcakir vd., 2007).

2.7.3. Fırsatlar

Bütünleşik Sağlık Hizmetlerinde Yeni Konumlandırma ve Sağlık Turizmi: WHO'nun 2025–2034 stratejisi, geleneksel/tamamlayıcı/integratif tıbbın sağlık sistemlerine kanıta dayalı ve güvenli biçimde entegre edilmesini küresel hedef olarak göstermektedir. Türkiye, zaten oluşturduğu mevzuat ve uygulama altyapısı sayesinde bu uluslararası yönelimden yararlanabilir. Özellikle kronik ağrı, yaşam kalitesi, palyatif destek ve sağlıklı yaşam ekseninde, biyomedikal hizmetleri tamamlayıcı entegre bakım modelleri geliştirilebilir (WHO, 2025). Türkiye'nin sağlık turizmi kapasitesi ve geniş özel sağlık altyapısı, GETAT için de önemli bir fırsat alanı yaratmaktadır. Akademik çalışmalar Türkiye'de GETAT turizminin hem yerli hem yabancı ziyaretçiler için potansiyel taşıdığını belirtmektedir. Kamu fiyat tarifesinde “Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi”nin ayrıca yer alması da bu alanın hizmet ihracı mantığıyla eşleştirilebileceğini göstermektedir (Tuna, 2021).

Ar-Ge, Ürünleşme ve Standardizasyon Fırsatı: TÜBİTAK'ın 2024 GETAT çağrısında açık biçimde hedeflenen şey, kanıta dayalı, uygulamaya geçebilecek, çıktı ve etki odaklı araştırmaların desteklenmesi idi. Bu yaklaşım, Türkiye için yalnızca hizmet değil; protokol, cihaz, yerli sarf, standardize bitkisel ürün, dijital takip ve klinik veri altyapısı gibi alanlarda da yenilik fırsatı doğurmaktadır.

Artan Talep ve Bilimsel Merak: Avrupa ve Türkiye genelinde GETAT'a olan kamuoyu ilgisi ve profesyonel sağlık çalışanlarının bu alandaki yetkinliklerini artırma isteği, kanıta dayalı bir arz oluşturulması için uygun bir zemin sunmaktadır.

Demografik Baskılar ve Kronik Hastalık Yönetimi: Yaşlanan nüfus ve artan kronik hastalık yükü, hükümetleri maliyetleri yönetmek için hibrit modeller aramaya itmektedir. Kanıta dayalı GETAT uygulamaları, kronik bakım süreçlerinde yapılandırılmış bir yardımcı bileşen olarak konumlandırılabilir.

2.7.4. Tehditler

Denetimsiz Ürün ve Uygulama Riski: “Doğal olan güvenlidir” yanılgısı, özellikle kardiyovasküler alanda ciddi bitki-ilaç etkileşimlerine ve bildirilmiş ölüm vakalarına yol açabilmektedir. Yasal boşluklar, bu risklerin dokümanite edilmesini ve hesap verilebilirliği zorlaştırmaktadır. Kardiyovasküler bakım alanında GETAT; yaygın olarak uygulanan ancak yetersiz bilimsel literatüre sahip ve çoğunlukla denetlenmeyen geniş bir alan olarak tanımlanmaktadır. Bu alanda, ölümler dahil olmak üzere ciddi advers reaksiyonlar ve klinik açıdan anlamlı bitki-ilaç etkileşimleri raporlanmıştır. Bu nedenle daha sıkı düzenlemeler ve daha fazla bilimsel araştırma yapılması açıkça tavsiye edilmektedir (Tsvetkova ve Mihaylova, 2025). Türkiye özelinde, aydınlatılmış onam ve malpraktis standartlarında tespit edilen yasal boşluklar; açıklama, belgelendirme ve hesap verilebilirlik mekanizmalarını zayıflatarak bu riskleri daha da büyütebilir (Peeriga, 2024; Tsvetkova ve Mihaylova, 2025).

Dezenformasyon ve Tedavi Gecikmeleri: Özellikle onkolojide, GETAT kullanımının kanıta dayalı modern tedavilerin yerini alması veya onları geciktirmesi, hasta sağkalım oranlarını doğrudan tehdit eden bir “bilgi kirliliği” riski oluşturmaktadır. Kanser hastaları arasında GETAT kullanımı üzerine yapılan kültürlerarası bir inceleme, bu yöntemlere aşırı

güvenin kanıta dayalı kanser tedavilerinin geciktirilmesine veya terk edilmesine yol açabileceğini vurgulamaktadır. Yanlış bilgilendirme (aile kaynaklı dezenformasyon dahil) ve güvenilir bilgiye sınırlı erişim, bu süreçte temel tetikleyici faktörler olarak tanımlanmıştır. Literatür, zararlı gecikmeleri önlemek için açık diyalog ve kanıta dayalı entegrasyon çağrısında bulunmaktadır. Bu durum, referans metinde doğrudan bu terim kullanılsa da hasta tercihlerini etkileyen karara yönelik yanlış bilgilerin yarattığı operasyonel bir “bilgi kirliliği” riskini teşkil etmektedir (Lee vd., 2025).

Özelleştirme ve KÖİ Ekosistemlerinde Ticari Baskılar ve “Maliyet-Etkililik” Riskleri: Evrensel Sağlık Kapsayıcılığı ve Kamu-Özel İş Birliği (KÖİ) politikaları üzerine yapılan eleştirel çalışmalar, KÖİ yönelimlerinin bazen özel çıkarlar ve küresel finans sermayesi tarafından yönlendirilebileceğini; bunun da sağlıkta hakkaniyet (equity) ve “ücretsiz sağlık” kavramı etrafında politik gerilimler yaratabileceğini savunmaktadır (Suhaima vd., 2025). Birleşik Krallık'taki KÖİ deneyimleri, maliyet-etkililik değerlendirmelerinin belirsizlikleri yeterince hesaba katamayabileceği, yüksek borç yükü altındaki özel amaçlı araçların ve sözleşme katılıklarının kamu için beklenmedik maliyetler yaratabileceği konusunda uyarmaktadır (Gupta, 2026). Türkiye için bu durum; GETAT entegrasyonunun, güçlü kanıt eşikleri ve sıkı bir yönetim olmaksızın öncelikle özelleştirilmiş kanallar üzerinden yürütülmesi halinde, kapasite artsa bile meşruiyet zorlukları, maliyet artışı endişeleri veya hakkaniyet eleştirileriyle karşı karşıya kalabileceği tehdidini doğurmaktadır (Thelwall, 2021; Gupta, 2026; Suhaima vd., 2025).

3. SONUÇ

Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamaları, 2014 yılındaki yasal düzenlemeyle birlikte bir pazar alanı olmaktan çıkıp, kamu sağlığı sisteminin resmi olarak tanınan bir bileşeni haline gelmiştir. Ancak günümüzde geline nokta, bu uygulamaların sadece erişilebilir olmasının ötesinde, konvansiyonel tıp disipliniyle nasıl bir uyum içinde sürdürüleceği sorusuna odaklanmaktadır. Literatürün sunduğu perspektif, Türkiye’nin GETAT geleceğini; kurumsal yönetim, nitelikli kanıt üretimi ve sürdürülebilir finansman ekseninde bir Bütünleşik Sağlık Ekosistemi olarak tanımlamaktadır.

Uluslararası tecrübeler, GETAT uygulamalarının uzun süreli popülaritesinin otomatik olarak klinik meşruiyet sağlamadığını göstermektedir. Çin ve Malezya gibi köklü geleneklere sahip ülkelerde dahi, kanıta dayalı tıp (KDT) kriterlerinin katı bir şekilde uygulanması; metodolojik heterojenlik, yetersiz körleme ve zayıf yan etki raporlaması gibi kronikleşmiş sorunlarla karşılaşmaktadır (Chen vd., 2020; Lü vd., 2006). Türkiye’nin bu noktadaki stratejik duruşu, KDT metodolojisini bir engel değil, aksine GETAT’ın modern tıba entegrasyonu için tek geçerli geçiş kapısı olarak görmelidir.

Türkiye, GETAT alanındaki sertifika temelli eğitim modelinden, akademik derinliği olan enstitü odaklı bir yapıya geçmek zorundadır. Bu kurumsallaşma süreci üç ana sütun üzerinde yükselmelidir:

Metodolojik Uzmanlık: Doktora programları aracılığıyla; randomizasyon, gizleme ve tedavi niyetine göre analiz gibi KDT standartlarına hakim bir akademik iş gücü yetiştirilmelidir (Tangkiatkumjai vd., 2018)

Translasyonel Kapasite: Laboratuvar bulgularının klinik uygulamaya hızla aktarılması için bitki doğrulama ve omik teknolojilerini (genomik, metabolomik) kullanan merkezler kurulmalıdır (Chien, 2022).

Yönetişim-Akademi Köprüsü: Üniversiteler, Sağlık Bakanlığı ile doğrudan bir bağ kurarak; yetersiz regüle edilmiş olan aydınlatılmış onam ve malpraktis standartlarını, bilimsel verilere dayalı bakım standartları haline getirmelidir (Reva, 2022).

Geleceğin GETAT modeli, teknolojiyle yakından ilişkilidir. Özellikle onkoloji ve kardiyovasküler tıp gibi riskin yüksek olduğu alanlarda, bilgi kirliliği ve denetimsiz ürün kullanımı hasta sağlığını doğrudan tehdit etmektedir (Lee, 2025; Tsvetkova ve Mihaylova, 2025). Bu tehditlerin bertaraf edilmesi için kurulacak bir “Ulusal GETAT Veri Tabanı” şu fonksiyonları yerine getirmelidir:

Farmakovijilans: Advers olayların ve bitki-ilaç etkileşimlerinin gerçek zamanlı takibi.

Karar Destek Sistemleri: Klinisyenlere kanıta dayalı, güncel etkileşim ve dozaj bilgisi sunan dijital araçlar (Islam vd., 1970).

Kanıt Haritalama: Büyük veri analitiği ile hangi uygulamaların hangi endikasyonlarda “geri ödenebilir” düzeyde kanıt sunduğunun periyodik olarak belirlenmesi (Schveitzer vd., 2021).

Türkiye’nin Şehir Hastaneleri altyapısı ve SGK’nın idari esnekliği, GETAT’ın kamu finansman sistemine entegrasyonu için güçlü bir kaldıraçtır. Ancak bu genişleme, hasta tercihi söylemiyle değil, kanıt kademeli bir finansman modeliyle yönetilmelidir. SGK geri ödeme sistemi, sadece yüksek kaliteli kanıt sunan müdahaleleri temel pakete dahil etmeli; orta düzey kanıt sunan uygulamalar ise özel sağlık sigortaları veya tamamlayıcı modellerle desteklenmelidir. Bu yaklaşım hem kaynakların israfını önleyecek hem de bilimsel olmayan uygulamaların kamu eliyle fonlanması riskini ortadan kaldıracaktır (Sertel vd., 2010).

Sonuç olarak Türkiye için GETAT, sadece geçmişten gelen bir miras değil, doğru yönetildiğinde modern tıp sistemini hasta odaklılık ve önleyici tıp açısından tamamlayabilecek stratejik bir alandır. Nihai vizyon; geleneksel bilginin, modern bilimin süzgecinden geçerek, dijital şeffaflık ve yasal güvenceler altında hastaya ulaştığı bir sistem olmalıdır. Bu vizyonun hayata geçmesi, akademinin titizliği, düzenleyici kurumların kararlılığı ve teknolojiyle harmanlanmış bir yönetim anlayışının ortak ürünü olacaktır. Bu yol haritası izlendiğinde Türkiye, sadece kendi vatandaşları için güvenli bir GETAT limanı oluşturmakla kalmayacak, aynı zamanda bu alandaki regülatör bilim uygulamalarıyla bölgesi ve dünya için bir model haline gelecektir.

KAYNAKÇA

- Abbott, F. M. (2011). *Trends in local production of medicines and related technology transfer*. Geneva: World Health Organization.
- Abdualkader, A. M., Ghawi, A. M., Alaama, M., Awang, M., & Merzouk, A. (2013). Leech therapeutic applications. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 75(2), 127.
- Akan, H., Izbirak, G., Kaspar, E. Ç., Kaya, Ç. A., Aydın, S., Demircan, N., ... & Hayran, O. (2012). Knowledge and attitudes towards complementary and alternative medicine

- among medical students in Turkey. *BMC complementary and alternative medicine*, 12(1), 115-122.
- Alice, L. Y. L., Binghe, G. U. A. N., Shuang, C. H. E. N., Hoyin, C. H. A. N., Kawai, K. O. N. G., Wenjung, L. I., & Jiangang, S. H. E. N. (2021). Artificial intelligence meets traditional Chinese medicine: a bridge to opening the magic box of sphygmopalpation for pulse pattern recognition. *Digital Chinese Medicine*, 4(1), 1-8.
- Alice, L., Binghe, G., Shuang, C., Hoyin, K., Kawai, K., Wenjung, L. I., & Jiangang, S., (2021). Artificial intelligence meets traditional Chinese medicine: a bridge to opening the magic box of sphygmopalpation for pulse pattern recognition. *Digital Chinese Medicine*, 4(1), 1-8.
- Arundel, A. (2001). The relative effectiveness of patents and secrecy for appropriation. *Research Policy*, 30(4), 611-624.
- Biçer, İ., & Balçık, P. Y. (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp: Türkiye ve seçilen ülkelerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 245-257
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023a). Stratejik Planı Güncellenmiş Versiyonu. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-planı-guncellenmis-versiyonupdf.pdf>
- Chandak, A., Gudapati, J., & Kulkarni, P. B. (2025). The cost-effectiveness and patient satisfaction of telehealth in geriatric care: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 25(1), 968.
- Chen, H., Chiang, R. H. L., & Storey, V. C. (2012). *Business intelligence and analytics: From big data to big impact*. *MIS Quarterly*, 36(4), 1165–1188.
- Chen, Q., Wang, Q., Ding, S., Li, S., Zhang, Y., Chen, S., ... & Asakawa, T. (2020). Problems lowering the study quality in traditional medicine, introspection from an example of meta-analysis of acupuncture. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1), 41.
- Chesbrough, H. W. (2003). *Open innovation: The New Imperative for Creating and Profiting from Technology*. Harvard Business School Press.
- Chien, T. J. (2023). The holistic philosophy of traditional Chinese medicine and conflicts with modern medicine. *Holistic Nursing Practice*, 37(3), 153-160.
- Ernst, E. (2009). Complementary and Alternative Medicine: Between Evidence and Absurdity. *Perspectives in Biology and Medicine*, 52(2), 289-303.
- Esteva, A., Kuprel, B., Novoa, R. A., Ko, J., Swetter, S. M., Blau, H. M., & Thrun, S. (2017). *Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks*. *Nature*, 542(7639), 115–118.
- European Patent Office. (2019). *Guidelines for examination in the European Patent Office*. European Patent Office. <https://www.epo.org/law-practice/legal-texts/guidelines.html>

- Ezeamii, V., O Doherty, N. O., Ayozie, C. O., Figueroa, A. S., & Okobi, O. E. (2025). Telemedicine and its impact on public health in the United States: a contemporary review. *The Egyptian Journal of Internal Medicine*, 37(1), 68.
- Fırat, S., & Eraslan, İ. H. (2021). Bölgesel kalkınma çalışmalarında geleneksel ve tamamlayıcı tıp sektörünün (GETAT) rolü: Düzce ili GETAT sektörünün uluslararası rekabetçilik analizi çalışması. *Dokuz Eylül University Journal of Graduate School of Social Sciences*, 23(2). 925-956.
- Fung, F. Y., & Linn, Y. C. (2015). Developing traditional Chinese medicine in the era of evidence-based medicine: current evidences and challenges. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015(1), 1-9.
- Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, (2014). Resmi Gazete (Sayı: 29153). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>
- Gupta, R. (2025). Integrating Alternative and Complementary Medicine to Address Chronic Disease Gaps in Modern Medicine. *Journal of Clinical Research and Reports*, 20(3), 01-05.
- <https://teftis.saglik.gov.tr/TR-7908/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-uygulamalari-yonetmeli.html>
- Islam, A., Rahman, M., Ahmed, M., Chowdhury, M., Khair, A., Ullah, M., ... & Yeasmin, L. (1970). Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Care. *Cardiovascular Journal*, 1(1), 84-96.
- Jiang, M., Zhang, C., Zheng, G., Guo, H., Li, L., Yang, J., ... & Lü, A. (2012). Traditional Chinese Medicine Zheng in the Era of Evidence-Based Medicine: A Literature Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 1-9.
- Joseph, A. J., Vijayanand, M., & Chandran, S. (2025). Ayurveda, Homeopathy and other complementary treatments in the child and adolescent mental health: A critical review of emerging paradigms. *Indian Journal of Mental Health and Neurosciences*, 8(1), 13-22.
- Kaçak, H. (2023). Dijital sağlık teknolojileri üzerine yayınlanmış akademik çalışmaların bibliyometrik analizi. *Dijital Teknolojiler ve Eğitim Dergisi*, 2(2), 147-157.
- Kaplan, W., & Laing, R. (2005). Local production of pharmaceuticals: Industrial policy and access to medicines. *World Bank, Washington DC*.
- Kaplan, W., Laing, R., & Waning, B. (2011). *The impact of local pharmaceutical production on access to medicines in low- and middle-income countries: A systematic review*. *Health Policy and Planning*, 26(2), 87-99.
- Kerridge, I. (2010). Ethics and EBM: acknowledging bias, accepting difference and embracing politics. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(2), 365-373.
- Kurtuluş, M. Ç., & Büyükbacı, P. (2025). Türkiye girişimcilik ekosistemi ve kurumsal işletme-start-up iş birlikleri: Tematik bir inceleme. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 24(Özel Sayı-İnovasyon ve Girişimcilik), 119-150.

- Lee, J. (2025). Ayurvedic Treatments for Hair Disorders: A Narrative Review. *Skin Appendage Disorders*, 1-9. <https://doi.org/10.1159/000549251>
- Lee, J., Khalil, N. B., Durve, A., Redwine, L. S., & Tosti, A. (2025). Ayurvedic Treatments for Hair Disorders: A Narrative Review. *Skin Appendage Disorders*. <https://doi.org/10.1159/000549251>
- Linn (2011). Y. C. Linn, Evidence-Based Medicine for Traditional Chinese Medicine: Exploring the Evidence from a Western Medicine Perspective, *Proceedings of Singapore Healthcare*, 20(1), 3–9.
- Liu, J. P. (2006). Methodological quality assessment of clinical trials in traditional Chinese medicine: the principles of evidence-based medicine. *Journal of Chinese Integrative Medicine*, 4(1), 1-6.
- Lü, Y., Bai, J., & Wang, H. (2006). Methodological quality assessment of clinical trials in traditional Chinese medicine: the principles of evidence-based medicine. *Journal of Chinese Integrative Medicine*, 4(1), 1-6.
- Mao, J., Pillai, G., Andrade, C., Ligibel, J., Basu, P., Cohen, L., ... & Salicrup, L. (2021). Integrative oncology: Addressing the global challenges of cancer prevention and treatment. *Ca a Cancer Journal for Clinicians*, 72(2), 144-164.
- Mayer-Schönberger, V., & Cukier, K. (2013). *Big Data: A Revolution That Will Transform How We Live, Work, and Think*. Houghton Mifflin Harcourt.
- McKinsey Global Institute. (2011). *Big data: The next frontier for innovation, competition, and productivity*. McKinsey & Company.
- Motoo, Y., Yukawa, K., Hisamura, K., & Arai, I. (2022). Pharmacists' perspectives on traditional, complementary, and integrative medicine in Japan with special reference to Kampo medicines: an internet survey with preliminary interviews. *Journal of Pharmaceutical Health Care and Sciences*, 8(1), 1-8.
- Moulaei, K., & Kazemi-Arpanahi, H. (2026). Telemedicine-based geriatric assessment (tele-GA): A scoping review on applications, benefits and challenges. *Health Policy and Technology*, 101157.
- Ozcakir, A., Sadikoglu, G., Bayram, N., Mazicioglu, M. M., Bilgel, N., & Beyhan, I. (2007). Turkish general practitioners and complementary/alternative medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine: Paradigm, Practice, and Policy Advancing Integrative Health*, 13(9), 1007-1010.
- Parsekar, S. S., Gudi, N., Walke, S. C., Shaw, P. D., Hombali, A., Nayak, A. V., & Hadapad, B. S. (2024). Complementary and alternative system of medicine for type 2 diabetes mellitus and its complications: A scoping review. *F1000Research*, 11(526). 1-28.
- Patra, J. K., Das, G., Fraceto, L. F., Campos, E. V. R., Rodriguez-Torres, M. P., Acosta-Torres, L. S., ... & Shin, H.-S. (2018). Nano based drug delivery systems: recent developments and future prospects. *Journal of Nanobiotechnology*, 16(1), 71.

- Peeriga, R. (2024). Complementary and alternative medicine research: Prospects & limitations. In *Futuristic trends in pharmacy & nursing* (Vol. 3, Book 5, pp. 114-123). IIP Series. IIP. doi:10.58532/v3bapn5ch11
- Portella, C., Ghelman, R., Abdala, C., & Schveitzer, M. (2020). Evidence map on the contributions of traditional, complementary and integrative medicines for health care in times of COVID-19. *Integrative Medicine Research*, 9(3),1-7.
- Reva, Z. (2022). Legal Dimension of Traditional and Complementary Medicine Practices in Turkey. *International Journal of Research-GRANTHAALAYAH*. 10(1), 47-56.
- Russell, S., & Norvig, P. (2020). *Artificial Intelligence: A Modern Approach* (4th ed.). Pearson.
- Saglik.gov.tr. (2026). <https://www.saglik.gov.tr/TR-115983/saglik-bakani-memisoglu-tip-ve-kultur-sanat-sempozyumunda-konustu.html>
- Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Raporu, 2023 ON İKİNCİ KALKINMA PLANI (2024-2028) https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2025/08/Sagligin-Korunmasi-ve-Gelistirilmesi-OIK-Raporu_01082025.pdf
- Schveitzer, M., Abdala, C., Portella, C., & Ghelman, R. (2021). Traditional, complementary, and integrative medicine evidence map: a methodology to an overflowing field of data and noise. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 45, 1-5.
- Sertel, S., Greten, H., Kraemer, H., Efferth, T., Plinkert, P., & Baumann, I. (2010). Evaluation of Quality of Life in Patients Treated with Traditional Chinese Medicine. *The Open Otorhinolaryngology Journal*, 4(1), 62-67.
- Shan, L., Xu, W., Zhang, Q., & Li, X. (2020). *Application of big data and artificial intelligence in traditional Chinese medicine: A review*. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2020, 1234567.
- Sharma, V., Mann, Z., Sharma, A., Srivast, A., Raghav, P. K., Singh, R., & Nandan, A. (2021). CoVAM: Complementary and Alternative Medicine Clinical Trials Database for COVID-19 Disease. *Europe PMC*, 1-9.
- Shen, J., Yao, L., Li, Y., Clarke, M., Wang, L., & Li, D. (2013). Visualizing the history of evidence-based medicine: A bibliometric analysis. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 64(10), 2157-2172.
- SHGMGETATDB, (2023). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Klinik Araştırma Dokümanları, <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-56209/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-uygulamalari--klinik-arastirma-dokumanlari.html>
- Suhaima, K., Sagi, S., Salam, B. A., Jassim, M., Sudheer, F., & Cheruvatta, S. K. P. (2025). Exploring the landscape of complementary therapies for cancer patients. *Ayush Journal of Integrative Oncology*, 2(1), 44-49.
- Şahin, E., Yavuz Veizi, B. G., & Naharci, M. I. (2024). Telemedicine interventions for older adults: a systematic review. *Journal of telemedicine and telecare*, 30(2), 305-319.

- Tangkiatkumjai, M., Winit-Watjana, W., & Chen, L. C. (2018). How to Search and Critique Scientific Evidence for Decision-Making. In *Complementary and Alternative Medicine and Kidney Health* (pp. 100-123). IGI Global Scientific Publishing.
- Tawfik, M., El-Sayed, H., & Ahmed, S. (2022). Challenges and opportunities in local pharmaceutical production: A focus on R&D and regulatory support. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 15(1), 45.
- Tekin, E. (2021). Türkiye’de start-up ekosistemi üzerine bir değerlendirme. *Econder Uluslararası Akademik Dergi*, 5(1), 33-48.
- Thelwall, M. (2021). Alternative medicines worth researching? Citation analyses of acupuncture, chiropractic, homeopathy, and osteopathy 1996–2017. *Scientometrics*, 126(10), 8731-8747.
- Tian, G., Zhao, C., Zhang, X., Mu, W., Jiang, Y., Wei, X., ... & Shang, H. (2021). Evidence-based traditional Chinese medicine research: two decades of development, its impact, and breakthrough. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 14(1), 65-74.
- Topol, E. (2019). *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. Basic Books.
- Tsvetkova, A., & Mihaylova, S. (2025). A study in Bulgaria of public attitudes towards the use of homeopathy as a part of alternative medicine. *Trakia Journal of Sciences*, 23(2), 1-8.
- Tuna, H. (2021). Sağlık turizmi kapsamında geleneksel, tamamlayıcı ve fonksiyonel tıp turizmi. *Abant Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(1), 259-281.
- TÜBİTAK, 2026.
https://tubitak.gov.tr/sites/default/files/20689/geleneksel_ve_tamamlayici_tip_getat_cagri_metni.pdf
- Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB). (2025a). *Türkiye’de GETAT alanında DSÖ İş Birliği Merkezi kurulmasına yönelik istişare toplantısı gerçekleştirildi*.
<https://getat.tuseb.gov.tr/haberler/turkiyede-getat-alaninda-dunya-saglik-orgutu-dso-is-birligi-merkezi-kurulmasına-yonelik-istisare-toplantisi-gercekleştirildi-20250813>
- TÜSEB. (2025b). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanında uluslararası iş birliği çalışmaları.
- Wang, J. and Xiong, X. (2012). Current Situation and Perspectives of Clinical Study in Integrative Medicine in China. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 1-11.
- WHO, (2025). Global traditional medicine strategy 2025-2034,
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176>
- World Health Organization. (WHO). (2013). *WHO traditional medicine strategy 2014–2023*. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>
- World Intellectual Property Organization. (WIPO). (2023). *What is a patent?* WIPO.
<https://www.wipo.int/patents/en/>

- Xin, Y., Dai, Y. Y., Zhang, X. W., Yang, H. X., Hou, A. L., Yang, K., ... & Liu, H. (2021). A brief discussion on evidence-based clinical research of traditional Chinese medicine. *Annals of Palliative Medicine*, 10(12), 12937-12944.
- Yin, C. S., & Ko, S. G. (2014). Introduction to the History and Current Status of Evidence-Based Korean Medicine: A Unique Integrated System of Allopathic and Holistic Medicine. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014(1), 1-6.
- Yu, X., Dai, Y., Zhang, X., Yang, H., Hou, A., Yang, K., ... & Liu, H. (2021). A brief discussion on evidence-based clinical research of traditional Chinese medicine. *Annals of Palliative Medicine*, 10(12), 12937-12944
- Zarsky, T. (2016). The trouble with algorithmic decisions: An analytic road map to examine efficiency and fairness in automated and opaque decision making. *Science, Technology, & Human Values*, 41(1), 118–132.

ON ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GETAT HİZMETLERİNDE STRATEJİK PLANLAMA

Gülçin ÇALIŞKAN SEYFELİ¹

1. GİRİŞ

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamalarının modern sağlık sistemlerine entegrasyonu, giderek karmaşıklaşan küresel sağlık ihtiyaçlarına yanıt verebilmek adına kapsamlı bir stratejik planlamayı zorunlu kılmaktadır. Bu bölüm, bir sağlık kurumunda veya ulusal çapta GETAT planlamasının temel adımlarını, hizmet sunum modellerini, kalite/güvenlik standartlarını ve uzun vadeli finansman/sürdürülebilirlik vizyonunu ele almaktadır.

2. STRATEJİK PLANLAMANIN TEMELLERİ VE DURUM ANALİZİ

Sağlık hizmetlerinde stratejik planlama, bir organizasyonun uzun vadeli hedefleriyle uyumlu kararlar almasını, sınırlı kaynaklarını en verimli şekilde yönetmesini ve yeni teknolojiler, hasta beklentileri veya yasal düzenlemeler gibi sürekli değişen sağlık ortamı koşullarına hızlıca adapte olmasını sağlayan kapsamlı bir süreçtir (The University of Arizona Global Campus [UAGC], 2026). GETAT uygulamalarının ulusal veya kurumsal sağlık sistemlerine entegrasyonu söz konusu olduğunda bu planlamanın temeli yüzeysel varsayımlara değil kanıta dayalı ve çok boyutlu bir durum analizine (ihtiyaç ve kapasite değerlendirmesine) dayanmalıdır (Patterson ve Arthur, 2009; Wang vd., 2025; World Health Organization [WHO], 2013). GETAT planlamasının ilk adımı, toplumun sağlık gereksinimlerinin analiz edilmesi, mevcut sağlık sistemi kapasitesinin değerlendirilmesi ve kurumsal stratejik yönün doğru bir şekilde belirlenmesidir.

2.1. Stratejik Yön ve İhtiyaç Değerlendirmesi

Dünya genelinde yaşanan nüfus ve buna bağlı olarak artan kronik hastalık yükü, hastaları ve sağlık sistemlerini yeni arayışlara itmektedir (Wong vd., 2025). Modern (konvansiyonel) tıbbın bulaşıcı hastalıklar ve akut müdahalelerdeki başarısına rağmen kronik hastalıkların yönetimindeki sınırlılıkları ve defansif tıp uygulamaları hastaların GETAT yöntemlerine yönelmesindeki temel motivasyonlardandır (Şahin, 2017). Hastalar, konvansiyonel ilaçların yan etkilerinden kaçınmak, semptomlarını hafifletmek, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hâllerini desteklemek amacıyla GETAT uygulamalarını tercih etmektedirler (Şahan ve İlhan, 2019; Şahin, 2017). Hastalar konvansiyonel tıbbın yüksek maliyetleri ve ciddi yan etkilerinden duydukları memnuniyetsizlik nedeniyle tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerine yönelmektedir. Ayrıca, geleneksel tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulayıcılarının sunduğu iş birliği, duygusal destek, empatik tutum, insancıl bakım ve etkin dinleme gibi yaklaşımlar da bu tercihleri güçlendiren önemli motivasyon kaynaklarıdır (Mortada, 2024). İhtiyaç değerlendirmesi yapılırken toplumun sağlığa bakış açısının yalnızca

¹ Öğr. Gör. Dr., Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, gulcinaliskan@nevsehir.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1715-317X.

hastalıkların tedavisi olmadığı aynı zamanda iyilik halinin sürdürülmesi olduğu gerçeği göz önüne alınmalı ve sağlık kurumlarının vizyonu bu “bütüncül insan” yaklaşımına uygun olarak şekillendirilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2026).

2.2. Sağlık Sistemlerinde Kurumsal Konumlanma

Bütünleyici tıp, modern biyomedikal bilgiler ile geleneksel ve/veya tamamlayıcı tıp bilgisini kanıta dayalı bir şekilde harmanlayan disiplinler arası bir yaklaşım olarak ifade edilmektedir (WHO, 2025a). Mevcut sağlık sistemleri içerisinde GETAT uygulamalarının etkin entegrasyonu için kurumların kendilerini bütünleyici tıp yaklaşımı çerçevesinde konumlandırımları önem taşımaktadır. Buna yönelik gerçekleştirilecek olan stratejik planlama ise kurumların hizmet sunum biçimlerini ve profesyonel rollerini yeniden tanımlamalarını gerektirmektedir (Patterson ve Arthur, 2009). Bu sayede kurumlar, sağlık ihtiyaçlarına bütüncül bir yaklaşımla yanıt verirken hasta odaklı ve kültürel açıdan duyarlı hizmet sunumunu da etkin bir şekilde destekleme imkânı bulmaktadır.

Kurumsal vizyon ve misyon oluşturulurken GETAT’ın modern biyomedikal tıbbın bir alternatifi değil kanıtlar ışığında sağlık sisteminin destekleyici ve bütüncül bir bileşeni olduğu vurgulanmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2026). Bütünleyici tıp felsefesine uyum süreci, hastanın bedensel, zihinsel ve ruhsal ihtiyaçlarını bir bütün olarak ele almayı ve hastalık odaklı bir modelden ziyade sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine dayalı iyileşme odaklı bir modeli kurum kültürüne yerleştirmeyi gerektirmektedir (Czerska ve Skweres-Kuchta, 2021).

2.3. DSÖ Sağlık Sistemi Yapı Taşlarına Göre Kapasite Analizi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenen ve evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşmak için temel kabul edilen sağlık sistemi yapı taşları; hizmet sunumu, sağlık iş gücü, sağlık bilgi sistemleri, tıbbi ürünler, aşılar ve teknolojiler, sağlık finansmanı, liderlik ve yönetim boyutlarını içermektedir (WHO, 2007; Wang vd., 2025). DSÖ’nün 2025-2034 Küresel Geleneksel Tıp Stratejisi, GETAT uygulamalarının ulusal sağlık politikalarının ve sağlık sisteminin tüm yapı taşlarına entegre edilmesini stratejik bir hedef olarak ortaya koymaktadır (WHO, 2025a). GETAT hizmetlerinin sağlık sistemlerine entegrasyon sürecinde, kurumların operasyonel ve yapısal yeterliliklerinin bu altı temel bileşen baz alınarak değerlendirilmesi sürdürülebilir bir entegrasyon modeli için büyük önem taşımaktadır.

Hizmet Sunumu ve Tıbbi Ürünler: GETAT ürün ve hizmetlerinin coğrafi ve finansal olarak ne kadar erişilebilir olduğunun analiz edilmesi gerekmektedir. Sağlık sisteminin tıbbi ürünler bileşeni analiz edilirken temel amaç geleneksel ve bitkisel tıp ürünlerinin kalite, güvenlik ve etkinlik standartlarını ne derece karşıladığının saptanmasıdır (Wang vd., 2025). Bu ürünlerin sağlık sistemine entegrasyonu sürecinde halkı güvensiz ve standart dışı ürünlerden koruyacak kalite kontrol önlemlerinin ve standardizasyon mekanizmalarının kurulup kurulmadığı dikkatli bir şekilde analiz edilmelidir (WHO, 2025a).

Sağlık İş Gücü: Hasta güvenliğini doğrudan etkileyen sağlık iş gücü planlamasında uygulayıcıların bilgi ve becerilerini nasıl edindikleri, uygulamaların yasal olarak nasıl denetlendiği (ruhsatlandırma/sertifikasyon) ve geleneksel uygulayıcılar ile konvansiyonel

sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliğinin nasıl destekleneceği saptanmalıdır (Wang vd., 2025; WHO, 2013).

Bilgi Sistemleri: GETAT kanıtlarının ve klinik veri toplama süreçlerinin (ICD-11 kodlaması gibi standartlarla) rutin sağlık bilgi sistemlerine entegre edilip edilmediği saptanmalı ve bu entegrasyonu sağlayacak politikalar geliştirilmelidir (WHO, 2025b).

Finansman ve Yönetişim: Sağlık sisteminin finansman ve yönetim kapasitesi değerlendirilirken yasal mevzuatın ve ulusal politikaların yeterliliği incelenmelidir. Sağlıkta hakkaniyetin sağlanması ve hastaların finansal zorluk yaşamaması amacıyla GETAT hizmetlerinin ulusal sağlık sigortaları tarafından (tam veya kısmi) kapsanma durumu ile hastaların kendi ceplerinden yaptıkları ödemelerin oranının dikkate alınması önem arz etmektedir (Park ve Canaway, 2019; Wang vd., 2025; WHO, 2025a).

3. HİZMET SUNUMU VE KURUMSAL ENTEGRASYON MODELLERİ

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının modern sağlık sistemlerine entegrasyonu, stratejik planlama süreçlerinde kritik bir bileşen olarak ön plana çıkmaktadır. Literatürde entegrasyon yaklaşımları, üç ana sistem üzerinden sınıflandırılmakta olup bunlar bağımsız, bağımlı ve bütünleştirici sistemler olarak tanımlanmaktadır. Bu sistemlere karşılık gelen modeller birlikte var olma, benimseyici, işbirlikçi, ortak çalışmaya dayalı ve hasta merkezli bakım modelleridir (Lim vd., 2016).

3.1. Bağımsız Sistemler (Birlikte Var Olma / Paralel Modeller)

Bağımsız sistemler kapsamında yer alan birlikte var olma modeli, GETAT ile modern tıbbın birbirinden ayrışık ve minimum etkileşimle faaliyet gösterdiği paralel bir yapıdır (Lim vd., 2016). Bu modelde her iki sistem, kendi uzmanlık alanlarında bağımsız karar alma süreçlerine sahiptir bununla birlikte doktorlar ve GETAT uygulayıcıları ayrı eğitim almakta ve hizmetler fiziksel olarak aynı ortamda sunulsa bile işlevsel olarak bağımsız olmaktadır (Boon vd., 2004; Lim vd., 2016). Hasta, tedavi seçimini özgürce yapmakta ve sorumluluğunu üstlenmektedir. Modelin avantajı GETAT uygulayıcılarının modern tıbbın biyomedikal kalıplarına girmeden kendi felsefi bütünlüklerini ve otonomilerini koruyabilmesi ve hastanın kendi tedavi planını seçme özgürlüğüdür. Ancak modelin en büyük dezavantajı sağlık profesyonelleri arasında iletişim, kaynak paylaşımı ve iş birliği eksikliğidir (Lim vd., 2016). Bu durum, klinik karar verme süreçlerinde disiplinler arası iletişimin minimum seviyede kalmasına, hasta bakımında bütüncül yaklaşım ve koordinasyonun yetersiz olmasına yol açmaktadır (Boon vd., 2004). Ayrıca, hekimler ile GETAT uzmanları arasında bilgi akışının olmaması nedeniyle konvansiyonel ilaçlarla bitkisel ürünler arasındaki potansiyel etkileşimler gözden kaçabilmekte ve bu durumun hastanın güvenliği üzerinde ciddi riskler oluşturması mümkün olmaktadır (Lim vd., 2016; Templeman ve Robinson, 2011). Kültürel farklılıklar ve kavramsal çatışmalar nedeniyle disiplinler arasında güvensizlik yaşanması da diğer önemli dezavantajlar arasında yer almaktadır (Lim vd., 2016). Bu paralel yapının basitliği hızlı ve uzman odaklı müdahaleye olanak sağlasa da takım sinerjisinin oluşmasını ve ortak karar alma süreçlerinin gelişmesini engellemektedir (Boon vd., 2004).

3.2. Bağımlı Sistemler

Bağımlı sistemler, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının modern tıp otoritesi altında yer aldığı ve hekimin denetiminde hiyerarşik bir yapı içinde işlediği bir modeldir. Bu sistemde tamamlayıcı tıp uygulayıcıları sağlık ekibi içinde sınırlı bir bağımsızlığa sahiptir ve uygulamalarını hekimin onayıyla gerçekleştirmektedir. Hekim tedavi sürecinin merkezinde yer alırken tamamlayıcı yöntemler destekleyici bir rol üstlenmektedir. Bu model, hasta güvenliği ve yasal sorumluluk açısından avantajlar sunmakla birlikte bu modelde, tamamlayıcı tıbbın bütüncül yaklaşımının ve hasta merkezli bakım ilkelerinin tam anlamıyla benimsenmemesi durumu olabilmektedir. Ayrıca, uygulayıcılar arasında iş birliği ve karşılıklı saygı yerine hiyerarşik bir kontrol mekanizması ön plandadır. Bu nedenle tamamlayıcı tıp ile modern tıbbın entegrasyonunda bazı sınırlamalar ortaya çıkabilmektedir (Lim vd., 2016).

3.3. Bütünleyici Sistemler

Bütünleyici sistem işbirlikçi, ortak çalışmaya dayalı ve hasta merkezli bakım olmak üzere kendi içinde üç modele ayrılmaktadır (Lim vd., 2016). İşbirlikçi modelde farklı disiplinler arasında bilgi paylaşımı, ortak karar alma süreçleri ve takım çalışması ön plandadır. Ortak Çalışmaya Dayalı model ise daha entegre bir işleyişi ifade etmektedir. Bu modelde multidisipliner veya disiplinler arası ekipler halinde çalışılmakta, ortak hasta yönetimi ve tedavi planlaması yapılmaktadır. İletişim, ilişkiler ve davranışlar sistematik olarak organize edilmektedir. İşbirlikçi ve ortak çalışmaya dayalı modeller, multidisipliner takım yaklaşımıyla sağlık profesyonelleri arasında yapılandırılmış ve sürekli iletişim mekanizmalarının kurulduğu hizmet sunumu modelleridir. Hasta Merkezli Bakım modeli, tamamlayıcı ve alternatif tıp felsefesi ile hasta ihtiyaçlarını bütünleştiren hem bağımsız hem de bütünleştirici sistem özelliklerini taşıyan gelişmiş bir yaklaşımdır. Hastanın karar alma süreçlerine aktif katılımıyla bireyselleştirilmiş bakım sunmakta ve disiplinler arası ekip iş birliğini temel almaktadır. Modelde hasta, tedavinin merkezinde yer almakta ve özgürce bilgilendirilip sürece dahil edilmektedir. Modelin başarılı olması için profesyoneller arası iletişim ve güvene dayalı ilişkiler gerekmektedir.

Literatürde entegrasyon bağımsız, bağımlı ve bütünleştirici sistemler temelinde sınıflandırılmakla birlikte sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasına yönelik farklı modeller de yer almaktadır. Bu bağlamda Boon vd. (2004), entegrasyon sürecini tek bir sonuca ulaşan nihai bir durum olarak görmek yerine bir devamlılık çerçevesinde ele almıştır. Araştırmacılar, bu devamlılık üzerinde paralel modelden başlayarak danışmanlık, iş birlikçi, koordinasyon, çok disiplinli, disiplinler arası ve bütünleyici modele kadar uzanan yedi farklı ekip temelli sağlık hizmeti modelini tanımlamışlardır. İş birlikçi modelde, genellikle bağımsız çalışan sağlık profesyonelleri, belirli bir hastaya ilişkin bilgileri geçici ve duruma özgü olarak paylaşmakta ancak bu paylaşımlar formalize edilmemektedir. Buna karşın paralel modelde ise sağlık çalışanları aynı ortamda bağımsız biçimde görev yapmakta, iş birliği ve koordinasyon en düşük seviyede gerçekleşmekte ve hasta bakımı büyük ölçüde bireysel olarak yürütülmektedir. Danışmanlık modelinde bir profesyonel, başka bir uzmana danışmak üzere başvurmakta ve iletişim genellikle resmi yazılı geri bildirimler ya da yönlendirmeler şeklinde yapılmaktadır. Danışmanlık modelinde doğrudan ya da yüz yüze iletişim ise sınırlıdır. Koordinasyon modelinde takım üyeleri belirli bir hasta ya da tedavi süreci etrafında toplanmış olup iletişim

ve bilgi paylaşımı belli bir yönlendirme ve yapı altında gerçekleşmektedir. Bir koordinatör, hasta ve profesyoneller arasındaki bilgi akışından sorumludur. Çok disiplinli modelde lider tarafından yönetilen bir ekip, hastaya yönelik hizmetleri planlamaktadır. Takım üyeleri genellikle kendi kararlarını vermekte, ekip toplantıları sınırlı olmakta ve kararlar çoğunlukla bireysel katkılar üzerinden entegre edilmektedir. Disiplinler arası model ise çok disiplinli uygulamanın geliştirilmiş şeklidir. Bu modelde ekip üyeleri düzenli olarak toplanmakta, hastaya yönelik kararlar grup uzlaşması ile alınmakta ve roller arası bariyerler azalmaktadır. Bütünleyici model ise hem geleneksel tıp hem de tamamlayıcı/alternatif tıp yöntemlerinin disiplinler arası, hiyerarşiden arınmış ve hasta odaklı bir yaklaşımla iç içe geçtiği, hasta merkezli ve sinerjik karar alma süreçlerinin hâkim olduğu bir modeldir.

Literatürde Templeman ve Robinson (2011), tamamlayıcı ve alternatif tıbbın modern tıp ile entegrasyonunda başarıyı etkileyen temel faktörleri kanıta dayalı uygulamaların kullanımı, sağlık kurumlarında açık ve işbirlikçi bir kültürün varlığı, yüksek nitelikli uygulayıcıların bulunması, etkili iletişim ve karşılıklı saygı, sürdürülebilir altyapı, yöneticilerin açık fikirliliği ile eğitim programları olarak belirlemiştir. Entegrasyonun başarıyla sağlanabilmesi için bu unsurların bir arada yürütülmesi gerekmektedir. Templeman ve Robinson (2011) entegrasyona ilişkin iki ana model tanımlamıştır. Birincisi hem biyomedikal hem de deneyimsel kanıtlar temelinde modern tıp ile tamamlayıcı ve alternatif tıbbın uygulamalarının seçici ve eşitlikçi biçimde birleştirildiği hasta merkezli modeldir. İkincisi ise sadece bilimsel kanıtı güçlü olan tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının modern tıp içine sınırlı ve denetimli olarak dahil edildiği modeldir. Bu modeller, entegrasyonun biçimini ve güç dengelerini yansıtmaktadır.

Başarılı bir entegre tıp hizmeti için kurumlar arasında karşılıklı bilgi paylaşımı, güven, etkili iletişim ve iş birliği önem arz etmektedir. Ancak, farklı tıbbi yaklaşımlardan kaynaklanan bilgi ve kültür farklarının aşılması, eğitim programlarının uyumlaştırılması ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla standartların oluşturulması gerekmektedir. Literatürde özellikle hasta merkezli bakım modeli ve bütünleyici model hem tamamlayıcı alternatif tıp hem de modern tıbbın özgünlüklerini koruyarak etkili entegrasyonu mümkün kılan model olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle entegre tıp hizmetlerinin planlanmasında kurumsal entegrasyon modellerinin dikkatle değerlendirilmesi ve buna uygun yapıların oluşturulması hasta odaklılığını artırmak ve hizmetlerin etkinliği ile güvenliğini sağlamak için kritik öneme sahiptir.

4. KALİTE, GÜVENLİK VE PERFORMANS YÖNETİMİ

GETAT uygulamalarının ve ürünlerinin sağlık sistemlerine entegrasyonunda temel stratejik öncelik hizmetlerin kalitesinin, güvenliğinin ve performansının sistematik bir şekilde yönetilmesidir. DSÖ, tüm bireylerin güvenli, etkili ve kişi odaklı GETAT hizmetlerine erişimini vizyon olarak belirlemiştir (WHO, 2025a). Başarılı bir entegrasyon süreci, kaynakların mevcudiyeti ile bu uygulamaların daha geniş sağlık çerçevesine güvenli ve etkili bir şekilde katkıda bulunmasını sağlayacak titiz bir denetim ve standardizasyon ihtiyacının dengelenmesini gerektirmektedir (Wang vd., 2025). Yasal bir çerçevenin ve standartların olmaması durumunda hastalar merdiven altı ve ruhsatsız yerlere yönelmektedir. Bu durum toplum sağlığını ciddi şekilde riske atmaktadır (Akalin vd., 2023).

4.1. Kanıta Dayalı Politika Geliştirme ve Standartların Belirlenmesi

GETAT hizmetlerinin sağlık sistemlerine entegrasyonunda atılacak ilk adım politikaların ve standartların sağlam bir bilimsel temel üzerine inşa edilmesidir. GETAT ürün ve hizmetlerine yönelik politikalar belirlenirken karar vericiler tarafından bilimsel araştırma ve uygulamalardan elde edilen güncel, güvenilir ve etkin kanıtlar esas alınmalıdır. (WHO, 2025a). Bilimsel araştırma ve kanıt eksikliği, birçok ülkede GETAT'ın yaygın kullanımının önündeki en büyük engellerden biri olarak görülmektedir (Wang vd., 2025). Bu bağlamda politika geliştiricilerin ulusal kapasitelerine, önceliklerine ve mevzuatlarına uygun olarak GETAT'ın rolünü ve potansiyelini tanıyan, bilgiyi temel alan stratejik planlar oluşturmaları önem arz etmektedir (WHO, 2013). Örneğin, TÜSEB (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı) bünyesinde faaliyet gösteren GETAT Enstitüsü kanıta dayalı entegrasyonu sağlamak amacıyla disiplinler arası araştırma ve geliştirme faaliyetlerini desteklemektedir. Ayrıca, 2019 yılında yürürlüğe giren “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik” ile klinik araştırmalar, uygulama merkezleri ve araştırmacıların denetimi sağlanarak topluma güvenli ve etkili hizmet sunulması için önemli bir düzenleme getirilmiştir (Deniz vd., 2021). Bununla birlikte Türkiye’de 2014 yılında yürürlüğe giren “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” sınırları belirsiz bir alanın düzenlenmesi açısından olumlu bir adım olmuştur ancak GETAT'ın modern tıptan farklılaşan karakteristik özellikleri göz önüne alınarak bu uygulamalara özgü spesifik hukuki şartların ve standartların sürekli olarak geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca, halkı yanlış yönlendirebilen televizyon, sosyal medya ve gazete gibi medya kaynaklarındaki GETAT tanıtımlarına kısıtlamalar getirilmesi ve bu beyanların denetlenmesi politika geliştirmenin ayrılmaz bir parçası olmalıdır (Akalin vd., 2023).

Küresel standartlar ve normlar oluşturulurken karmaşık, bütüncül ve bireyselleştirilmiş GETAT yaklaşımlarını değerlendirebilecek kapsayıcı ve çok disiplinli araştırma yöntemlerinin (örneğin karmaşık sistem bilimi ve gerçek dünya verisi) kullanılması teşvik edilmektedir (WHO, 2023; WHO, 2025a). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Hizmetlerinde kanıta dayalı politika geliştirme ve standartların belirlenmesi ürünlerin güvenlik, kalite ve etkinlik açısından uygunluğunu sağlamak üzere ulusal ve uluslararası paydaşlarla iş birliği içinde normların oluşturulmasını gerektirmektedir. Düzenleyici karar alma süreçlerinde kanıta dayalı, kapsayıcı yaklaşımlar benimsenmeli ve risk temelli değerlendirmeler yapılmalıdır. Ayrıca, nesli tehlike altında olan türlerin kullanımına yönelik sıkı düzenlemeler uygulanmalı ve sürdürülebilir alternatiflerin geliştirilmesi teşvik edilmelidir. Üretimden bertarafa kadar tüm süreçlerde sürdürülebilir uygulamalar desteklenirken uluslararası düzenleyici iş birlikleri ile standartların uyumlaştırılması ve politika etkinliğinin artırılması hedeflenmelidir. Bu çerçevede, halk sağlığının korunmasını sağlamakla birlikte Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp ürünlerinin güvenilirliğini ve kabulünü de artırmaktadır (WHO, 2025a).

4.2. Hasta Güvenliği ve Risk Yönetimi Yaklaşımları

Tıbbın önce zarar verme ilkesi ile hasta güvenliği, GETAT ürünlerinin, uygulamalarının ve hizmetlerinin sunumunda da temel bir bileşendir (WHO, 2023). Halk sağlığını yetersiz, standart dışı veya güvensiz uygulamalardan korumak için uygun düzenleyici mekanizmaların ve risk yönetimi yaklaşımlarının stratejik olarak planlanması gerekmektedir (WHO, 2025a).

GETAT alanında karşılaşılan temel riskler arasında kalitesiz veya tağşiş edilmiş ürünlerin kullanımı, yetkinliği olmayan uygulayıcılar, modern tıbbi teşhis ve tedavide yanlışlık ve gecikmeler ile ürünler arası istenmeyen yan etkiler/etkileşimler yer almaktadır (WHO, 2013; Taycan, 2020). Bu riskleri en aza indirmek için riske dayalı bir düzenleyici yaklaşım benimsenmeli ve bu yaklaşım, kalite kontrol, standartlar ve katılımcı mekanizmalarla desteklenmelidir. Tıbbi amaçlı kullanımlarda ise ulusal gerekliliklere uygun en yüksek bilimsel ve düzenleyici standartlar sağlanarak güvenlik ve etkinlik güvence altına alınmalıdır (WHO, 2025a). Bununla birlikte bu riskleri azaltmak için stratejik olarak hastalara gereksiz umut verilmesini önlemek ve olası komplikasyonları net bir şekilde aktarmak amacıyla GETAT'a özel “Bilgilendirme ve Rıza Formları” kullanılmalı, standart tedavinin aksamaması için hastayı takip eden hekimden “uygunluk belgesi” alınması zorunlu kılınmalı ve yasa dışı merdiven altı uygulamaların önüne geçebilmek adına denetimler sıkılaştırılarak cezai yaptırımlar çok daha caydırıcı hale getirilmelidir (Akalin vd., 2023). Özellikle bitkisel ürünler ve geleneksel ilaçlar için farmakovijilans (yan etki izleme) sistemlerinin kurulması ve iyileştirilmesi, risk yönetimi için önemli adımlardan biridir (Wang vd., 2025).

4.3. İnsan Kaynakları Planlaması ve Akreditasyon

GETAT hizmetlerinde kalitenin güvence altına alınması, insan kaynaklarının doğru planlanması, eğitilmesi ve akredite edilmesi ile doğrudan ilişkilidir. Uygulayıcıların yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalarını sağlamak amacıyla eğitim programları, sertifikasyon ve lisanslama gereklilikleri için standartlar belirlenmesi zorunludur (WHO, 2025a). Türkiye'deki mevzuatta da belirtildiği üzere uygulamaları gerçekleştirecek tabip ve diş tabiplerinin Bakanlıkça yetkilendirilmiş sertifikalara sahip olmaları zorunludur. Ayrıca, bu uygulamalarda görev alacak diğer sağlık personeli, sertifikalı tabiplerin gözetimi altında çalışarak kalite standartlarının korunmasına katkı sağlamaktadır. İnsan kaynaklarının niteliğini artırmak amacıyla sertifikalı eğitimler Bakanlıkça yetkilendirilmiş merkezlerde verilmekte ve bu eğitimler sayesinde personelin yetkinliği sürekli geliştirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Dünya genelinde GETAT eğitimleri ve yeterlilikleri büyük farklılıklar göstermektedir. Bazı ülkelerde (örneğin Hindistan, Çin) üniversite düzeyinde resmi eğitim sistemleri bulunurken bazı bölgelerde bilgi nesilden nesile sözlü olarak aktarılmaktadır (WHO, 2013). Stratejik insan kaynakları planlaması, bu çeşitliliği göz önünde bulundurarak uygulayıcıların niteliklerini, yetkinliklerini ve etik davranışlarını standardize edecek yasal çerçeveler geliştirmelidir (WHO, 2025a). Ayrıca, GETAT uygulayıcıları için kanıta dayalı müfredat standartlarının desteklenmesi ve teşvik edilmesi gerekmektedir (WHO, 2023).

Modern tıp hekimleri ile GETAT uygulayıcıları arasındaki iletişimsizlik ve sağlık sistemlerindeki rekabetçi yapı, entegrasyon çabalarını sekteye uğratabilmektedir (Wang vd., 2025). Etkili bir hasta odaklı bakım modeli için tıp eğitiminde reform yapılarak GETAT konularının tıp fakültesi müfredatlarına dahil edilmesi, profesyoneller arası bilgi alışverişi, iletişim, güven ve iş birliğinin geliştirilmesi stratejik olarak oldukça önem arz etmektedir (Lim vd., 2016; Wang vd., 2025). Bu akademik entegrasyonun dünyadaki en başarılı örneklerinden biri Küba'da görülmektedir. Küba'daki tıp fakültelerinde tamamlayıcı tedaviler 1994 yılından itibaren ulusal müfredata dâhil edilmiş olup her tıp öğrencisi eğitim süresince akupunktur,

homeopati ve bitkisel tıp gibi doğal tıp alanlarında zorunlu rotasyon yapmaktadır (Rhae ve Garcia, 2019). Bununla birlikte sağlık personeli verilerinin düzenli olarak toplanması ve analiz edilmesi, gelecekteki insan kaynakları ihtiyaçlarının planlanması ve hesap verebilirliğin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır (WHO, 2025a).

4.4. İzleme, Değerlendirme ve Veri Yönetimi

Başarılı bir sağlık hizmeti yönetiminin temelinde veri odaklı izleme ve değerlendirme yer almaktadır. DSÖ tarafından geliştirilen ve 11. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11) içerisine eklenen Geleneksel Tıp Modülü ulusal sağlık bilgi sistemlerinde entegrasyon için stratejik bir adım teşkil etmektedir. Bu standart kodlama sistemi, geleneksel tıp uygulamalarının kullanım desenlerinin detaylı analiz edilmesini, klinik sonuçların objektif ölçülmesini ve uluslararası düzeyde epidemiyolojik karşılaştırmalar yapılmasına da olanak tanımaktadır (WHO, 2025b). GETAT hizmetlerine ait klinik ve demografik veriler, DSÖ ICD-11 standartları doğrultusunda rutin sağlık bilgi sistemlerine entegre edilmelidir. Standart göstergelerle kullanım, güvenlik ve etkinlik düzenli olarak izlenmeli, ulusal ve uluslararası düzeyde karşılaştırmalar yapılabilir.

5. FİNANSMAN VE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

GETAT hizmetlerinin modern sağlık sistemlerine entegrasyonu yalnızca tıbbi veya yasal düzenlemelerle sınırlı olmayan aynı zamanda ekonomik planlama, kurumsal yapılanma, biyoçeşitlilik ve küresel stratejilerle uyumlu bir vizyonu da gerektiren çok boyutlu bir süreçtir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2026). Bu bağlamda finansman güvencesi, çevresel duyarlılık ve uluslararası standartlara dayalı bir gelecek vizyonu oluşturmak sistemin sürdürülebilirliği için temel teşkil etmektedir.

5.1. Finansman Stratejileri ve Geri Ödeme Sistemleri

GETAT uygulamalarının finansman stratejileri, ulusal sağlık sigortası kapsamına dahil edilerek sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği artırmakta ve hastaların finansal güçlükler yaşamadan ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alabilmelerine olanak sağlayarak evrensel sağlık kapsayıcılığı hedeflerine ulaşmada kritik bir rol oynamaktadır (Park ve Canaway, 2019). Günümüzde hastalar, GETAT hizmetlerine kendi ceplerinden yılda milyarlarca dolar harcama yapmaktadır (MacLennan vd., 2002). GETAT hizmetlerine erişimde hastaların cepten yüksek ödemeler yapması önemli bir engel oluşturmaktadır. DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi (2014-2023), GETAT uygulamalarının evrensel sağlık sigortası kapsamında entegrasyonunun hastaların finansal yükünü azaltarak sağlık hizmetlerine eşit ve adil erişim sağlamada kritik rol oynayacağını vurgulamaktadır. Ayrıca, uygun bir geri ödeme modelinin geliştirilmesi, GETAT hizmetlerinin sağlık sistemine etkin biçimde dahil edilmesi ve bu alandaki iş birliğinin artırılması için gereklidir (Park ve Canaway, 2019; WHO, 2013).

DSÖ verilerine göre 43 üye ülke GETAT hizmetlerini (örneğin akupunktur, bitkisel tıp, osteopati ve kayropraksi) tam veya kısmi olarak kamu ya da özel sağlık sigortası kapsamına almıştır (WHO, 2025b). Örneğin Çin ve Güney Kore gibi ülkeler, GETAT hizmetlerini ulusal sağlık sigortası sistemlerine entegre ederek hastaların cepten ödemelerini önemli ölçüde azaltmış ve tedaviye hakkaniyetli erişimi artırmıştır (Park ve Canaway, 2019). Benzer şekilde

Japonya'da modern tıp sistemine entegre edilen geleneksel “Kampo” tıbbi ulusal sağlık sigortası aracılığıyla geri ödeme kapsamındadır (WHO, 2013).

Finansman stratejileri belirlenirken ve geri ödeme kararları alınırken Maliyet-Etkililik Analizi (MEA) ve Maliyet-Fayda Analizi (MFA) gibi ekonomik değerlendirmeler büyük önem taşımaktadır. Yapılan ekonomik araştırmalar, migren tedavisinde akupunktur, boyun ağrılarında manuel terapi, Parkinson hastalığında kaplıca (spa) tedavisi, alt gastrointestinal sistem cerrahilerinde operasyon öncesi ve sonrası beslenme takviyeleri ile fonksiyonel bağırsak bozukluklarında biofeedback gibi GETAT uygulamalarının geleneksel standart bakıma kıyasla daha maliyet-etkin ve klinik olarak faydalı olabileceğini göstermektedir (Herman vd., 2005). Sürdürülebilir finansman mekanizmaları kurularak kanıta dayalı, güvenli ve etkili GETAT hizmetlerinin “temel sağlık hizmetleri paketlerine” ve ulusal sigorta geri ödeme sistemlerine dâhil edilmesi stratejik bir öncelik olmalıdır (WHO, 2025a, WHO, 2025b).

5.2. Çevresel Sürdürülebilirlik ve “Tek Sağlık”

Sağlık hizmetlerinin doğal kaynakları tüketmeden ve çevresel sürdürülebilirliği bilinçli bir şekilde destekleyerek verilmesi giderek önem kazanmaktadır. GETAT hizmetleri, kökenleri itibarıyla büyük oranda bitkisel, hayvansal ve mineral kaynaklara dayanmakta olup bu bağlamda biyoçeşitliliğin korunması sistemin vazgeçilmez bir unsuru olarak kabul edilmektedir. İnsan, hayvan ve ekosistem sağlığını birbirinden ayıramaz bir bütün olarak gören ve bu alanların sürdürülebilir dengesini amaçlayan “Tek Sağlık” yaklaşımı, GETAT hizmetlerinin çevresel sürdürülebilirlik bağlamındaki stratejik planlamasında kritik bir kavramsal çerçeve sunmaktadır (WHO, 2025a; Baars vd., 2025).

2023 yılında gerçekleştirilen DSÖ Geleneksel Tıp Küresel Zirvesi sonucunda yayımlanan Gujarat Bildirgesi, GETAT ve yerli bilgi sistemlerinin yaşam boyu gezegen sağlığını ve insanların esenliğini Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarının ilkeleriyle uyumlu olarak desteklemesi gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2023). Artan taleple birlikte nesli tehlike altındaki türlerin tıbbi ürünler amacıyla kullanımının kısıtlanması, biyoçeşitliliğin korunması ve genetik kaynakların sürdürülebilir kullanımı için Nesli Tehlike Altında Olan Yabani Hayvan ve Bitki Türlerinin Uluslararası Ticaretine İlişkin Sözleşme ve Biyolojik Çeşitlilik Sözleşmesi gibi uluslararası anlaşmalara katı bir şekilde uyum sağlanması gerekmektedir (WHO, 2025a, WHO, 2025b).

6. GETAT HİZMETLERİNDE GELECEK PERSPEKTİFİ: KÜRESEL STRATEJİLER VE ULUSAL VİZYON

Küresel sağlık sistemlerinde geleneksel, tamamlayıcı ve bütünleştirici tıp uygulamalarının giderek artan önemi DSÖ tarafından 2025-2034 dönemi için hazırlanan “Küresel Geleneksel Tıp Stratejisi” ile net bir şekilde ortaya konmuştur. Bu strateji, ülkelerin GETAT hizmetlerini daha güvenli, etkili ve kanıta dayalı şekilde entegre etmelerine rehberlik etmektedir. Stratejinin temel vizyonu, tüm bireylerin sağlığı ve refahı için erişilebilir, halk merkezli ve kültürel açıdan duyarlı GETAT hizmetlerine evrensel erişimin sağlanmasıdır (WHO, 2025a). Türkiye, bu küresel strateji doğrultusunda geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının sağlık sistemine entegrasyonunu ‘Tek Tıp’ vizyonu kapsamında ele almakta ve bilimsel temeller ışığında, güvenli ve etkili GETAT hizmetlerine erişimi artırmayı

hedeflemektedir. Ulusal stratejik yol haritası, toplum sağlığı ve refahına öncelik vererek klinik mükemmeliyet, eğitim ve sertifikasyon standartlarının güçlendirilmesi, dijital sağlık altyapısının entegrasyonu ve kırsal ile dezavantajlı bölgelerde hizmet erişiminin iyileştirilmesi alanlarında somut politika ve uygulamalarla küresel hedeflerle uyumlu bir yaklaşım ortaya koymaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2026).

6.1. Uluslararası Stratejik Yol Haritası ve Küresel Hedefler

DSÖ'nün 2025-2034 dönemini kapsayan geleneksel tıp stratejisi, GETAT alanında kapsamlı ve çok boyutlu hedefler belirleyerek küresel sağlık politikalarına yön vermektedir (WHO, 2025a). Strateji, dört ana stratejik hedef etrafında şekillenmektedir:

Kanıt Tabanının Güçlendirilmesi: GETAT uygulamalarının güvenilirliği ve etkinliği, yüksek kalitede araştırmalarla desteklenmelidir. Bu strateji, araştırmalara ayrılan kaynakların artırılması, teknolojik yeniliklerin ve uygun araştırma metodolojilerinin kullanılması yoluyla bilimsel kanıt üretimini teşvik etmektedir. Bu durum, halk sağlığının en üst standartlara ulaşmasında belirleyicidir.

Güvenli ve Etkili GETAT Hizmetlerinin Sağlanması için Düzenleyici Mekanizmaların Desteklenmesi: Bu strateji, GETAT ürünlerinin sürdürülebilir üretimi ve arzının yanı sıra uygulamalar ve uygulayıcılar için uygun regülasyonların geliştirilmesini savunmaktadır. Bu sayede hizmetlerin kalite, güvenlik ve etkinlik standartlarına uygunluğu sağlanacaktır.

GETAT Hizmetlerinin Sağlık Sistemlerine Entegrasyonu: Halk sağlığı hizmetlerinde GETAT uygulamalarının uygun şekilde entegre edilmesi teşvik edilmektedir. Bu strateji, GETAT'ın özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri ile sağlık sistemleri içinde yer almasını ve farklı sağlık hizmetleriyle koordineli bir biçimde sunulmasını amaçlamaktadır. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını ve etkinliğini artırmaktadır.

GETAT'ın Çok Sektörlü Değerinin Optimizasyonu ve Toplumların Güçlendirilmesi: Bu strateji, geleneksel tıp bilgisinin korunması, erişimi ve adil fayda paylaşımını içeren kapsayıcı modeller geliştirmeyi hedeflemektedir. Ayrıca, sürdürülebilir kalkınma hedefleri ve “Tek Sağlık” anlayışı doğrultusunda farklı sektörlerle iş birliğini vurgulamaktadır.

Bu stratejik hedefler doğrultusunda DSÖ, üye devletlerin ulusal düzeyde stratejik planlar oluşturmalarına ve GETAT hizmetlerinin güvenli, etkili ve kültürel olarak uygun bir şekilde sağlık sistemlerine entegre edilmesine destek vermektedir. Strateji aynı zamanda sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesine de vurgu yaparak GETAT uygulamalarının ayrımcılık olmaksızın erişilebilir olmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Sonuç olarak DSÖ'nün 2025-2034 Küresel Geleneksel Tıp Stratejisi, GETAT hizmetlerinin gelecekte sağlık sistemleri içinde sistematik, bilimsel temelli ve toplum odaklı bir şekilde konumlandırılmasına zemin hazırlamakta ve ülkelerin bu alandaki vizyonlarını şekillendirmede önemli bir referans olmaktadır.

6.2. Ulusal GETAT Stratejisi: Türkiye'nin Vizyonu ve Stratejik Yol Haritası

Türkiye, “Tek Tıp” vizyonu kapsamında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını sağlık sistemine entegre etmek üzere kapsamlı stratejik adımlar atmaktadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinasyonunda yürütülen çalışmalar, GETAT'ın

bilimsel temellere dayalı, güvenli ve etkili sunumunu amaçlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2026).

2025–2034 dönemini kapsayan ulusal stratejik yol haritası, toplum sağlığı ve refahını ön planda tutan bir yaklaşımı benimsediğini göstermektedir. Bu stratejide,

- Toplumun geniş kesimlerine eşit erişim,
- Klinik mükemmeliyet ve hizmet kalitesi,
- Tamamlayıcı tıp uygulamalarının bilimsel standartlara dayandırılması,
- Sürdürülebilirlik ve yenilikçi hizmet modelleri temel öncelikler olarak öne çıkmaktadır.

Politika geliştirmede eğitim, mevzuat, etik standartlar ve toplum katılımı gibi çok boyutlu yaklaşımlar benimsenmiş ve kırsal, dezavantajlı bölgelerde erişimin artırılması sosyal adaletin sağlanması açısından stratejik öncelik olarak belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, uygulayıcıların eğitim ve sertifikasyon süreçlerinin standartlaştırılması, kullanılan teknolojilerin entegre edilmesi ve dijital sağlık altyapısının geliştirilmesi ulusal stratejinin önemli parçalarıdır. Böylelikle GETAT uygulamaları, sağlık sisteminin sürdürülebilir ve kapsayıcı parçası haline getirilmektedir. Sonuç olarak Türkiye'nin ulusal GETAT stratejisi, küresel eğilimlerle uyumlu bir şekilde, bilimsel kanıtlar ışığında, hasta güvenliği ve toplumsal faydayı gözeterek bütüncül bir sağlık yaklaşımını hedeflemektedir.

7. SONUÇ

Bu bölümde, GETAT hizmetlerinde stratejik planlamanın temel bileşenleri detaylı bir şekilde incelenmiştir. Stratejik planlamanın ilk aşamasında toplumun demografik yapısı, kronik hastalık yükü ve hastaların biyopsikososyal beklentileri dikkate alınarak ihtiyaç değerlendirmesi yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Kurumların sağlık sistemindeki konumlarının net bir şekilde tanımlanması ve “Tek Tıp” felsefesine uyum süreçlerinin stratejik planlamada kritik olduğu ortaya konmuştur.

Hizmet sunum modelleri kapsamında bağımsız, bağımlı ve bütünleyici entegrasyon sistemlerinin avantaj ve dezavantajları değerlendirilmiştir. GETAT ve modern tıbbın birbirinden kopuk çalıştığı bağımsız sistemler ile hekimin mutlak kontrolünde olan bağımlı sistemler, iletişim eksikliği ve hiyerarşik yapıları nedeniyle hasta güvenliği açısından çeşitli dezavantajlar barındırmaktadır. Bu zorlukları aşmak için disiplinler arası takım çalışmasını ve hastanın aktif katılımını merkeze alan bütünleyici sistemler ile hasta odaklı bakım modellerinin GETAT hizmetlerinin etkin entegrasyonunda önemli roller üstlendiği belirtilmiştir.

Kalite ve hasta güvenliği yönetimi konuları DSÖ hedefleri doğrultusunda ele alınmıştır. Kanıta dayalı politika geliştirme, standardizasyon, risk yönetimi, insan kaynakları planlaması, uygulayıcıların sertifikasyon süreçlerinden geçirilmesi ve farmakovijilans (yan etki izleme) sistemlerinin kurulmasının stratejik plandaki önemi vurgulanmıştır. Ayrıca, klinik sonuçların objektif ölçümü için GETAT verilerinin ICD-11 modülü gibi standartlarla ulusal sağlık bilgi sistemlerine entegre edilmesinin stratejik önemi belirtilmiştir.

GETAT hizmetlerinin finansman modelleri, çevresel sürdürülebilirlik ve geleceğe yönelik vizyonu kapsamlı bir şekilde bu bölümde ele alınmıştır. Öncelikle hastaların cepten yaptığı yüksek harcamaların azaltılması için sağlık sigortası sistemlerinde GETAT

hizmetlerinin etkin entegrasyonunun kritik olduğu vurgulanmıştır. Bu noktada, maliyet-etkililik analizlerine dayanan geri ödeme stratejilerinin oluşturulmasının önemine dikkat çekilmiştir. Bunun yanı sıra, doğal kaynakların sürdürülebilir kullanımı ve biyoçeşitliliğin korunması gerekliliği “Tek Sağlık” yaklaşımı çerçevesinde ortaya konmuş, çevresel ve ekosistem sağlığı ile insan sağlığı arasındaki güçlü bağın GETAT stratejilerine entegre edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca, küresel ve ulusal standartların uyumlaştırılmasıyla hem toplum sağlığının korunması hem de geleneksel tıp ürünlerinin güvenilirliğinin artırılması hedeflenmektedir. Son olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün 2025-2034 Küresel Geleneksel Tıp Stratejisi ile Türkiye'nin ulusal “Tek Tıp” vizyonunun uyum içinde olduğu, bu stratejik çerçevenin GETAT hizmetlerinin bilimsel temellere dayalı, güvenli, erişilebilir ve kapsayıcı bir şekilde sağlık sistemlerine entegre edilmesinde yol gösterici olduğu ortaya konmuştur.

Sonuç olarak sağlık yöneticileri ve politika yapıcılarının toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde GETAT hizmetlerini planlaması, düzenlemesi ve denetlemesi büyük önem taşımaktadır. Böylelikle halk sağlığının korunması ve iyileştirilmesi adına güvenli, etkin ve sürdürülebilir geleneksel ve tamamlayıcı tıp hizmetlerinin yaygınlaşması mümkün olacaktır.

KAYNAKÇA

- Akalın, B., İrban, A., & Özargun, G. (2023). Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının mevcut standartları ve iyileştirme önerileri. *Journal of Health Pro Research*, 5(1), 49-69
- Baars, E. W., Weiermayer, P., Szóke, H. P., & van der Werf, E. T. (2025). The introduction of the Global Traditional, Complementary, and Integrative Healthcare (TCIH) research agenda on antimicrobial resistance and its added value to the WHO and the WHO/FAO/UNEP/WOAH 2023 research agendas on antimicrobial resistance. *Antibiotics*, 14(1), 102.
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., & Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Services Research*, 4(1), 15.
- Czerska, I., & Skweres-Kuchta, M. (2021). Integrative medicine as a new treatment model and the future of health care systems in the world in the context of rare diseases. *European Research Studies Journal*, 24(2B), 800-809.
- Deniz, D., Sevimli, E., & Ünlü, T. N. (2021). Geleneksel/tamamlayıcı tıp girişimlerine ve stratejilerine yönelik genel bir bakış. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(1), 85-89.
- Herman, P. M., Craig, B. M., & Caspi, O. (2005). Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 5, 11
- Lim, E. J., Vardy, J. L., Oh, B. S., & Dhillon, H. M. (2016). A scoping review on models of integrative medicine: What is known from the existing literature?. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(1), 1-10.
- MacLennan, A. H., Wilson, D. H., & Taylor, A. W. (2002). The escalating cost and prevalence of alternative medicine. *Preventive Medicine*, 35(2), 166-173.

- Mortada, E. M. (2024). Evidence-based complementary and alternative medicine in current medical practice. *Cureus*, 16(1), e52041.
- Park, Y. L., & Canaway, R. (2019). Integrating traditional and complementary medicine with national healthcare systems for universal health coverage in Asia and the Western Pacific. *Health Systems & Reform*, 5(1), 24-31.
- Patterson, C., & Arthur, H. M. (2009). A model for implementing integrative practice in health care agencies. *Journal of Holistic Nursing*, 24(3), 212-219.
- Rhae, C. A. ve Garcia, M. A. J. (2019). Natural and traditional medicine in Cuba: Achievements and challenges. *INFODIR*, 15(28), 147–149.
- Şahan, D., & İlhan, M. N. (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve halk sağlığı açısından değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 12-19.
- Şahin, S. (2017). Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamalarına genel bir bakış. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(4), 159-162.
- Taycan, O. (2020). Psikiyatrik hastalıklarda fitoterapi. *Geleneksel ve tamamlayıcı tıp YÜGETAT bülteni* (2. baskı, s. 29-34)
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2026). “*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Dünyü, Bugünü ve Yarını*” Uluslararası Çalıştay Sonuç Raporu (Kongre Tarihi: 3-5 Ekim 2025).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*. Resmî Gazete (Sayı: 29362). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20164&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Templeman, K., & Robinson, A. (2011). Integrative medicine models in contemporary primary health care. *Complementary Therapies in Medicine*, 19(2), 84-92.
- The University of Arizona Global Campus. (2026, 22 Şubat). *What strategic planning in health care means for you*. <https://www.uagc.edu/blog/what-strategic-planning-health-care>
- Wang, M., Liu, Z., Sun, Y., Zhang, Y., Ghaffar, A., & Ren, M. (2025). Integration of traditional and complementary medicine into primary health care systems: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 103, 675–684.
- Wong, Y. M. A., Ahn, S., Bana, A., Dua, P. K., Eggers, R., Kuruvilla, S., Li, Y., Liu, Q., Shen, Y., & Kim, S. (2025). Policy implications of WHO's Global traditional medicine strategy 2025-2034. *Bulletin of the World Health Organization*, 103(10), 715–721.
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business----strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes>
- World Health Organization. (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014–2023*. <https://iris.who.int/handle/10665/92455>

- World Health Organization (2023). *WHO traditional medicine global summit 2023: Meeting recommendations - Gujarat declaration*. Cenevre: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/B09409>
- World Health Organization. (2025a). *Global traditional medicine strategy 2025–2034*.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf37a4ad-4d27-4244-a7ee-001de39841ee/content>
- World Health Organization. (2025b). *WHO Traditional Medicine Global Summit 2023: Meeting recommendation - Gujarat Declaration*.
<https://www.who.int/publications/i/item/B09409>



**TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE
GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP
(GETAT)**

Yönetim, Politika ve Gelecek Vizyonu

yaz
yayınları

YAZ Yayınları
M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar / AFYONKARAHİSAR
Tel : (0 531) 880 92 99
yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com

ISBN: 978-625-8996-27-2



9 786258 996272