

# KANITA DAYALI SAĞLIK POLİTİKALARI

## Evidence-Based Health Policies

Nurdan ORAL KARA\* - Dilek ŞAHİN\*

### Öz

Sağlık politikalarında kararları gerekçelendirmenin yolu kanıta dayalı karar verme ile mümkündür. Bu bağlamda kanıta dayalı tıp uygulamalarının hasta düzeyinde, kanıta dayalı sağlık politikası uygulamalarının ise toplum düzeyinde olduğu bilinmektedir. Kanıta dayalı karar verme sürecinde bilgi ve kanıtlara ulaşma yolları ile kanıtları kullanma yollarının bilinmesi önemlidir. Bu seçenekler, en uygun kanıt kaynaklarına ulaşmak için uluslararası arenada halen tartışılmaktadır. Kanıta dayalı politika oluşturma süreci Türkiye'de henüz yeni bir kavram olmakla birlikte sağlık alanında önemli gelişmelerin olduğu görülmektedir. Bu çalışmada kanıta dayalı sağlık politikası kavramsal olarak tartışılmaktadır. Bu kapsamda sağlık politikaları ve kanıta dayalı sağlık politikaları, bilgi ve kanıt kaynakları, kanıta dayalı sağlık politikalarının uygulanma süreci, kanıta dayalı tıp ve sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi ve son olarak Türkiye'deki kanıta dayalı sağlık politikası uygulamaları ele alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Politikası, Kanıta Dayalı Sağlık Politikası, Kanıta Dayalı Tıp, Kanıta Dayalı Karar Verme

### ABSTRACT

The way to justify decisions in health policies is possible with evidence-based decision-making. In this context, it is known that evidence-based medicine practices are at the patient level, and evidence-based health policy practices are at the community level. It is important to know the ways of accessing information and evidence and ways of using evidence in the process of evidence-based decision-making. These options are still being discussed in the international arena to reach the most appropriate sources of evidence. Although the evidence-based policy-making process is still a new concept in Turkey, it is seen that there are important developments in the field of health. In this study, evidence-based health policy is conceptually discussed. In this context, health policies and evidence-based health policies, sources of information and evidence, the implementation process of evidence-based health policies, evaluation of evidence-based medicine and health technology, and finally, evidence-based health policy practices in Turkey are included.

**Keywords:** Health Policy, Evidence-Based Health Policy, Evidence-Based Medicine, Evidence-Based Decision Making

\* Dr. Öğr. Üyesi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nokara@mehmetakif.edu.tr, ORCID: 0000-0002-6945-0865.

\*\* Dr. Öğr. Üyesi, Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, dileksahin@duzce.edu.tr, ORCID: 0000-0003-0865-7763.

# 1. GİRİŞ

Sağlık politikalarına karar verenler hastalıkların, demografik yapının, göçlerin, ekonomik krizlerin yaşandığı sürekli değişen bir ortamda, hızlı ve doğru karar verme baskısı altındadır. Bu doğrultuda en kritik sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, etkin ve verimli sağlık hizmeti sunumu, ülkelerin sağlık sistemlerini nasıl finanse edecekleri ve sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel sektörün dağılımının nasıl yapılacağı ile ilgili doğru, güvenilir ve zamanında elde edilebilir bilgi kaynakları başarılı kararlar ve bu kararların dayanağını ortaya koymak için hayati önem taşımaktadır (Beylik ve Orhan, 2018).

Son yıllarda bilgiye ulaşma yolları ve erişilebilirliğinde önemli bir artış yaşanmıştır. Kararlar, örtük olandan açık karar verme yöntemlerine doğru kayarak daha şeffaf hale gelmiştir. Bu noktada kanıta dayalı karar verme, gerekçelendirilmiş kararlar alma beklentisini karşılamanın bir yolu olarak ortaya çıkmıştır (Dobrow vd., 2004). Politika seçimleri yapmak için kanıta dayalı sağlık politikası (KDSP) net bir çerçeveye sahip olmada rasyonel bir yaklaşım için ön koşul olmuştur (Baicker ve Chandra, 2017). Kanıta dayalı sağlık politikası genel olarak “sağlık politikacılarının topluma sunacağı sağlık hizmetini akılcı ve sağlam kanıtlara dayanarak amaç, yöntem ve içerik olarak düzenlemesi, alternatifler arasından güncel veriler ışığı altında karar vermesi ve açıklaması” olarak tanımlanmaktadır (Bayın ve Akbulut, 2012).

Bu çalışma kapsamında

1. Sağlık politikası ve kanıta dayalı sağlık politikası nedir?
2. Kanıta dayalı sağlık politikasında bilgi kaynakları nelerdir?
3. Kanıta dayalı sağlık politikasının uygulama adımları nelerdir?
4. Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinin kanıta dayalı sağlık politikasındaki yeri nedir?
5. Türkiye’de Kanıta Dayalı Sağlık Politikası Uygulamaları ile ilgili çalışmalar nelerdir? sorularına yanıt aranmıştır.

## 2. SAĞLIK POLİTİKALARI VE KANITA DAYALI SAĞLIK POLİTİKALARI KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve organizasyonu ile ilgilidir. Devlet, bir ülkenin sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımlar hakkında kararlar almaktadır. Politika yapımcılar, genellikle finansmanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin organizasyonu hakkında da kararlar almaktadır. Politika en genel ifade ile bir

aktör ya da aktör grubu tarafından amaçları ve bu amaçlara ulaşabilecek araçları belirlemek üzere alınan kararlardır. Sağlık politikası ise sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili uygulamaya dair strateji ya da yaklaşımları oluşturan birbirleri ile ilişkili kararlar ağıdır (Ertürk Arabey, 2018). Politika yapıcılar bir veya daha fazla hedefi yerine getirirken birtakım değişikliklere neden olabilmektedir. Bunlar;

- Gücü dağıtmak,
- Karar alma sürecine daha fazla insanı dahil etmek,
- Maliyet kontrolünü teşvik etmek,
- İdari personel sayısını azaltmak,
- Maliyetleri düşürmek ve kaliteyi artırmak için rekabeti teşvik etmek gibi organizasyonel değişiklikleri başlatılabilirler (Gray, 2001).

Sağlık politikası, sağlık hizmetlerinde finansal, yönetsel ve organizasyonel değişimleri içermektedir. Bu değişimler ile bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıkları iyileştirilerek toplum sağlığının geliştirilmesi amaçlanmaktadır (Gray, 2001). Etkili sağlık hizmetleri ile bir hastalığın yaygınlığını önlemek veya azaltmak (tedavi ederek) veya hastalığın neden olduğu sakatlığı en aza indirerek yükünü hafifletmek mümkündür (Ünüvar vd., 2006).

Son yıllarda, kaynakların kıtlığı ile sınırsız istek ve ihtiyaçlar arasındaki klasik ekonomik ikilemin yanında, kaynakların tahsisindeki zorluklar, dağıtım ve öncelik belirleme gibi sorunlar da daha fazla görülmektedir (Dobrow vd., 2004). Bu durumun temel nedenleri arasında nüfusun yaşlanması, yeni teknoloji ve bilgilerin ortaya çıkması, hastaların ve sağlık profesyonellerin beklentileri ve bu doğrultuda sağlık hizmetine olan talebin ve beklentilerin artışı bulunmaktadır (Frankel vd.; 2000). Bu sorunlara yanıt olarak, politika yapıcılar her düzeyde ve her alanda kararlarının açıkça gerekçelendirilmesine yönelik artan bir talep ile karşılaşmaktadır. Kanıtı dayalı karar verme ihtiyacı bu talebi karşılamanın yolu olarak önerilmiştir. Dolayısı ile kararlar örtük olandan açık karar verme yöntemlerine doğru kayarak giderek daha şeffaf hale gelmektedir (Coast, Donovan ve Frankel, 1996).

Kanıtı dayalı karar verme, kararların gerekçelendirilmesine odaklanmaktadır. Nüfusun geneli söz konusu olduğunda oluşturulan politikalarda karar verme daha belirsiz, değişken ve karmaşık hale gelmektedir (Dobrow vd., 2004). Halk sağlığı politikaları, karşılaştırılabilir yöntemlere dayalı sağlık sorunlarının boyutu ve olası eğilimleri hakkında bağımsız, nesnel bilgilere ve standart ölçüm birimlerine ihtiyaç duymaktadır. Bir sağlık sorununa ilişkin yetersiz bilgi, bir problemin önemsiz olduğu şeklinde dahi yorumlanabilir (Murray ve Lopez, 1996).

Kanıta dayalı politika düşüncesi 1960'larda ve 1970'lerde İngiltere ve Amerika'da, araştırmaya dayalı politika elde etmeye yönelik çabalar ile başlamıştır (Weiss 1977, 1980). Bu çabalar sonucu, bilim ve politika arasındaki ilişkiyi araştıran zengin bir akademik literatür ortaya çıkmış ve bu ilişkiyi açıklayan çeşitli teori ve modeller ortaya atılmıştır (Smith,2013). Bu modeller aşağıdaki tabloda kısaca özetlenmiştir.

**Tablo 1.** Bilim ve Politika İlişisini Açıklayan Modeller

1. Bilgi odaklı model	Yeni araştırma bulgularının (yani bilginin) politika geliştirmek için gerekli baskıyı sağladığı, bilgi odaklı bir model.
2. Problem çözme modeli	İlk olarak bir politika sorununun tanındığı, politika çözümlerinin dayandırılacağı kanıtları sağlamak amacıyla araştırmayı teşvik eden problem çözme odaklı model.
3. Politik model	Araştırmannın önceden belirlenmiş bir şekilde, politik nedenlerle uygulanması düşünülen politikaları desteklemek için kullanıldığı bir model.
4. Taktik model	Araştırmannın karar verme sürecini geciktirme yöntemi olarak kullanıldığı ve politika yapıcılara bir miktar "nefes alanı" sağlayan bir model.
5. İki toplumlu model.	Politika yapıcılar ve akademisyenleri farklı (genellikle çatışan) değerlere, ödül sistemlerine ve dillere sahip karşı topluluklar olarak gösteren iki farklı grup olarak tanımlayan model. Bu, akademik araştırmannın politikayı anlamlı bir şekilde bilgilendirmesini zorlaştırmaktadır.
6. Etkileşimli model,	Araştırmannın politikayı etkileme yeteneğine sahip siyasi ideoloji, dış baskılar ve ilgili politika yapıcılarının kişisel deneyimleri gibi birçok faktörden yalnızca biri olduğunu savunan etkileşim odaklı model
7. Aydınlanma modeli	Araştırmannın politikayı dolaylı, uzun dönemlere yayılan süreçler aracılığıyla etkilediği ve belirli sorunları ele almaktan ziyade politika sorunlarının çerçevelenme ve kavramsallaştırılma biçiminde bir değişikliğe katkıda bulunduğu bir model.

**Kaynak:** (Freiberg ve Carson,2010; Smith,2013)

Bilgi odaklı ve problem çözme modellerinde bilgi, politika yapıcılar tarafından "araçsal" bir şekilde kullanılmaktadır (Weiss 1980). Başka bir deyişle, ilgili araştırma bulgularının ya politika değişikliğini yönlendirdiği ya da politika yapıcılarının hâlihazırda tanımlamış olduğu sorunlara doğrudan çözümler sunduğu bir bağlantıyı betimleyerek, bilim ve politika arasındaki ilişki hakkında düşünmenin en basit yolunu özetlemektedir (Davies, Nutley ve Smith 2000). Politikayı bu şekilde etkileyen araştırma örnekleri olmasına rağmen, bu tür modeller, bilim ve politika arasındaki gerçek ilişkinin inceliklerini yakalayamadıkları için uzun süredir gözden düşmüştür (Nutley, Walter ve Davies 2007).

Politik model, politika içindeki siyasi değerlerin ve ideolojilerin egemenliğini vurgular. Bu bakış açısına göre, araştırmannın, ancak baskın ideolojik perspektif-

ler ile tutarlı olması durumunda politikada bir rol oynaması muhtemeldir. Ancak, böyle bir modelin birçok politika sorunu için toplumsal değerleri önemsemeyen ve basit bir yaklaşım olduğu söylenmektedir (Davies vd., 2000).

Taktik model, politika yapıcılarının kararlarını geciktirmek veya dikkati dağıtmak amacıyla araştırma faaliyetlerini teşvik veya finanse ettiği kanıtlara dayanan yaklaşımları ifade etmektedir (Nutley vd., 2007)

İki toplumlu model, kanıta dayalı politikaya ulaşmadaki zorlukları açıklamaya yönelik daha yapısal, daha az politik bir yaklaşım, araştırmacılar ve politika yapıcılar arasındaki farklılıklara odaklanmaktadır. Araştırmacılar ve politika yapıcılar arasındaki iletişimsel, kurumsal ve kültürel bakış açılarından kaynaklanan boşluklar bulunmaktadır. Başka bir deyişle, bilim ve politika arasındaki boşluklar araştırma kanıtı üretenler ile politika yapıcılar arasında bölünmelerden kaynaklanmaktadır (Caplan, 1979). Bu bölünmeler, akademik araştırmanın politikayı anlamlı bir şekilde bilgilendirmesini zorlaştırmaktadır.

Buna karşılık, Donnison (1972) tarafından geliştirilen etkileşimli model, kararların son derece kaotik ve karmaşık süreçlerden ortaya çıktığı, politika yapıcılarının çeşitli kaynaklardan (uygulayıcılar, gazeteciler ve çıkar grupları ile akademik araştırmacılar dahil) bilgi aradığı bir politika oluşturma imajını çağrıştırmaktadır. Bu modelde, araştırma fikirleri çok çeşitli gruplar arasında gidip gelmekte, yeni bağlantılar ve etkileşimler ortaya çıktıkça zaman içinde potansiyel olarak politika girişimlerine dönüşmektedir. Bu perspektiften, araştırmaya dayalı bilgi, politika yapıcılarının dikkatini çekmek için rekabet eden birçok bilgi kaynağından sadece birisidir.

Yukarıda listelenen son teori, Weiss'in, araştırmanın genellikle bir 'aydınlanma' işlevine sahip olduğu ve ayrıca potansiyel olarak politikayı daha araçsal olarak etkilediği yönündeki argümanıdır (Weiss, 1977). Bilim ve politika arasındaki ilişki hakkında düşünme, araştırmanın "kavramsal" etki türlerini elde etme potansiyeline dikkat çekmektedir (Weiss, 1979).

Bu modeller, otoritenin gücü ile uzmanlığın gücü arasındaki bir merdivenin basamaklarıdır. Kanıta dayalı politika'nın algılanma ve uygulanma şekli, "sebep-sonuç" ilkesine dayalı bir politika oluşturma fikrini ortaya koymaktadır (Marchi vd., 2016). Basitleştirmek gerekirse, sosyal sonuçlar, belirli mekanizmaların belirli bir sosyal bağlamda nasıl çalıştığına bir sonucu olarak görülür. Mekanizmaları ve bağlamı bildiğimizde, sonuçları öngörebiliriz. Sanderson (2002), araştırmanın nesnellik veya politika yapıcılar için çözümler üretme rolüne sahip olmadığına işaret ederek, yapılandırıcılığın "pratik gereklilikler" ile uzlaştırılması gerektiği

sonucuna varmıştır. Sağlık politikalarında Dünya Sağlık Örgütü sağlık sistemleri performans geliştirmesine odaklanan Dünya Sağlık Raporu 2000’de, kanıta dayalı politika oluşturmayı teşvik etmekte ve politika oluşturuculara önemli görevler yüklemektedir (Musgrove vd.,2000)

Sistem yaklaşımı bakış açısı ile de bakıldığında sosyal, politik, siyasi ve ekonomik birçok değişim sürecinden sağlık sektörü etkilenmekte, artan sağlık gereksinimlerinin azalan kaynaklarla nasıl karşılanacağı, kaynakların öncelikle hangi hizmetlere, bölgelere, programlara, hastalara ya da hastalıklara ayrılması gerektiği tartışılmaktadır. Bu tartışmalar da kanıta dayalı politikaların gün geçtikçe önemini arttırmaktadır. Kanıta dayalı sağlık politikası ise “sağlık politikacılarının topluma sunacağı sağlık hizmetini akılcı ve sağlam kanıtlara dayanarak amaç, yöntem ve içerik olarak düzenlemesi, alternatifler arasından güncel veriler ışığı altında karar vermesi ve açıklaması” olarak tanımlanmaktadır (Bayın ve Akbulut, 2012).

### 3. SAĞLIK POLİTİKALARINDA BİLGİ VE KANIT KAYNAKLARI

Kanıt, bir sonucu desteklemek için gözlem veya deney yoluyla elde edilen olgusal bilgi olarak tanımlanır (DSÖ, 2021). Kanıtlar politika sorununu tanımlamak, sorunun kapsamını ve doğasını anlamak, politika önerileri yapmak, geleceği tahmin etmek, politika uygulamasını izlemek, temel göstergelerde sapma olup olmadığını belirlemek ve politikanın etkisini değerlendirmek için temel olarak kullanılmaktadır (Budiharsana, 2017).

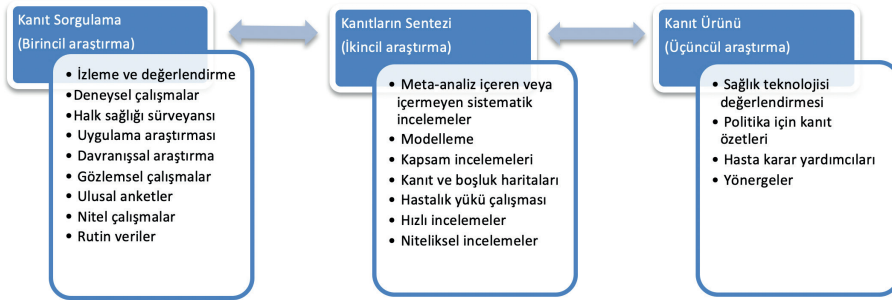
Kanıtlar genel olarak örtük ve bilimsel kanıtlar olarak gruplandırılabilir. Bilimsel veya araştırma kanıtları açık, sistematik ve tekrarlanabilir ve metodolojik standartlarına göre değerlendirilebilen bilgiye atıfta bulunur Kanıta dayalı karar verme, büyük ölçüde bu açık bilginin kullanımına dayanmaktadır, ancak örtülü bilgiyi kullanmak da mümkündür. Örtülü (ya da konuşma diline ait) bilgi çoğunlukla gayri resmidir ve genellikle politika yapımcıların, klinisyenlerin, hastaların veya vatandaşların resmi müzakere diyaloglarında, web sitelerinde, politika belgelerinde, raporlarda ve diğer formatlarda farklı şekillerde ifade edilen fikirlerini, değerlerini ve alışkanlıklarını içerir (Sharma vd., 2015). Örtük bilginin tecrübeyi yansıtan pratik ve öznel yapıyı, açık bilginin ise yayınlanmış araştırma sonuçlarına dayanan teorik ve nesnel yapıyı temsil ettiği söylenebilir. Öznel yapısına rağmen örtük bilgi, tam olarak insanların bir fark yaratmak için ihtiyaç duyduğu bilgi türü olabilir. Örtülü ve bilimsel kanıt arasındaki ilişki rekabetten çok tamamlayıcıdır (Kislov vd., 2019). Kanıta dayalı karar verme sürecinde örtük kanıt genellikle bilimsel kanıtın

uygunluğunu desteklemek, tamamlamak veya sorgulamak için kullanılır ve kanıt ekosistemini genişletir (Sharma vd., 2015). Karar verme için kanıtların resmi araştırmalardan olduğu kadar deneyimlerden de elde edilebileceğini bilmek önemlidir (Brownson vd., 2009). Örtük bilgi zaman içerisinde, kavramlar ve modeller kullanılarak yeni biçimlerle geliştirilebilir açık bilgi formuna dönüştürülebilir.

Yeterince iyi bir kanıt bulunabilir mi? sorusu aslında halen araştırılmaya devam edilmektedir. Profesyonel tıp alanında klinik kılavuzları desteklemek amacıyla kanıt gücü ölçülerinin sağlık politikası için de uygulanması önemli taleplerdendir (Baicker ve Chandra, 2017). Bir politikanın etkisi, tasarım, uygulama ve program ayrıntılarına bağlıdır. Her politikanın farklı gruplardaki etkisi değişebilir. Bir politikanın maliyet ve faydalarının ayrıca bunların her birinin zaman içinde nasıl geliştiğinin değerlendirilmesi de oldukça önemlidir. Dolayısıyla politikaya ilişkin her bileşen kendi içinde zorlukları da beraberinde getirmekte ve bunları kanıtlarla bağdaştırmak da oldukça zor olabilmektedir.

Kanıtların oluşturulması üç aşamadan oluşur (Şekil 1). Kanıt sorgulama, bilimsel kanıtlar, kanıtların sorgulandığı birincil çalışmadır, kanıtların sentezi mevcut kanıtların sentezlendiği ikincil çalışmalardır ve kanıt ürünü politika için kılavuzlar gibi çıktılarının yer aldığı daha resmi, titiz araştırma süreçleri aracılığıyla üretilen üçüncü düzey çalışmalardır. Kanıtların sorgulandığı birincil araştırmalar ikincil ve üçüncül araştırmalara daha geniş bir veri oluşturulması için kaynak sunar (Kristensen ve Hørder, 2017).

**Şekil 1.** Kanıtların oluşturulma aşaması



**Kaynak:** (Kristensen ve Hørder, 2007)

Kanıtların sentezi (ikincil araştırma), belirli bir alanda bilinenler ile boşlukları belirlemek adına konuyla ilgili daha geniş bir kanıt hacmi içinde, titiz, tekrarlanabilir ve şeffaf metodolojilere dayalı bireysel araştırma çalışmalarının bulgularını sentezler (Gough vd., 2019). Bununla birlikte, üçüncül araştırmaların oluşturul-

ması, kanıta dayalı karar verme süreçlerinin ayrılmaz bir parçasıdır ve bu nedenle politika/eylem döngüsünde belirgin bir şekilde yer alır.

Politikayla ilgili kanıtları oluşturmak için hem nicel hem de nitel yöntemler kullanılabilir. Nicel kanıtlar, hakemli bilimsel dergilerde yayınlanan birincil çalışmalar, halk sağlığı sürveyans çalışmalarından alınan veriler ve birincil bilimsel çalışmaların sonuçlarını özetleyen sistematik incelemeler gibi birçok biçimde olabilir. Nitel kanıtlar ise, anlatı biçimini, duygusal bir konuya ve sezgisel bir çekiciliğe sahip ikna edici hikayeler anlatarak politika sürecini etkilemek, öncelikleri belirlemek ve politika çözümleri önermek için güçlü bir araç olarak kullanılabilir. Hikâyeler genellikle nicel/istatistiksel kanıtlar için dayanak oluşturur (Lindsey ve Ah yun, 2003). Nicel kanıtların dahil edilmesi, politika sürecinde güçlü bir kaldıraç vazifesi görebilir. Tek başına nicel kanıt tek başına nitel kanıttan daha sık ve daha güçlü bir ikna edici kabiliyete sahip olsa da kanıtların kombinasyonunun herhangi bir tekil kanıt türünden daha güçlü bir etkiye sahip olduğu söylenebilir (Allen vd., 2000). En iyi bilinen kanıt sentezi türü sistematik incelemeler (meta-analizli veya meta-analizsiz) ve müdahalelerin, programların veya politikaların etkisinin hızlı incelemeleridir (Tricco vd., 2007).

Kanıta dayalı karar verme sürecinde belirli bir soru için en iyi kanıtın ne olduğu düşünülürken, çalışma tasarımının yanında güven derecesini (veya yanlışlık riskini) etkileyen metodolojik kalitesi de dikkate alınmalıdır (Kristensen ve Hørdler, 2007). Sağlık hizmetlerinde yüksek kaliteli kanıtlara ulaşmak zor olabilir ancak kanıta dayalı karar vermeyi imkansız kılmaz; bu durumda gerekli olan, Tablo 2'de gösterilen sınıflandırmayı kullanarak mümkün olan en iyi kanıt değil, mevcut en iyi kanıtı kullanmaktır (Gray, 2001).

**Tablo 2.** Kanıtların sınıflandırılması

Tür	Kanıt gücü
I	Meta-analizler ve sistematik incelemeler (diğerlerinin yanı sıra Cochrane <sup>1</sup> incelemeleri)
II	Randomize kontrollü çalışmalar
III	Randomize olmayan kontrollü çalışmalar
IV	Kohort çalışmaları
V	Vaka kontrol çalışmaları
VI	Tanımlayıcı çalışmalar, sınırlı seriler
VII	Pozisyon belgeleri, sistematik olmayan incelemeler, önde gelen makaleler, uzman görüşleri

**Kaynak:** (Kristensen ve Hørdler., 2007)

<sup>1</sup> Cochrane işbirliği, sağlık politikasını ve uygulamasını iyileştirmek ve gereken kanıtları üretmek için çok çeşitli sağlık hizmetleri müdahaleleriyle ilgili literatürü eleştirel bir şekilde gözden geçiren dünya çapında bir merkezler ve kişiler ağıdır. İşbirliğinin hedefleri, tüm randomize kontrollü çalışmaların (ve gerektiğinde diğer kanıt türlerinin) güncellenmiş bir kaydı ve bundan türetilen yapılandırılmış, kanıta dayalı incelemelerle ilgili veritabanını bir araya getirmektir (Banda, 2003).



Çeşitli sağlık sistemi veya hizmet seviyelerinde farklı sağlık politikası ve uygulama sorularını ele almak için kanıta dayalı karar vermek farklı türde araştırma kanıtları gerektirir. Bu kadar çok sayıda literatürün doğru taranabilmesi ve kaynakları uygun bir şekilde kullanmak için, literatürü doğru taramak ve metodolojik yaklaşımla hareket etmek gerekir. Çok saygın yazarlar tarafından köklü dergilerde yayınlanan makaleler bile hata içerebilir veya kişinin kendi ihtiyacı açısından yanıltıcı olabilir. Geçerlilik ve güvenilirliği sağlanmış tutarlı araştırma sonuçlarının azlığı, tutarsız araştırmalar sonucu oluşan veri yığılması, bu yığılan verilerin yetersiz kanıt niteliği taşıyarak gereksiz bilgi stoklanmasına sebep olması, politika belirleyicilerin kanıtları kullanamamasının temel nedenlerini oluşturmaktadır. (Beylik ve Orhan, 2018). Bu amaçla, kontrol listeleri, çalışmanın amaçlarının, tasarımının ve yönteminin makul bir standartta olmasını sağlamak için iyi bir yardımcıdır. Bununla birlikte, en iyi çalışma tasarımının diğerlerine kıyasla “işe yarıyor mu?”, “nasıl çalışıyor?”, “güvenli mi?” gibi yanıtlanması gereken sorulara göre değiştiği kabul edilmektedir (Petticrew ve Roberts, 2003). Örneğin, randomize kontrollü araştırmalar ve bu araştırmaların sistematik incelemeleri, etkililik soruları (bunu yapmak şunu yapmaktan daha mı iyi?) için en faydalı çalışma tasarımları olsa da diğer sorular farklı çalışma tasarımları gerektirebilir (Petticrew ve Roberts, 2003). Bir müdahalenin nasıl işe yarayıp yaramadığını anlamak için nitel araştırmalar veya nitel çalışmaların sistematik incelemeleri de fayda sağlamaktadır (Gray, 2004).

Yayınlanan sağlık istatistikleri sağlık politikaları için en önemli ve ilk akla gelen kaynaklar arasındadır. Bununla beraber bölgesel ve seçilmiş hastalıklar dışında diğer hastalıklar için kısıtlılıklar içermektedir. Ayrıca filtreleme ve önyargıya ilişkin de kaygılar bulunmaktadır (Murray ve Lopez, 1996).

Araştırma bulguları, ulusal sağlık politikalarındaki ve planlamadaki değişikliklerin temeli olmalıdır. Ancak bu araştırmalar programlar, planlama ve sağlık politikası için yararlı kanıtlar oluşturmaktadır. Bunu gerçekleştirmek için araştırma sonuçlarını kullananlar (program yöneticileri, politika yapımcılar ve planlamacılar) ve araştırmaları gerçekleştirenler (araştırmacılar ve değerlendiriciler) arasında yakın bir diyaloga ihtiyaç vardır (Budiharsana, 2017).

Halk sağlığı politikaları için daha bağımsız ve nesnel kanıtlar sunmak amacıyla, Küresel Hastalık Yüklü Çalışması (GBD) 1992 yılında Dünya Bankası'nın talebi üzerine başlatılmıştır sonrasında Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tam işbirliği ve katılımıyla çalışmalar yürütülmüştür (Murray ve Lopez, 1996). Bu çalışmalar kapsamında hastalık, yaralanma ve risk faktörlerinin yükünü ölçmek ve karşılaştırmalara yardımcı olmak için yeni bir metrik olarak Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years-DALY) kavramı ortaya çıkmıştır. Kav-

ramı çeşitli hastalıklar ve yaralanmaların neden olduğu erken ölümler ile ölümlerle sonuçlanmayan ancak uzun süreli engellilik ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı hastalık yükünün tek bir ölçüt ile değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Bu ölçüm metoduna ilişkin olarak da yaşamın en değerli yıllarının genç erişkinlik dönemi olduğu kabul edilmesi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ölçütün hesaplanması için gerek duyulan verilerin eksikliği veya hatalı olması, sadece tanı konulan veya birey tarafından bilinen hastalıkların dikkate alınması, yaşam kalitesi gibi öznel ölçütlerin dikkate alınmaması ve hastalıkların sosyal yükünün göz ardı edilmesi ile ilgili sorunlar ifade edilmiştir (Arslan ve Ağırbaş, 2017).

Kanıtlar bölgesel olarak değişebilmektedir ve kanıtlarda bu ayrıntılara değinilmesi gerekmektedir. Ayrıca, bir politikanın maliyet etkinliğini ve bunların zaman içinde nasıl geliştiğinin dikkate alınması da önemlidir. Kanıtların bütçe maliyetlerinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Baicker ve Chandra, 2017). Ancak bilinmesi gereken diğer bir noktada her ne kadar bazı araştırmalar, çeşitli müdahale seçeneklerinin maliyet etkinliğini yararlı bulsa da mevcut önleyici, iyileştirici ve tedavi edici müdahalelerin maliyet etkinliği hakkında daha fazla bilgi ihtiyacı gerekmektedir (Murray ve Lopez, 1996).

Kanıt, hasta grupları veya popülasyonlar için de kullanılabilir ve bu faaliyetleri tanımlamak için kullanılan terimler bir belgeden diğerine farklılık gösterir ve bazen kanıta dayalı sağlık hizmeti, kanıta dayalı yönetim, kanıta dayalı halk sağlığı veya kanıta dayalı politika oluşturma olarak adlandırılır. Kanıta dayalı politika oluşturmaya bir örnek olarak, Birleşik Krallık'ın Down sendromu için taramayı başlatma kararıdır. Tüm bu tartışmaların ortak özelliği, hasta grupları veya popülasyonlar hakkında karar vermek için kanıtların kullanılmasıdır (Gray, 2004).

Kanıta dayalı uygulamalarda tutarlı araştırma sonuçlarının azlığı, tutarsız araştırmalar sonucu oluşan veri yığılması, araştırma okuyacak ve değerlendirecek zamanın yetersizliği, ek mali destek gerekliliği, istatistiki değerlendirmeyi ve metodolojiyi anlamadaki güçlükler engelleyici faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca hükümetler, araştırma sonuçları ile kendi politik fikriyle oluşturulan politikalar geliyorsa bu araştırmaları önemsemeyebilmektedir (Bayın ve Akbulut, 2012).

Günümüzde bilgi ve iletişim teknolojileri, veri toplama ve işleme kapasitesi her geçen gün hızlı bir gelişme göstermektedir. Bu durum toplumlara ait büyük veri kümeleri oluşturmakta ve bu karar vericiler için önemli bir kaynak haline gelmektedir. İlerleyen dönemlerde kanıt kaynaklarının da hızlı bir gelişim sağlayacağı öngörülmektedir.

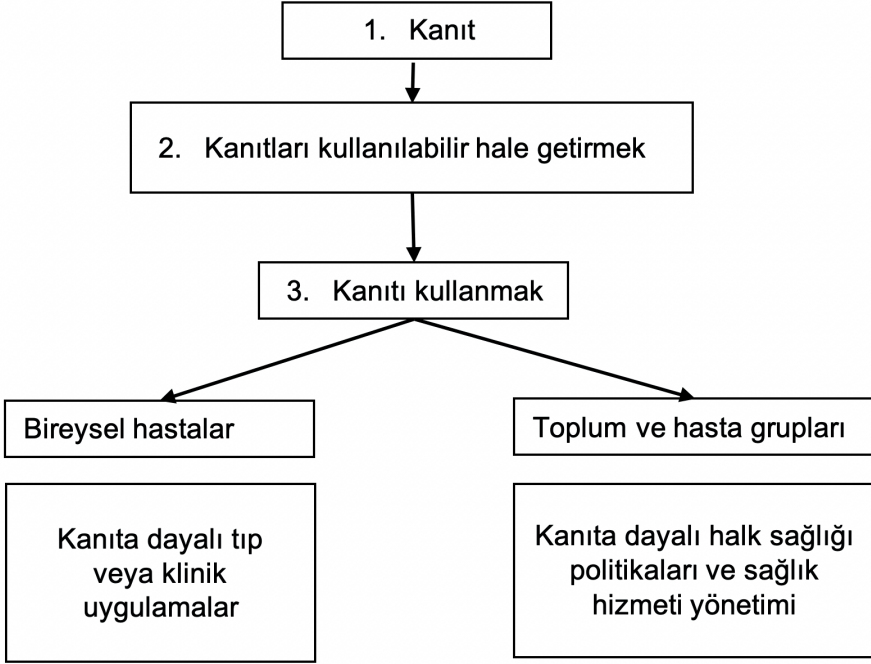
## 4. KANIT TEMELLİ SAĞLIK POLİTİKALARININ UYGULAMA SÜRECİ

Belirli bir politika oluşturma sürecinin ‘kanıta dayalı’ olduğunu söylemek, aynı zamanda kanıtların şeffaf ve dengeli bir şekilde kullanıldığını söylemektir. Daha iddialı bir şekilde, kanıta dayalı politika, kamu politikası yapımında şeffaf ve dengeli kanıt kullanımını teşvik etmek için tasarlanmış bir dizi kural ve kurumsal düzenlemedir (Cookson, 2005).

Kanıta dayalı sağlık politikasının uygulamasında üç temel özellik bulunmaktadır. Baicker ve Chandra (2017) bu üç temel özelliğin ilkinin özgül politika, ikincisi politika hedefleri ve sonuncusu kanıtların biçimlendirilerek değerlendirilmesi şeklinde tanımlamıştır. Öncelikle, politikaların iyi belirlenmesi gerekmektedir; bunun bir slogan şeklinde değil iyi açıklanmış bir politika olması önemlidir. Örneğin, “sağlık hizmet kapsamını genişlet” sloganı bir politika değildir. “Mevcut sosyal yardımların yoksulluk sınırının altındaki tüm yetişkinleri kapsayacak şekilde genişletmek” daha belirgindir. İkincisi, Kanıta dayalı politikaları uygulamak, politikalar ve hedefler arasında ayırım yapılmasını gerektirmektedir. Bu ayırım kısmen önemlidir, çünkü farklı gruplar belirli bir politika için farklı hedeflere sahip olabilirler. Örneğin, hekimlerin bakımı koordine etmeleri için mali teşvikler uygulama politikasının sağlık harcamalarını azaltacağına (potansiyel bir hedef) dair kanıtlar oldukça zayıfken, sağlık sonuçlarını iyileştirebileceğine dair kanıtlar (farklı bir hedef) daha güçlüdür. Dolayısı ile, bakım koordinasyonunun para biriktirmediği için “işe yaradığı” iddiaları, başka hedeflere ulaşabileceği noktayı kaçıır. Son olarak, kanıta dayalı sağlık politikalarının etkilerinin büyüklüğüne dair kanıtlar gerekir ve bu tür kanıtları elde etmek, doğası gereği ampirik bir çaba istemektedir. Bazı durumlarda, bir politikanın sahip olabileceği etkinin yönünü gösteren net kavramsal modeller bulunur, ancak bu modeller bize etkinin ne kadar büyük olabileceğini söyleyemeyebilir. Mesela, ekonomi teorisi, bütün koşullar eşit olduğunda, katkı payları veya kesintilerin yüksek olması durumunda hastaların sağlık hizmeti talep eğiminin azaldığını söyler, ancak bu teori talebin ne kadar azaldığını söyleyemez. Çoğu zaman, etkinin yönü bile, ampirik araştırmalar olmadan belirsizdir ve farklı etkiler potansiyel olarak zıt yönlerde ilerlemektedir (Baicker ve Chandra, 2017). Doğru kanıtlara ulaşmak her zaman önemlidir.

Kanıta dayalı sağlık hizmetleri süreci üç aşamadan oluşur (Şekil 2). Birinci aşama, kanıt üretmek, ikinci aşama, kanıtları kullanılabilir hale getirmek ve üçüncü aşama ise kanıtları kullanma olarak tanımlanabilir (Gray, 2001).

**Şekil 2.** Kanıta dayalı sağlık hizmetlerinin üç ana aşaması



**Kaynak:** (Gray, 2001).

Hasta grupları veya toplum için karar alan sağlık hizmetlerinden sorumlu yöneticiler, politika oluşturma, satın alma ve yönetim ile ilgili birçok karar vermek zorundadır. Sağlıkla ilgili iki ana politika türünden bahsedilebilir. Bunlar halk sağlığı ile ilgili “sağlık veya halk sağlığı politikası” ve sağlık hizmeti finansmanı ve organizasyonu ile ilgili sağlık hizmetleri politikası şeklinde tanımlanabilir. Sağlık hizmeti politikası kararları, sağlık hizmetlerinin finansmanında ve bu hizmetin sunumunda kullanılan kaynakları hesaba katacak şekilde düzenlenme biçiminde değişikliklere neden olur. Satın alma veya hizmete alma, bir nüfus veya hasta grubu için sağlık harcamalarından sorumlu kişilerin, belirli hizmetleri belirli bir kalite düzeyinde ve üzerinde anlaşmaya varılmış bir maliyetle elde etmek için sağlık hizmetleri sağlayıcıları ile bir dizi sözleşmeye girdiği bir süreçtir. Finansmanın sınırlı olması satın alma ve hizmet gruplarında önceliklendirme kararlarını da beraberinde getirmektedir. Yönetim toplum ve hasta gruplarının sağlık harcamalarına ayrılan kaynakların en iyi şekilde kullanılmasından sorumludur. Bu sorumluluğu yerine getirirken kanıtlardan yararlanır (Gray, 2004).

Sağlık alanında kanıta dayalı politika yapmak, sağlık politikacılarının daha iyi sağlık hizmeti sunulabilecek kararlar almasına neden olacaktır. Kanıta dayalı sağlık politikalarının diğer bir avantajı da sağlık kaynaklarının daha etkili kullanımının sağlık hizmeti maliyetlerinin azalması olarak ifade edilmektedir (Bayın ve Akbulut, 2012).

## 5. KANITA DAYALI TIP VE SAĞLIK TEKNOLOJİSİ DEĞERLENDİRMESİ

Kanıta dayalı tıp veya kanıta dayalı klinik uygulama, mevcut en iyi bilginin her bir hastanın durumuna ve değerlerine makul bir şekilde uygulanmasıdır. Sackett ve meslektaşları (1996) kanıta dayalı tıbbi “mevcut en iyi kanıtların bireysel hastaların bakımıyla ilgili kararlar vermede vicdani, açık ve mantıklı kullanımı” olarak tanımlamaktadır. Kanıta dayalı tıp, klinik kararların temeli olarak araştırma bulgularını eş zamanlı sistematik olarak bulma, değerlendirme ve kullanma sürecidir (Greenhalgh ve Donald, 1995). Elektronik veri tabanları ve bilgisayar kullanımının yaygınlığı hekimlerin büyük miktarda veriye kolayca erişimini sağlamaktadır. Kanıta dayalı tıp, sorular sormak, ilgili verileri bulmak ve bu bilgileri günlük klinik uygulamalar için kullanmakla ilgilidir. Kanıta dayalı tıp uygulamalarına ilişkin bilişim sistemleri ile desteklenen klinik karar destek sistemleri de gün geçtikçe kabul gören uygulamalar arasında yerini almaktadır.

Kanıta dayalı tıp modelinin savunucuları, bireysel-klinik düzeye odaklanırken, bilimin kullanımını vurgulayan sistematik ve metodolojik olarak titiz klinik araştırmalar yoluyla geliştirilen bilimsel bir kanıt anlayışı geliştirmiştir (Guyatt vd., 1992). Diğer taraftan, kanıta dayalı tıp modelini eleştirenler, bilimsel bir kanıt kavramının çok dar olduğunu ve klinik karar vermeyle ilgili daha geniş kapsamlı kanıtlayıcı kaynakları ihmal ettiğini öne sürmüşlerdir (Straus ve McAlister, 2000). Kanıta dayalı tıp modeli savunucuları, bilimsel kanıtın tek başına yeterli olmadığını ve diğer kanıt türleri ile bütünleştirilmesi gerektiğini kabul etseler de hala “en iyi” kanıt kaynaklarının kullanımına odaklanmış, böylece büyük ölçüde bir çalışmanın tasarımının karmaşıklığına ve “metodolojik titizliğine” dayanan çok sayıda kanıt hiyerarşisinin ve sınıflandırma kriterlerinin geliştirilmesine yol açmıştır (Sackett vd., 1996; Straus ve McAlister, 2000).

Bu tartışmalar devam ederken, kanıta dayalı tıp ve kanıta dayalı karar verme yaklaşımı sağlık politikası ortamında daha fazla yer bulmaktadır ancak kanıta dayalı politika ile kanıta dayalı tıp arasında güçlü benzerlikler bulunsa da birbirinin uzantısı değil niteliksel olarak farklılıkları olan kavramlardır (Black ve Donald,

2001). Kanıta dayalı tıptan kanıta dayalı sağlık politikasına geçerken, karar verme bağlamı değişir ve bireysel klinik düzeyden nüfus politikası düzeyine geçer. Kanıta dayalı tıp ve kanıta dayalı politika bu nedenle 'kanıta dayalı' düşüncenin ortak değerlerini paylaşırsa da bu değerlerin uygulamasında farklılaşmaktadır. Kanıta dayalı sağlık politikası bireysel hastalarla ilgili kararlardan ziyade insan grupları hakkındaki kamu politikası kararlarına odaklanmaktadır.

Kanıta dayalı tıp uygulamasında, klinisyen, hastanın sahip olabileceği diğer risk faktörlerini veya hastalıkları dikkate alarak, kanıtı hastanın bireysel durumuyla ilişkilendirmeli ve ardından hastanın durumu hakkında düşünmesine yardımcı olmalıdır. Kanıta dayalı politika yapımında ise politika yapıcı, nüfusun ihtiyaçlarını dikkate almak zorundadır. Bir örnekle açıklamak gerekirse, meme kanseri tanısı konulmuş bir hastaya kanıta dayalı tıp yaklaşımı ile çeşitli tedavi seçenekleri ve önerilerde bulunulabilir. Kanıta dayalı politika yaklaşımında ise hastadan çok meme kanserinin insidansı düşük ya da yüksek olması kararı etkiler. Kanıta dayalı politika oluşturma, kanıta dayalı klinik uygulamanın yer alabileceği bağlamı belirler. Örneğin, politika, 50 yaşın altındaki kadınlara meme kanseri taraması önermek değilse, klinisyen bu gruptaki kadınları taramanın yararları ve zararları hakkındaki kanıtları yorumlamak zorunda değildir. Ayrıca bir klinisyen kanıtlar hakkında bir görüşe sahip olabilir ancak politika bir hizmetin sağlanmaması gerektiğini açıkça belirtiyorsa kanıta dayalı tıp için herhangi bir kapsam mevcut değildir. Kanıta dayalı politika yapımında, politika yapıcı sadece tek bir hastalığa uygulanacak tedavi veya ilaca fon sağlanıp sağlanmayacağına karar vermek değil, genellikle birçok farklı sorunu da dikkate alarak kaynak talebi bağlamında finansman sürecini de değerlendirmektedir (Gray, 2004).

Sağlık teknolojisi, sağlık ekipmanları ve tıbbi ilaçlar dahil olmak üzere önleme, teşhis, tedavi, bakım ve rehabilitasyon prosedürleri ve yöntemleri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sistemi içindeki destekleyici sistemler ve organizasyonlar ayrıca sağlık teknolojisi olarak kabul edilebilir (Banda, 2003). Teknolojinin kullanımına ilişkin kararlar sağlık sisteminin her düzeyinde verilmektedir. Bunlar genellikle etik sorunların da olabileceği karmaşık bir bağlamda tıbbi, hastayla ilgili, organizasyonel ve ekonomik bilgilerin birleştirilmesini içermektedir (Kristensen ve Hørder, 2007).

Sağlık teknolojileri ile ilgili politika uygulamada karar verme sürecine girdi sağlamayı amaçlayan en etkili yöntemlerden biri "sağlık teknolojisi değerlendirme (STD)" yaklaşımıdır (Garrido vd., 2010, Kristensen ve Hørder, 2007). Amacı, bilimsel bilgi ile karar verme arasındaki boşluğu "köprüleyen" sistematik bir bilgi sentezi oluşturup, karar verme ve politika oluşturma süreçlerine dahil olanlar tara-

findan araştırma bilgisinin değerlendirilmesini kolaylaştırmaktır. Sağlık teknolojisi değerlendirmesi (STD) alanı hala nispeten yenidir. Sağlık teknolojisi değerlendirmesi, kanıtları karar verme ile birleştirmeye çalışır ve bu nedenle kanıta dayalı sağlık hizmetleri ve kanıta dayalı politika oluşturma ile benzerlikler göstermektedir (Banta, 2003). Sağlık teknolojisi değerlendirilmesi sağlık teknolojisinin geliştirilmesi, yayılması ve kullanımının tıbbi, sosyal, etik ve ekonomik sonuçlarının incelendiği çok disiplinli bir politika alanıdır (Garrido vd., 2010). Daha ileri bir düzeyde, sağlık teknolojisi değerlendirmesi sağlık teknolojisi kullanımının ön koşullarının ve sonuçlarının kapsamlı ve sistematik bir değerlendirmesidir.

Sağlık teknoloji değerlendirmesi terimi ilk kez Amerika Birleşik Devletleri Kongresi'nde Teknoloji Değerlendirme Ofisi tarafından kullanılmış (1972) "teknolojinin uygulanmasının veya kullanımının kısa ve uzun vadeli sosyal sonuçlarını inceleyen kapsamlı bir politika araştırması biçimi" şeklinde bir politika aracı olarak tanımlanmıştır (Banta, 2003). Kanıta dayalı tıpla bağlantılı olarak geliştirilen Cochrane işbirliği ürünleri uluslararası tanınmış literatür incelemeleridir. Cochrane incelemelerindeki en önemli nokta, önceden belirlenmiş bir yöntemle göre klinik uygulamalara kanıt sunmasıdır. STD ile bağlantılı olarak, sistematik Cochrane incelemeleri, teknolojilerin etkilerinin ve yan etkilerinin değerlendirilmesi için önemli bir dokümantasyon temeline sahiptir (Kristensen ve Hørder, 2007). İlerleyen yıllarda bezer uygulamaların sağlık hizmetlerinde daha çok yer bulması kuvvetli bir ihtimaldir.

Sağlık teknoloji değerlendirmesinin gelişimi ışığında, dünyanın her yerindeki çeşitli uygulayıcılar, işbirliği ve bilgi paylaşımı yoluyla üçü küresel ve biri Avrupalı olmak üzere dört uluslararası kuruluş oluşturulmuştur. Bunlar;

- *Avrupa Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi Ağı*; Avrupa Birliği üyeleri arasında resmi bir Avrupa sağlık teknolojisi değerlendirme sistemi kurmayı amaçlayan bu yapı (EUnetHTA), 24'ü AB üyesi olan 27 Avrupa ülkesini kapsamaktadır (EUnetHTA, 2015).
- *Uluslararası Sağlık Teknolojileri Değerlendirilmesi Forumu (HTAi)*; sağlık teknolojisi değerlendirmesinin bireysel üyeliğe dayalı olarak tanıtılmasına yönelik uluslararası bir topluluktur. HTAi, yöntemler, uzmanlık, kalite ve uygulama açısından STD'nin gelişimini teşvik etmeye hizmet etmektedir (HTAi, 2020). HTAi, her yıl bir uluslararası konferansa (HTAi Yıllık Toplantısı) ev sahipliği yapar ve alana ilişkin derginin (International Journal for Technology Assessment in Health Care'in (IJTAHC)) yayınlanmasından sorumludur (Kristensen ve Hørder,2007).

- *Uluslararası Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Ajansları Ağı (INAHTA)*; 1993 yılında kurulmuştur ve dünya çapında 31 ülkede 1 milyardan fazla insanı etkileyen sağlık sisteminde karar vermeyi destekleyen 50 sağlık teknolojisi değerlendirme ajansından oluşan bir iş birliğidir. INAHTA'nın amacı, üye kuruluşların ortak çıkarlarına odaklanan bilgi alışverişi ve işbirliği için bir forum oluşturmaktır. Veritabanı, tamamlanmış ve devam eden STD projeleri, STD yayınları ve STD ile ilgili makaleler hakkında bilgiler içermektedir ([inahta.org](http://inahta.org)).
- *Yeni ve Gelişmekte Olan Sağlık Teknolojileri üzerine Uluslararası Bilgi Ağı (EuroScan Uluslararası Ağı)*; sağlık teknolojileri için kamu tarafından finanse edilen, kâr amacı gütmeyen erken farkındalık ve uyarı sistemlerinden oluşan küresel bir ağdır ([www.euroscan.org.uk](http://www.euroscan.org.uk)). 2012'de ağ amaçlarını ve hedeflerini güncelleyerek beceri ve deneyimlerin paylaşılmasını, erken farkındalık ve uyarı faaliyetlerine yönelik metodolojik yaklaşımların sürekli olarak geliştirilmesini ve yeni ve ortaya çıkan sağlık teknolojileri hakkında devam eden bilgi alışverişini sağlamayı amaçlamaktadır.

Sağlık sisteminde teknolojinin gelişimine yönelik araştırmaların yanında sağlık teknolojisi değerlendirmesi sayısı da giderek artmaktadır. Değerlendirme yapılacak çok sayıda konunun bulunması, sağlık teknolojileri ile ilgili değerlendirmelerin uygun şekilde seçilmesi ve önceliklendirilmesi sağlık sistemi içinde kaliteli ve verimli kaynak tüketimine katkıda bulunmak için oldukça önemlidir.

## 6. TÜRKİYE'DE KANITA DAYALI SAĞLIK POLİTİKASI UYGULAMALARI

Türkiye'de kanıta dayalı politika yapımı ile ilgili söylemlere 2000'li yıllardan itibaren ağırlık verildiği görülmektedir. Kalkınma planları, hükümet programları gibi üst politika süreçlerine ait belgelerde ve kamu kurumlarının stratejik planları ve programlarında bahsi geçmektedir. 8. Kalkınma Planından (2001-2005) bu yana kanıta dayalı tıp ve kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulmasına kalkınma planlarında yer verilmeye başlanmıştır (Köktaş ve Köseoğlu, 2015).

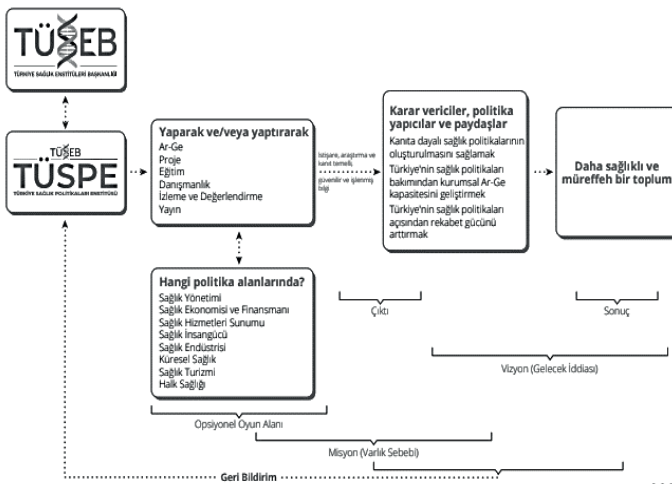
Kanıta dayalı politika sürecine veri sağlayan sistemlerin de son yıllarda hayata geçirildiği görülmektedir. 2011 yılında Kalkınma Bakanlığı olarak kurulan ve 2018 yılında Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı olarak faaliyetlerine devam eden bakanlığın koordinasyonunda hazırlanan "2015-2018 Bilgi Toplumu Stratejisi ve Eylem Planı" ile büyük verinin ekonomik değere dönüşmesinin sağlanacağı; bu amaçla sosyal güvenlik, sağlık, vergi, güvenlik, istatistik gibi alanlar başta olmak üzere ka-



muda büyük veri uygulamaları geliştirileceği öngörülmüştür (Kalkınma Bakanlığı, 2015). Bu eylem planının sağlık ve sigortacılık verileri kullanılarak sağlık alanında harcamaların azaltılması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacı sağlık politikalarına yöneliktir (Altun vd., 2017). Kamu kurum ve kuruluşlarının topladıkları ve ürettikleri verilerin paylaşımının sağlanması, kamu veri merkezlerinin bütünleştirilmesi, güvenilir istatistiklerin kalite ve sayısının artırılması ve kamuda büyük veri uygulamalarının hayata geçirilmesi gibi hedefler doğrudan kanıta dayalı politika yapımıyla ilişkilidir (Köktaş ve Köseoğlu, 2015).

Türkiye’de kanıta dayalı sağlık politikalarına ilişkin uygulamalar incelendiğinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı altında Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü’nün (TÜSPE), 25 Mart 2017 tarihli ve 30018 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan Bakanlar Kurulu Kararı (2017/9860) ile Ankara merkezli olarak kurulduğu görülmektedir. TÜSPE; sağlık politikaları alanında istişare, araştırma ve kanıt temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üreterek ve de yayarak daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumuna ve insanlığa katkı sağlamak amacıyla kurulmuştur. Sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insan gücü, halk sağlığı, sağlık endüstrisi, küresel sağlık ve sağlık turizmi ile ilgili politikalara yönelik Ar-Ge, izleme ve değerlendirme, eğitim, yayın, toplantı ve danışmanlık faaliyetleri yürütmektedir (TÜSPE, 2022). TÜSPE’nin çalışma stratejisi kapsamında kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulması hedeflenmiştir. Buna ilişkin süreç şekil 3’de özetlenmiştir.

Şekil 3. TÜSPE Stratejik Tasarım Çerçevesi



Kaynak: (TÜSPE, 2022)

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığının (TÜSEB) 2021 yılı idare faaliyet raporuna göre sağlık politika alanlarına kanıt oluşturmaya ilişkin sonuçlanmış ve devam eden proje ve yayınlar bulunmakta ve kongreler düzenlenmektedir. Türkiye'nin ilk kanıta dayalı politika oluşturma belgesi olma özelliğini taşıyan, "Türkiye'de Trans Yağ Tüketiminin ve Sağlık Üzerindeki Olumsuz Etkilerinin Azaltılması" başlıklı rapor TÜSEB, DSÖ Türkiye Ofisi ve WHO Europe EVIPNet iş birliği ile 21 Şubat 2021 tarihinde yayınlanmıştır (Arı vd., 2021). Trans yağ asitleri (TFA) veya trans yağlar, insan sağlığı için birçok olumsuz sonucu olan ve çözümü için çok paydaşlı sağlık politikası müdahaleleri gerektiren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu kapsamda yayınlanan raporda, Türkiye'de TFA'ların tüketimini azaltma sorununun üstesinden gelmek için politika yapımcılar için bilinçli seçenekler oluşturulmak için oluşturulan çalışma grubu problemle ilgili araştırma kanıtlarını belirledi, seçti, değerlendirdi ve sentezledi; bununla başa çıkmak için üç seçenek ((1) TFA'lara zorunlu limitler koymak; (2) TFA içermeyen gıdaların etiketlenmesi ve TFA'larla ilişkili sağlık etkileri konusunda farkındalığın artırılması; ve (3) Endüstriyel olarak üretilen TFA'ların daha sağlıklı sıvı ve katı yağlar ile değiştirilmesine yönelik teşviklerin getirilmesi) geliştirilmiş ve her seçeneğin uygulanmasında göz önünde bulundurulması gereken hususlar incelenmiştir. Bu kapsamda 07.05.2020 tarihli 31120 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan, "Türk Gıda Kodeksi Gıdalara Vitaminler, Mineraller ve Belirli Diğer Öğelerin Eklenmesi Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile gıda satış ve toplu tüketim yerlerinde son tüketiciye arz edilecek olan bütün bitkisel ve bitkisel kaynaklı gıdalardaki trans yağ miktarı yüzde 2'yi geçmemesi üzerine karar verildi. Böylece obezite, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, sinir sistemi bozuklukları, erken doğum gibi önemli halk sağlığı problemlerinin temel kaynaklarından biri olan trans yağların (Çakmakçı ve Kahyaoglu, 2012) kullanımının kamu politikası ile belirlenerek sağlık problemlerinin önüne geçilmesi ve sağlık çıktılarının iyileştirilmesi sağlanmaya çalışılmıştır.

Sağlık Bakanlığı, 2013-2017 Stratejik planında kanıta dayalı sağlık iletişimini geliştirmek için sektörler arası işbirliği yapma stratejisi belirlemiş ve Bakanlığın kurumsal bir değeri olarak "kanıta dayalılık" kavramı kabul edilmiştir (Köktaş ve Köseoğlu, 2015). Sağlık Bakanlığının kanıta dayalı karar verme yöntemlerini mikro açıdan kanıta dayalı tıp ve kanıta dayalı yönetim makro açıdan ise kanıta dayalı politika yapımı ile hayata geçirmeye çalıştığı buna yönelik adımlar attığı ancak henüz yolun başında olduğu söylenebilir.

## 7. SONUÇ

21. yüzyılda, sağlık konusunda karar verenler kanıta dayalı bir yaklaşım benimsemek zorunda kalacaktır. Bunun için her karar, geçerli değerler ve mevcut kaynaklar bağlamında en iyi kanıtların sistematik bir değerlendirmesine dayandırılmalıdır. Bunu gerçekleştirebilmek için, kanıt yönetimi becerilerinin geliştirilmesini, kanıta dayalı bir yaklaşımın kullanımına elverişli koşullarının teşvik edilmesini ve yeni kanıtlar ışığında kararların yenilenmesi ihtiyacının tanınmasını gerektirmektedir.

Sağlığı iyileştirmek, daha etkili sağlık hizmetleri ve ürünleri sağlamak ve sağlık sistemini güçlendirmek için bilginin sentezi, yayılması ve değiş tokuşu gereklidir. Etik değerlere sahip olan sağlıklı uygulamalar ve dinamik süreçler diyalog ve politika değişikliğini kolaylaştırma potansiyeline sahiptir (Ti vd., 2017).

Bütün bunlara rağmen zengin bir kanıt kümesi bile bir politikanın amaçlarına ulaşacağını garanti edemeyebilir ancak daha iyi politika, hem hedefler konusunda dürüst olmayı hem de kanıtlar konusunda net olmayı gerektirmektedir (Baicker ve Chandra, 2017). Program yöneticileri ve politika yapıcılar araştırma bulgularını görmezden geldiklerinde araştırmacılar hayal kırıklığına uğrayabilmektedir. Politika sürecinde, bazen mantıklı kararların bilimsel rasyonaliteyi yansıtmayabileceği ve özellikle hizmetler ve yönetim ile ilgili politikalarda siyasi bağlamın da önemli olduğu konusunda daha karmaşık bir anlayış bulunmaktadır. Öte yandan, politika yapıcıların araştırmanın kavramsallaştırılmasına ve yürütülmesine daha fazla dahil olmaları gerekmektedir. Çalışmanın gelecekte planlama ve politika üzerinde herhangi bir etkisi olacaksa, araştırma sırasında ve sonrasında iki grup arasında daha yakın bir ilişkinin sürdürülmesi gerekmektedir (Budiharsana, 2017).

Sağlık politikaları konusunda kararlar alırken, ülke çapındaki akademik araştırmacıların konulara ilişkin araştırma yapmaları teşvik edilmelidir. Bu teşvikler araştırmalara yönelik maddi destekleri de içermelidir. Ayrıca kanıtların kalitesi önemsenmelidir. Kanıta dayalı sağlık politikası kavramının hem araştırmacılar hem de politik aktörler için anlaşılması sağlanmalıdır. Bu konuda ülkelerin diğer ülke örneklerini incelenmeleri de yol gösterici olabilecektir.

## EXTENDED ABSTRACT

**Research Problem:** In a constantly changing environment where diseases, demographic structures, migrations, and economic crises are experienced, those who decide on health policies are under pressure to make fast and accurate decisions. In this context, policymakers must make decisions such as determining the most important health needs for society, providing effective and efficient health services, how to finance health systems, and how to distribute the public and private sectors in the financing of health services. These decisions must turn into successful processes related to accurate, reliable, and timely information sources. Evidence-based health policy can be defined as making and explaining decisions based on current data among various alternatives based on rational and accurate evidence in the determination of policies related to health services. In recent years, there has been a significant increase in both the availability and accessibility of information. Decisions have become more transparent, shifting from implicit to explicit decision-making methods. At this point, evidence-based decision-making emerged as a way to meet the expectation of making reasoned decisions and it is important for a rational approach to making policy choices.

**Research Question/s:** Specifically, this study sought to answer the following questions:

1. What are health policy and evidence-based health policy?
2. What are the sources of information in evidence-based health policy?
3. What are the implementation steps of an evidence-based health policy?
4. What is the place of evaluation of health technologies in evidence-based health policy?
5. What are the studies on Evidence-Based Health Policy Practices in Turkey?

**Literature Review:** Policy, in the most general terms, is the decision taken by an actor or a group of actors to determine the goals and the means to achieve these goals. Health policy, on the other hand, is a network of interrelated decisions that create strategies or approaches related to the delivery of health services. Health policy includes financial, managerial, and organizational changes in health services. These changes, it is aimed to improve public health by improving the physical, mental, and social health of individuals. In recent years, problems such as diffi-

culties in allocating resources, allocation, and prioritization have been increasing. In response to these problems, policymakers are faced with an increasing demand for clear justification for their decisions at all levels and in all areas. The need for evidence-based decision-making has been proposed as a way to meet this demand.

Evidence is defined as factual information obtained by observation or experiment to support a conclusion. Evidence is used as a basis to define the policy problem, understand the scope and nature of the problem, make policy recommendations, predict the future, monitor policy implementation, determine if there are deviations from key indicators, and evaluate the impact of policy. In considering the best evidence in evidence-based decision-making, the methodological quality that influences the degree of risk of bias should be taken into account, as well as the study design. Accessing high-quality evidence in healthcare can be difficult, but it does not make evidence-based decision-making impossible; the thing to do in this case is not to use the best possible evidence, but to use the best available evidence.

Evidence-based decision-making focuses on justifying decisions. When it comes to the general population, decision-making in policies created becomes more uncertain, variable, and complex. Public health policies need independent, objective information and standardized units of measurement about the extent and possible trends of health problems based on comparable methods. Insufficient information about a health problem can even be interpreted as insignificant. To say that a particular policy-making process is 'evidence-based' is also to say that the evidence is used in a transparent and balanced manner. More assertively, evidence-based policy is a set of rules and institutional arrangements designed to promote the transparent and balanced use of evidence in public policy-making.

Evidence-based policymaking in Türkiye has started to be mentioned more and more after the 2000s. It is mentioned in the documents of upper policy processes such as development plans, government programs, and in the strategic plans and programs of public institutions. Since the 8th Development Plan (2001-2005), evidence-based medicine and the creation of evidence-based health policies have been included in development plans. When the practices related to the evidence-based health policies in Türkiye are examined, the Türkiye Health Policies Institute (TÜSPE) was established on March 25, 2017, under the Presidency of the Türkiye Health Institutes, under the Ministry of Health. Health Institutes of Turkey (TUSEB) was established with a mission to serve our country and humanity in the field of health science and technologies and to support planned and sustainable development. Within the scope of TÜSPE's working strategy, it is aimed to create evidence-based health policies.

The Ministry of Health of Turkey has determined a strategy of intersectoral cooperation to improve evidence-based health communication in its 2013-2017 Strategic Plan, and the concept of “evidence-based” has been accepted as an institutional value of the Ministry. It can be said that the Ministry of Health has taken steps to implement evidence-based decision-making methods with evidence-based medicine and evidence-based management in micro terms, and evidence-based policymaking in macro terms, but it is still at the beginning of the road.

**Methodology:** This study was designed as a literature review and the national and international literature on the field of evidence-based health policy in detail.

**Result and Conclusion:** The synthesis, dissemination, and exchange of knowledge are essential for improving health, providing more effective health services and products, and strengthening the health system. Healthy practices and dynamic processes with ethical values have the potential to facilitate policy change. In the 21st century, health decision-makers must take an evidence-based approach. For this, decisions should be based on a systematic evaluation of the best evidence in the context of current values and available resources. When making decisions about health policy, academic researchers from across the country should be encouraged to research the issues. These incentives should also include financial research support. In addition, the quality of the evidence should be considered. The concept of evidence-based health policy should be understood by both researchers and political actors. Examining the examples of other countries in this regard may also be guiding.

---

**Etik Beyanı:** Bu çalışmanın tüm hazırlanma süreçlerinde etik kurallara uyulduğunu yazarlar beyan eder. Aksi bir durumun tespiti halinde Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisinin hiçbir sorumluluğu olmayıp, tüm sorumluluk çalışmanın yazarlarına aittir.

**Yazar Katkıları:** Nurdan ORAL KARA ve Dilek ŞAHİN çalışmanın tüm bölümlerinde ve aşamalarında katkı sağlamışlardır. Yazarlar esere eşit oranda katkı sunmuştur.

**Çıkar Beyanı:** Yazarlar ya da herhangi bir kurum/ kuruluş arasında çıkar çatışması yoktur.

**Ethics Statement:** The authors declare that the ethical rules are followed in all preparation processes of this study. In the event of a contrary situation, the Journal of Public Administration and Policy has no responsibility and all responsibility belongs to the author of the study.

**Author Contributions:** Nurdan ORAL KARA and Dilek ŞAHİN have contributed to all parts and stages of the study. The authors contributed equally to the study.

**Conflict of Interest:** There is no conflict of interest among the authors and/or any institution.

## KAYNAKÇA

- Adrien, M. H., Bamberger, M., Conner, R. F., Djokovic-Papic, D. ve Hancioglu, V. (2008). Bridging The Gap: The Role Of Monitoring And Evaluation In Evidence-Based Policy Making. United Nations Children's Fund (UNICEF).
- Allen M, Bruflat R, Fucilla R, et al. (2000). Testing The Persuasiveness Of Evidence: Combining Narrative And Statistical Forms. *Commun Res Rep*, 17, 331–336.
- Altun, T., Şahin, F. ve Öztaş, N. (2017). Kamu Politikalarının Belirlenmesi ve Uygulanmasında Büyük Veri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22 (Kayfor 15 Özel Sayısı), 2021-2044.
- Ari, H. O., Islek, E., Özatkan, Y., Bilir, K., Demirkesen Mert, I., Özcan Çetin, E. H., ... ve Erguder, T. (2021). EVIPNet Evidence Brief For Policy: Reducing The Consumption Of Trans-Fats And Their Negative Impacts On Health İn Turkey. In *EVIPNet Evidence Brief For Policy: Reducing The Consumption Of Trans-Fats And Their Negative Impacts On Health In Turkey* (pp. 75-75).
- Arslan, D. T., ve Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY. *Sağlık Performans ve Kalite Dergisi*, 13(1), 99-126.
- Baicker, K. ve Chandra, A. (2017). Evidence-Based Health Policy. *N Engl J Med*, 377(25), 2413–2415.
- Banta, D. (2003). The Development Of Health Technology Assessment. *Health Policy*, 63(2), 121-132.
- Bayın, G. ve Akbulut, Y. (2012). Kanıta Dayalı Yaklaşım ve Sağlık Politikası. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 115–132. DOI: [https://doi.org/10.1501/Asbd\\_0000000022](https://doi.org/10.1501/Asbd_0000000022)
- Beylik, U. ve Orhan, F. (2018). Kanıta Dayalı Sağlık Politikaları. (1. Baskı). içinde (263-294), Nobel Yayınevi, Ankara.
- Black, N. ve Donald, A. (2001). Evidence Based Policy: Proceed With Care Commentary: Research Must Be Taken Seriously. *BMJ*, 323(7307), 275-279.
- Brownson, R. C., Chriqui, J. F. ve Stamatakis, K. A. (2009). Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal Of Public Health*, 99(9), 1576-1583.
- Budiharsana, M. (2017). Increasing Use of Research Findings in Improving Evidence-Based Health Policy at the National Level. *Kesmas: National Public Health Journal*, 12(2), 49. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v0i0.1905>
- Caplan, N. (1979). The Two-Communities Theory And Knowledge Utilization. *American Behavioral Scientist*, 22(3), 459-470.

- Coast, J., Donovan, J. ve Frankel, S. (1996). Priority Setting: The Health Care Debate.
- Cookson, R. (2005). Evidence-Based Policy Making in Health Care: What It Is And What It Isn't. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(2), 118-121.
- Çakmakçı, S., ve Kahyaoğlu, D. T. (2012). Yağ Asitlerinin Sağlık ve Beslenme Üzerine Etkileri. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, (2), 133-137.
- Davies, H., Nutley, S. ve Smith, P. (2000). Introducing Evidence-Based Policy And Practice In Public Services. In What works? *Policy Press*, (pp. 1-12).
- De Marchi, G., Lucertini, G. ve Tsoukiàs, A. (2016). From Evidence-Based Policy Making To Policy Analytics. *Annals of Operations Research*, 236(1), 15-38.
- Dobrow, M. J., Goel, V. ve Upshur, R. E. (2004). Evidence-Based Health Policy: Context And Utilisation. *Social Science and Medicine*, 58(1), 207–217. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00166-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00166-7)
- Donnison, D. (1972). Research For Policy. *Minerva*, 519-536.
- Ertürk Atabey, S. (2018). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. (3. Baskı). Gazi Kitabevi.
- EUnetHTA. (2015). Core Protocol Pilot for Additional Evidence Generation. Erişim tarihi: 12 Haziran 2022. [https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/01/eunetha\\_core\\_protocol\\_pilot\\_for\\_aeg\\_0.pdf](https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/01/eunetha_core_protocol_pilot_for_aeg_0.pdf)
- Frankel, S., Ebrahim, S. ve Smith, G.D. (2000). The Limits To Demand For Health Care. *Br. Med. J.* 321: 40-5.
- Freiberg, A. ve Carson, W. G. (2010). The Limits to Evidence-Based Policy: Evidence, Emotion and Criminal Justice 1. *Australian Journal of Public Administration*, 69(2), 152-164.
- Garrido, M. V., Gerhardus, A., Røttingen, J. A. ve Busse, R. (2010). Developing Health Technology Assessment To Address Health Care System Needs. *Health Policy*, 94(3), 196-202.
- Gough D, Thomas J ve Oliver S. (2019). Clarifying Differences Between Reviews Within Evidence Ecosystems. *Syst Rev.*, 8(1), 170.
- Gray, J. A. M. (2001). Evidence-based healthcare. Elsevier Health Sciences.
- Gray, J. M. (2004). Evidence based policy making. *BMJ*, 329(7473), 988-989.
- Greenhalgh, T. ve Donald, A. (2009). Evidence Based Health Care Workbook: Understanding Research, Soltani Arabshahi K, Ajami A, Hemmati P, trans. *Tehran: Iran University of Medical Sciences, Koosyar*.



Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, et al. (Evidence-Based Working Group) Evidence-Based Medicine: A New Approach To Teaching The Practice Of Medicine. *JAMA* 1992, 268(17), 2420-5.

<https://www.euroscan.org/> international HealthTechScan

<https://www.inahta.org/> The International Network of Agencies for Health Technology Assessment

Kalkınma Bakanlığı (2015). 2015-2018 Bilgi toplumu stratejisi ve eylem planı. *Erişim adresi: <http://www.bilgitoplumustratejisi.org/download/docfile/8a9481984680deca-014bea4232490005>*.

Kislov R, Wilson P, Cummings G, Ehrenberg A, Gifford W, Kelly J, et al. (2019). From Research Evidence To “Evidence By Proxy”? Organizational Enactment Of Evidence-based Health Care In Four High-Income Countries. *Public Adm Rev.*, 79(5):684–98.

Köktaş, Ö. F. ve Köseoğlu, Ö. (2015). Kanıta Dayalı Kamu Politikası Yapımı: Sosyal Bilim Araştırması ve Kamu Politikaları İlişkisini Yeniden Dizayn Etmek için Bir Fırsat Mı?. *Yasama Dergisi*, (29), 32-57.

Kristensen, F. B. ve Hørdler, M. (2007). *Health Technology Assessment Handbook*. Danish Institute for Health Technology Assessment.

Lindsey LLM ve Ah Yun K. (2003). Examining The Persuasive Effect Of Statistical Messages: A Test of Mediating Relationships. *Commun Stud.*, 54, 306–321.

Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-Based Health Policy-Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274(5288), 710–743.

Musgrove, P., Crese, A., Preker, A., Baeza, C., Anell, A. ve Prentice, T. (Principal writers) (2000) The World Health Report 2000 - Health Systems: improving performance. The World Health Organization, Geneva. Available at <http://www.who.int/whr/2000/en/report.htm>

Nutley, S. M., Walter, I., ve Davies, H. T. (2007). What does it mean to ‘use’ research evidence?. In *Using evidence*, Policy Press, (pp. 33-60).

Petticrew, M. ve Roberts, H. (2003). Evidence, Hierarchies and Typologies: Horses For Courses. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(7), 527-529.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence Based Medicine: What It Is And What It Isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.

- Sanderson, I. (2002). Evaluation, Policy Learning And Evidence-Based Policy Making. *Public Administration*, 80(1), 1-22.
- Sharma T, Choudhury M, Kaur B, Naidoo B, Garner S, Littlejohns P, et al. (2015) Evidence Informed Decision Making: The Use Of “Colloquial Evidence” at NICE. *Int J Technol Assess Health Care*, 31(3):138–46.
- Smith, K. (2013). The Fluctuating Fortunes of ‘Evidence-Based Policy’. In *Beyond Evidence-Based Policy in Public Health* Palgrave Macmillan, London, (pp. 1-41).
- Straus, S. E. ve McAlister, F. A. (2000). Evidence-Based Medicine: A Commentary On Common Criticisms. *Cmaj*, 163(7), 837-841.
- Ti, L., Hayashi, K., Ti, L., Kaplan, K., Suwannawong, P. ve Kerr, T. (2017). Knowledge Translation To Advance Evidence-Based Health Policy In Thailand. *Evidence and Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 13(4), 723–731. <https://doi.org/10.1332/174426416X14658366045377>
- Tricco AC, Zarin W, Ghassemi M, Nincic V, Lillie E, Page MJ, et al. (2018). Same Family, Different Species: Methodological Conduct And Quality Varies According To Purpose For Five Types Of Knowledge Synthesis. *J Clin Epidemiol*. 96, 133–42.
- Tugay Arslan, D. ve Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 13(1), 99–126. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/339302>
- Türk Gıda Kodeksi Gıdalara Vitaminler, Mineraller ve Belirli Diğer Öğelerin Eklenmesi Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2007, 7 Mayıs) T.C. Resmî Gazete (Sayı: 31120) Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/05/20200507-4.htm>
- TÜSPE. (2022). <https://www.tuseb.gov.tr/tuspe/hakkimizda>
- Weiss, C. H. (1977). Using Social Research In Public Policy Making. Lexington Books.
- Weiss, C. H. (1980). Knowledge Creep And Decision Accretion. *Knowledge*, 1(3), 381-404.
- Weiss, C.H. (1979). The Many Meanings Of Research Utilization. *Public Administration Review*. 39. 426-431.