

SAĞLIK YÖNETİMİ

Alanında Uluslararası
Güncel Yaklaşımlar

Haziran 2026

EDİTÖR

DOÇ. DR. HİLAL KUŞCU KARATEPE



Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief • C. Cansın Selin Temana

Kapak & İç Tasarım / Cover & Interior Design • Serüven Yayınevi

Birinci Basım / First Edition • © Haziran 2026

ISBN • 978-625-8810-26-4

© copyright

Bu kitabın yayın hakkı Serüven Yayınevi'ne aittir.

Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz. The right to publish this book belongs to Serüven Publishing. Citation can not be shown without the source, reproduced in any way without permission.

Serüven Yayınevi / Serüven Publishing

Türkiye Adres / Turkey Address: Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak

Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA

Telefon / Phone: 05437675765

web: www.seruyenyayinevi.com

e-mail: seruyenyayinevi@gmail.com

Baskı & Cilt / Printing & Volume

Sertifika / Certificate No: 47083

SAĞLIK YÖNETİMİ ALANINDA ULUSLARARASI GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

EDİTÖR **DOÇ. DR. HİLAL KUŞCU KARATEPE**

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

AFETLERDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ1

Kazım BAŞ

BÖLÜM 2

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DEĞİŞİME DİRENÇ: YAPAY ZEKÂ VE
DİJİTALLEŞME SÜRECİNDE BİR DEĞERLENDİRME17

Mustafa ERBİR

Maşide GÜRCÜ

BÖLÜM 3

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE EKONOMİK DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİNE
GENEL BİR BAKIŞ31

Osman ŞAHMAN

Mehmet TOP

BÖLÜM 4

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAYNAK BAĞIMLILIĞI KURAMI61

Gülsün ERİGÜÇ

Pınar Nur DALGIÇ

BÖLÜM 5

TIBBİ SEKRETERLER AÇISINDAN SESSİZ İSTİFANIN ÖNCÜLLERİ VE
SONUÇLARI87

Simge SAMANCI



AFETLERDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

Kazım BAŞ¹

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Munzur Üniversitesi, Tunceli Meslek Yüksekokulu
ORCID: 0000-0002-5061-4006

GİRİŞ

Dünyada yaşayan insanların dörtte birinin doğal afet riski altında olduğu (Feng ve Cui, 2021), son yıllarda giderek artan afetlerin çoğu ülkede insan ve doğa üzerinde istenmeyen olumsuz etkilerinin afetin türü, büyüklüğüne göre farklılık gösterdiği (Ayyad vd., 2025) ve afet zararlarının azaltılmasında etkili afet yönetiminin kritik rolü olduğu bildirilmiştir (Nyimbili ve Erden, 2018). Türkiye’de ise son yıllarda yaşanan afetlerin (Kahramanmaraş merkezli deprem, yangın, sel, çığ, heyelan vb.), ciddi ölüm, yaralanma, ekonomik kayıplarla birlikte çevre üzerinde olumsuzluk etkilerinin olduğu görülmüştür (Yurtlu vd., 2024; Akar vd., 2024, Baş, 2025). Türkiye’de, 6 Şubat 2023’te meydana gelen Kahramanmaraş merkezli ve on bir ili etkileyen deprem büyük yıkıma neden olmuştur. Yaşanan bu deprem nedeniyle ülkemizde elli binin üzerinde insanın ölmüş, üç milyondan fazla insan ise bulunduğu yerleşim yerlerden başka illere göç etmek zorunda kalmıştır ve son yıllarda yaşan en büyük deprem olarak çok boyutlu yıkıcı sonuçları olduğu vurgulanmıştır (Varol ve Kılıç, 2026). Afetlerin, insan ve doğaya verdiği büyük zararlarının önlenmesi ve azaltılmasında disiplinlerarası yaklaşım ve farklı uzmanlık alanlarıyla çalışmayı gerekli kılmaktadır (Sarı ve Özer, 2024; Genç vd., 2026). Literatürde farklı afet kavramı tanımı olmakla birlikte genellikle afet kavramı; toplumun tümünü ya da belirli bir kesimini sosyal, ekonomik ve siyasi olarak olumsuz etkileyerek, neden olduğu yaralanma ve kayıplılarla, çevreyi tehdit edip, genellikle etkilediği toplumun başa çıkma kapasitesini aşan ve normal yaşamın akışını durduran olağanüstü, ani gelişen doğa, insan (teknolojik) kaynaklı olay olarak tanımlanmıştır (Yurtlu vd., 2024; Akar vd., 2024; Baş, 2024).

Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu’nun (IFRC) raporuna göre, her yıl dünya genelinde 500’den fazla afet meydana geldiği ifade edilip ve yaşanan bu afetlere bağlı yaklaşık 75.000 inansın ölümüne neden olduğu, ayrıca bu afetlerin 570 milyondan fazla insanı olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Feng ve Cui, 2021). Afetler ortaya çıktığında yalnızca ciddi ekonomik ve can kayıplarına neden olmakla kalmaz, aynı zamanda acil durum planlarının oluşturulması, afet sahalarının yönetimi, acil durum malzemeleri ile ilaçların sevki ve taşınması ile mağdurların tahliyesi, kurtarılması gibi birçok zorlukla mücadeleyi zorunlu kılmaktadır (Feng ve Cui, 2021; Nash, 2025). Afet anı ve sonrasında meydana ölüm, yaralanmalar insan yaşamını olumsuz etkilemektedir. Diğer yandan neden olduğu olumsuz siyasal, ekonomik, sosyal etkilerle birlikte çevresel koşulların bozulması birey ve toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir (UNISDR, 2017; Bardak, 2025). Afetler, önemli sağlık riskleriyle birlikte afet anında sağlık kurumlarının ve acil müdahale ekiplerinin normal kapasitesini aşan çok sayıda yaralıya müdahale etmelerini gerektirmektedir (Nash, 2025). Sağlık kuruluşları afet anı ve sonrasında ilk

müdahaleyi gerçekleştiren en önemli kurumlardır. Bu nedenle sağlık kuruluşların afete hazırlıklı olması ve dayanıklılığının artırılması olası afetlerde zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme aşamalarında afetlere yanıt verebilmede hayati rol oynayabilirler (Noboa-Ramos vd., 2023; Yetkin, 2026). Bu nedenle sağlık kurumlarının, afet olaylarına kesintisiz yanıt vererek hizmet vermesi, afetzedelerin sağlığını sürdürmesi ve hayatta kalması açısından belirleyici olabilmektedir. Dolayısıyla sağlık kurumlarının, doğa ve insan kaynaklı olumsuz olayların etkilerine karşı dirençli olacak şekilde planlanması ve inşa edilmesi stratejik önem taşımaktadır. Bu kurumların ekipmanlarının zarar görmemesi ve operasyonel kapasitesinin dinamik olmasını sağlayarak, sağlık personelinin acil bakım sağlamaya yönelik çalışmalarının kesintisi devam etmesi gerekmektedir (Silva vd., 2024). Afet yönetiminde sağlık tehditlerinin önceden öngörülmesi, hazırlık aşamasının etkili olmasını sağlamaktadır. Bu kapsamda, sağlık sisteminde etkili gözetim sistemleri aracılığıyla sağlık tehditlerinin erken tespit edilerek, hızlı yanıt verilmesi afetlerin potansiyel etkilerin azaltılmasına katkı sağlamaktadır. Afet ve kriz durumlarında müdahale ekipleriyle birlikte, halk sağlığı acil durum hazırlığı, hastaneler ve acil servisleri kapsayan sağlık altyapısının dayanıklılığının artırılması, artan hasta ve sağlık sorunlarının yönetilmesi açısından büyük öneme sahiptir (Afrihyia vd., 2025). Dolayısıyla afet yönetiminde; afet risk azaltma stratejilerini sağlık politikalarına entegre eden ülkelerin, yaşanan kriz dönemlerinde daha güçlü müdahale kapasitelerine sahip oldukları ve yaşanan afetlerde görülen ölüm, hastalık oranlarını azaltabildikleri vurgulanmıştır (Soyege vd., 2024).

Acil tıp ekipleri, afet sonrasında afetzedelerin kurtarılması, sağlığına kavuşması ve mevcut durumlarının daha da kötüleşmemesi için hızlı müdahale ederek gerekli tıbbi bakım ile yardım sağlamasından sorumludurlar Acil tıp ekipleri, çeşitli sağlık profesyonellerinden oluşan ekipler olarak afet müdahalesinde tıbbi bakımın sağlanmasında hayati rol üstlenirler (Seton vd., 2025). Literatürde afetin türüne göre değişmekle birlikte genellikle afete müdahalede yaşanan zorluklar;

- Operasyonel ve erişim zorlukları,
- Sağlık hizmeti sunumu ve altyapıya bağlı sorunlar,
- İletişim ve veri yönetime bağlı yaşanan sorunlar,
- Kaynak kullanımı ve ekip yönetimiyle ilgili sorunlar olarak sıralanmıştır (Kondo vd., 2025; Seton vd., 2025; Casey vd., 2025).

Dünya genelinde artan afetlerin olumsuz etkilerinin azaltılması ve sağlık hizmetlerinin afet krizleri sırasında etkin bir şekilde yürütülmesi amacıyla, sağlık kurumları ve farklı kurumları kapsayan entegre bir afet yönetimi çer-

çevesi geliştirilmiştir (Ayyad vd., 2025). Bu afet yönetim çerçevesi; Dünya Sağlık Örgütü'nün, afet yönetiminde sağlık sistemlerinin kritik rolünü vurgulayan Sağlık Acil Durumları ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi (2019) yaklaşımı ile Sendai Afet Risklerinin Azaltılması Çerçevesi, Paris İklim Anlaşması ve Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2015–2030) gibi uluslararası düzenlemelerde yer verilmektedir (WHO, 2019; Ayyad vd., 2025). Bu çerçeve yaklaşımlarında, afet yönetiminde kapsamlı kaynak koordinasyonu ve afet hazırlığının yapılmasının yanında halk sağlığı hizmetleriyle birlikte hastanelerin güçlendirilmesi, afet sonrası hayat kurtarıcı bakımın sağlanmasında önemli rolü olduğu vurgulanmıştır. Bu kapsamda, sağlık çalışanlarının da afet ve benzeri krizleri yönetmeye hazır olmalarının kritik öneme sahip olduğu belirtilmiştir (Ayyad vd., 2025).

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

Acil tıp klinik bir uzmanlık alanı olarak, hastane öncesi (prehospital) ve hastane acil servis (emergency room) temelli bakım sağlama üzerine odaklanan sağlık hizmetlerinin önemli bileşenidir. Acil sağlık hizmetleri; hastane öncesi ve hastane acil servislerinde, acil müdahale komsunda eğitimli ekipler tarafından, tıbbi ekipman desteğiyle sunulan tüm hizmetleri kapsamaktadır (Mahon ve Rifino, 2024; Tintinalli vd., 2025). Acil Tıp, acil müdahale ihtiyacı olan tüm hastalara, 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet veren ve herhangi bir acil sağlık probleminde olay yerinde anında doğru şekilde bakım sağlayan bir uzmanlık alanı olduğu ifade edilmiştir. Acil tıp hizmetlerinin afet anı ve sonrasında etkili yönetimi afetzedelerin hayatta kalma şansını artırdığı gibi kayıpları önemli oranda azaltabildiği görülmüştür (Tintinalli vd., 2025). Ayrıca acil sağlık hizmetleri kitlesel yaralanma olayları, doğal afetler ve pandemiler gibi küresel sağlık acil durumlarında özellikle hastane acil servislerin önemi daha da belirgin hale gelmiştir. Örneğin COVID-19 krizinde acil servislere başvuru artarak aşırı hasta yoğunluğu yaşandığı durumlarda, hastane acil sağlık personeli bakımın sürekliliğini sağlamak ve sınırlı kaynakları en etkin şekilde kullanmada kritik rol oynamıştır (Alanazi vd., 2025). Acil sağlık hizmetleri kapsamı geniş bir çerçevede ele alınarak aşağıdaki başlıklar halinde değerlendirilmektedir (Tintinalli vd., 2025).

Acil Tıp Çerçevesi ve Kavramları

1-Küresel nüfus tabanlı bir uzmanlık: Acil tıp, Uluslararası Acil Tıp Federasyonu tarafından dünyada çoğu ülkede bağımsız bir uzmanlık olarak tanınmaktadır. Acil tıp, tüm hastalıkları, tüm şiddet seviyelerini, tüm yaş gruplarını, herhangi bir gün ve saatte tedavi etmektedir. Ayrıca acil tıbbi müdahalede hedeflenen nüfusu belirlemek zorlaştığı gibi acil müdahale ihtiyacı olan hastaların şikâyet ve tüm bakımını önceden planlamak zordur. Çünkü acil müdahale ani gelişen ve müdahale edilmesi gereken durumlar olduğu

belirtilmiştir (Tintinalli vd., 2025; Sudhi vd., 2025)).

2-Bir bakım sistemi: Acil tıp sistemi, bu sistemi yönetmek için eğitilmiş acil hekimlerinin liderliğinde çalışan organize sağlık profesyonellerinin tümünü kapsamaktadır. Bu sağlık profesyonelleri arasında hekimler, hemşireler, ileri bakım sağlayıcıları (hemşire uygulayıcı veya hekim asistanı), acil müdahale ekipleri, paramedikler ve ilk müdahale ekipleri bulunur. Acil müdahale bakım sistemi, hastane öncesi olay yerinde başlar, hastanın nakliyle birlikte hastanede devam eden bir süreçtir (Tintinalli vd., 2025; Kemnitz vd., 2025).

3-Eşsiz bir klinik uygulama: Acil tıp hizmetleri, sayısı gittikçe artan farklı yaş ve grupta hastalara aynı anda hizmet sunan ve tedavi eden tek uzmanlık alanıdır (Tintinalli vd., 2025; Kemnitz vd., 2025)..

4- Yönetim uzmanlığı: Acil tıp sistemindeki yönetim birçok bileşeni kapsamaktadır. Bu yönetim bileşenleri ise;

- Karar verme,
- Planlama,
- Acil tıp hizmetleri hizmetlerini organize etme ve yönlendirme,
- Bütçe hazırlama ve faturalamayı denetleme,
- Personel alımı, eğitimi ve planlaması,
- Ekip çalışması,
- Acil müdahale politika ve prosedürleri geliştirme,
- Sağlık sisteminin hedef ve yeteneklerine uyumlu çalışma ortamının sağlanması olarak sıralanmıştır (Tintinalli vd., 2025; Kemnitz vd., 2025).

Afet yönetiminde, etkili bir acil durum ve afet müdahale planı, sağlık hizmetleri yönetimi açısından kritik öneme sahip olup ve zamanında müdahale edilmesini sağlayarak olası olumsuz sonuçları azaltabildiği vurgulanmıştır (Sudhi vd., 2025). Acil Tıp Ekibi (Emergency Medical Team, EMT) felaketler, salgınlar ve diğer ciddi sağlık etkilerine karşı acil durumlarda konuşlandırılabilen saha klinikleri, hastaneler ve uzman sağlık ekiplerinden oluşmaktadır. Acil tıp ekipleri, ulusal, bölgesel ve küresel sağlık acil durum işgücünün kritik bileşenlerinin önemli parçasıdır. Bu ekipler acil sağlık durumlarına hızlı, yüksek kaliteli ve kendi kendine yeterli müdahale yetkinliğine sahiptirler. Acil tıp ekipleri, sağlık acil durumlarında etkilenen nüfusa kritik hizmetler sunmak amacıyla klinik, ruh sağlığı, halk sağlığı, lojistik ve su/kanalizasyon/hijyen personelinden oluşan çok disiplinli bir işbirliği kapsamında yürütürler (Casey vd., 2025). 2023 yılında, Acil Tıp Ekibi(EMT Stratejik Danışma Grubu (EMT SAG), Acil Tıp Ekipleri 2030 stratejisini benimsemiş; bu strateji, ulusla-

rarası müdahale kapasitesinin değerini kabul ederken, ulusal acil tıp ekiplerinin geliştirilmesi ve sürdürülebilirliğinin önemini vurgulamaktadır (Kayano vd., 2025). Bu strateji kapsamında:

- Ulusal acil tıp ekiplerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesi,
- Acil durumlarda erişilebilir ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sağlanması,
- Küresel ve bölgesel düzeyde acil tıp ekipleri ağı için ortaklıklar ve operasyonel yönetişimin güçlendirilmesi,
- Tüm düzeylerde standartlaşma birlikte kalite güvence politikasının önemi,
- Acil tıp ekiplerinin gelişimi ve eylemlerini iyileştirmek için bilgi sistemlerinin ve kanıt temelli verilerin güçlendirilmesi öncelik olarak belirlenmiştir (Casey vd., 2025; Kayano vd., 2025).

Afet yönetiminde, acil tıp servislerinde çalışan personelin afet öncesi hazırlık planlama aşamasında önemli rolleri bulunmaktadır. Bu rolleri kapsamında acil tıp personeli; hastane afet müdahale planlarının oluşturulmasında, planlama sürecinde, risk durumunun analiz edilmesi, afet eğitimleri, hastane ve acil servis müdahale planlarının organizasyonu ile birlikte afet anında acil servis hizmetlerinin yönetiminde görev almaktadırlar (Öztürk ve Karaca, 2023).

AFETLERDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Acil tıp hizmetlerinin afetlere karşı hazırlıklı olması, sağlıkla ilgili afet risklerinin yönetiminde kritik rol oynamaktadır. Bu kapsamda acil tıp hizmetleri, sağlık sistemlerinin ayrılmaz bir parçası olarak, acil durumlar, afetler ile hayati tehlike oluşturan yaralanmalarda müdahalede sağlık sistemlerinin başarısında önemli rol oynamaktadır. Acil tıp hizmetleri, topluma kapsamlı acil hizmet sunmanın yanında acil personeli, sağlık tesisleri ile ekipmanı organize edip, beklenmedik yaralanma ya da hastalık durumlarında bireylere hızlı, etkili hastane öncesi bakım sağlamakla birlikte gerektiğinde hastaların acil servislere nakledilmesini sağlayarak tedavi edilmektedir (Beyrami vd., 2024). Dünyanın çoğu ülkesinde, son yıllarda meydana gelen afetler, milyonlarca insanı olumsuz etkileyerek neden olduğu can kayıpları, maddi zararlar, ekonomik kayıplarla birlikte kitlesel göçlere yol açmıştır. Afetlerden kaynaklanan zararların tamamen önlenmesi her zaman mümkün olmadığı fakat geçmiş afetlerden elde edilen deneyimler aracılığıyla geliştirilen stratejilerin, bilinçli risk azaltma çabaları ve hazırlık planlaması için önemli bir temel sunmakta ve böylece etkin afet yönetimine katkı sağlamaktadır (Aktaş vd., 2025). Afet yönetimi süreci,

bir afeti izleyen ve bir sonraki afete kadar birbirini takip eden;

- Müdahale,
- İyileştirme,
- Yeniden inşa, zarar azaltma ve
- Hazırlık aşamalarının tümünü kapsayan bir süreci ifade etmektedir (Çebi ve Çöl, 2023; Pu vd., 2025).

Bu aşamalar, afet yönetiminin evreleri olarak da adlandırılmaktadır. Her evrede yürütülen çalışmaların başarısı, büyük ölçüde bir sonraki evredeki çalışmaların etkinliğini belirlediği ifade edilmiştir (Çebi ve Çöl, 2023). Afetlerin etkili yönetiminde önleme, hazırlık, müdahale, iyileşme ve azaltma aşamalarında her düzeyde afet yönetiminde acil durum yönetiminin bu aşamalara uygun organize edilerek, afet meydana gelmeden olası zararları en aza indirmesini azaltacağı gibi afet durumunda operasyonel stratejileri güçlendireceği belirtilmiştir (Pu vd., 2025; Catanoi vd., 2025). Dolayısıyla, afetlere hazırlık aşamasında, paydaşlar potansiyel acil durumlara karşı planlar geliştirildiği bu kapsamda acil müdahale personeline eğitim verilerek, erken uyarı sistemlerinin kurulmasını içerdiğini belirtilmiştir (Yetkin, 2026; Alana-zi vd., 2026). Afete müdahale aşamasında ise, bir afet meydana geldiğinde alınacak acil müdahale önlemleri içerdiği vurgulanmıştır. Bu önlemler ise; arama ve kurtarma, acil tıbbi bakım, barınma sağlama ve ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin verilmesini kapsadığı ve bu aşamada yapılan müdahaleyle can ve mal kaybının en az düzeye indirilmesi amaçlanmaktadır (Lerner vd., 2020; Alanazi vd., 2026). Afet yönetiminde son aşama olan, iyileşme aşamasında ise; kısa vadeli zorunlu ihtiyaçların karşılanmasıyla birlikte altyapının yeniden inşasını kapsamaktadır. Okullar, hastaneler ve sağlık kurumları gibi fiziksel ve fiziksel olmayan altyapıları ile gelecekteki hazırlıklar için derslerin çıkarılması gibi daha uzun vadeli süreçlerin planlanmasını kapsamaktadır. Yine müdahale ve iyileşme aşamaları arasındaki yanıt eylemleri ve müdahale ekiplerinin rolleri net bir şekilde ayrılmamış olmakla birlikte, müdahale aşaması çoğunlukla yerel yetkililer, hizmetler ve arama-kurtarma ekipleri tarafından yürütülürken, iyileşme aşamasındaki faaliyetler acil tıp hizmetleri ile diğer kuruluşlar tarafından yapılan hizmetleri kapsamaktadır. (Seton vd., 2025; Ocal ve Torun, 2025).

Ülkelerin sağlık sisteminde afet yönetiminin etkili yönetimi için afetin meydana gelmesinden itibaren güçlü yanıt vermesinin gerekli olduğu vurgulanmıştır. Afete güçlü yanıt verilmesinde hastane öncesi aşamadan başlayarak etkin bir olay yönetiminin yanında acil tıp sistemi personelinin iyi eğitilmesi, yetkin ve hazırlıklı olması, afetlerde kayıpları ve ölümleri azaltmada etkili olacağı ifade edilmiştir (Sahebi vd., 2022). Dolayısıyla dünyada

genelinde, yaşanan afetler krizlerine yanıt olarak acil tıp servislerinin koordinasyonu, etkinliği ve hazırlığı konusunda ortak bir fikir birliği bulunmaktadır. Bu nedenle, acil sağlık hizmetlerinin hazırlıklı olması afet yönetiminde hayati bir rol oynadığı geçmiş deneyimler göstermiştir. Yine Birleşmiş Milletler Afet Risk Azaltma Ofisi'ne göre, afet hazırlığı “hükümetler, müdahale ve iyileştirme grupları, topluluklar ve bireyler tarafından olası, yakın geçmişteki veya yaklaşmakta olan felaketlerin etkilerine karşı etkili bir şekilde hazırlanmak, yanıt vermek ve toparlanmak için geliştirilen beceri ve yetenekler” olarak tanımlanmıştır (Sahebi vd., 2022; Aminizade vd., 2022). Acil sağlık hizmetlerinin afet ve benzeri krizlere hazırlanmasında, yönetim yapılarının kurulup organize edilmesi, kapasite geliştirme, iletişim sağlama, koordinasyon ve iş birliğinin artırılmasıyla birlikte tatbikat ve eğitim yoluyla afete yanıt kapasitesini geliştiren dinamik, sürekli bir süreci içerdiği vurgulanmıştır. Son yıllarda afetler konusunda yapılan araştırmalarda, afet hazırlığının temel unsurları; kapasite geliştirme, bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanma, afet planlaması, etkili iletişim, acil durum eğitimi, politika geliştirme, finansal destek, koordinasyonu güçlendirme, güvenlik sağlama, erken uyarı sistemlerini devreye sokma, afete yanıt deneyimi ve yasal hususlar yer almaktadır (Sahebi vd., 2022; Aminizade vd., 2022; Beyrami vd., 2024).

Acil sağlık hizmetleri ekipleri, özellikle afet durumlarında, felaketin ilk anlarından itibaren hayat kurtarıcı müdahalelerde bulunmakta; ilerleyen süreçte ise sahra hastaneleri aracılığıyla sundukları bakım hizmetleriyle afetzedelerin genel sağlık seviyesinin iyileştirilmesine önemli katkı sağlamaktadır (Ay ve Sayan, 2025). Meydana gelen afetler sonucu oluşan ölümler, zararlar ve kayıpların artmasında hatalı karar ve uygulamalar önemli yer tutmaktadır. Ayrıca afetlerde alınan hatalı karar uygulamalar nedeniyle toplulukların afetin etkilerine karşı daha savunmasız hale gelebildiği belirtilmiştir. Bu nedenle, afet yönetiminde etkili önleme, müdahale, iyileştirmede aşamalarında çok sektörün yer alması ve bu sektörlerin afet yönetimine daha iyi entegre edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Farzaneh ve Banimostafaarab, 2025). Son yıllarda, dünya genelinde afetlerin insan ve çevre üzerine ciddi olumsuz etkileri artarak devam ettiği görülmüştür. Bu kapsamda afetlerin bu ciddi etkilerinin azaltılmasında uygun stratejilerin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Geliştiren bu stratejilerin afet sonrası yeni “afetlerin” oluşmasını önlemeye yönelik olması gerektiği ve odak noktasının ise acil müdahale stratejisinden daha bütüncül bir önleme stratejisine evrilmesi olduğu belirtilmiştir (Emaliyawati vd., 2025). Dünya Sağlık Örgütü, acil sağlık hizmetlerini, sağlık sisteminin etkili işlevsel ve bir ayrılmaz bir parçası olarak kabul etmektedir. Bu nedenle acil sağlık sistemlerinin afet ve kriz durumlarına hazırlıklı olması büyük önem taşımaktadır. Bunun için, ülkelerin kriz bakım standartlarını harekete geçirecek tetikleyicileri belirleyen kapsamlı afet planlarına sahip ol-

maları gerekmektedir. Bu planlar, personelin eğitimi, sistem aksaklıkları durumunda uygulanacak simülasyonlar ve alternatif prosedürlerin öğretilmesi amacıyla düzenlenen tatbikatları ve personelin hem fiziksel hem de zihinsel baş etme kapasitesini yönetmeye yönelik destek önlemlerini de kapsamalıdır (Mahon ve Rifino, 2024).

TÜRKİYE’DE AFETLERDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

Türkiye’de yaşanan Marmara depremi (1999) sonrası geç müdahale edilmesi afet yönetimindeki eksiklik ve yetersizliklerin gündeme gelmesini sağlamıştır. Afet yönetiminde çözüm için yeniden yapılanma ihtiyacı olduğu görülmüştür. Bu amaçla Türkiye’de afet yönetimi kapasitesinin artırılması ve paydaşlarla etkili yönetim sağlamak için “Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı” kurulup (2009) afet yönetiminde tek yetkili kurum olmuştur. Fakat süreç içinde yaşanan Van (2011), Elazığ (2020) ve İzmir (2020) depremleri ve son olarak Kahramanmaraş merkezli ve on bir ili etkileyen depremden sonra afet yönetimi sisteminin yeniden dönüşümü ihtiyacı açığa çıkmıştır (Baş, 2024; Tümer ve Eren, 2026). Örneğin dijitalleşmenin afet yönetimini kolaylaştırıcı rolünün artan önemi bu alanda hızlı değişimi sağlayarak, afet yönetiminde kurumlar ve paydaş arasında yönetimi güçlendiren “e-afet yönetimi” hayata geçirmiştir. Yaşanan Kahramanmaraş merkezli depremlerde dijitalleşme araçlarının afet yönetiminde kritik rolünün olduğu görülmüştür. Bu kapsamda E-afet yönetimi uygulamasını etkili kılmak için AFAD bünyesinde geliştirilen Afet Yönetim Karar Destek Sistemi (AYDES) uygulaması afet ve acil durumların etkili yönetimi için hayata geçirilmiştir (Yıldırım ve Turan, 2026).

Türkiye afet yönetiminde yetkili tek kurum Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) 2009 yılında başbakanlığa bağlı kurulmuş olup ve Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminden sonra (2018), İçişleri Bakanlığına bağlanmıştır. Türkiye Afet Yönetim Stratejisini, AFAD yönetim anlayışı kapsamında; Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP), Türkiye Afet Risk Azaltma Planı (TARAP), Türkiye Afet Sonrası İyileştirme Planını (TASİP) ve İl Afet Risk Azaltma Planları (İRAP) oluşturmaktadır (Çebi vd., 2023; Yılmaz ve Gülüm, 2024; Tümer ve Eren, 2026).

Türkiye Afet Müdahale Planı Hedefleri (TAMP);

- Hayat kurtarmak,
- Kesintiye uğrayan İnsan yaşamını ve faaliyetlerini en kısa sürede normale döndürmek,
- Müdahale çalışmalarını hızlı ve planlı bir şekilde gerçekleştirmek
- Afet bölgesi ve çevresinin güvenliğini sağlamak,

- Toplum sağlığını korumak ve sürdürmek,
- Mülkiyet, çevre ve kültürel mirası korumak,
- Ekonomik ve sosyal kayıpları azaltmak,
- İkincil afetleri önlemek ya da etkilerini azaltmak,
- Halkı bilgilendirmek ve süreçle ilgili iletişimi canlı tutmak,
- Kaynakların etkin kullanımını sağlamak olarak belirlenmiştir (Yılmaz ve Gülüm, 2024).

TAMP ile eşgüdüm halinde çalışan paydaş kurumların merkez teşkilatları;

- İçişleri Bakanlığı
- Ulaştırma ve Alt Yapı Bakanlığı
- Milli Savunma Bakanlığı
- Sağlık Bakanlığı
- Hazine ve Maliye Bakanlığı
- Çevre, Şehircilik ve İklim Bakanlığı
- Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
- Tarım ve Orman Bakanlığı
- Türk Kızılay şeklinde sıralanmıştır.

Merkez teşkilatlarına bağlı İlde, İl Afet Müdahale Planı kapsamında Valilik İl Afet ve Acil, durum Müdürlükleri koordinasyonunda aynı kurumların taşra teşkilatları görev yapmaktadır (Yılmaz ve Gülüm, 2024; saglik.gov.tr, 2025).

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) kapsamında, merkezi ve taşra birimleri acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve afetlerde acil müdahalede sağlık hizmetlerinin etkili yürütülüp, koordinasyonunun sağlanmasında yetkili kurumdur. Bakanlığın acil sağlık hizmetleri merkez ve taşra birimleri aşağıda yer almaktadır (Saral ve Koçak, 2024).

1. Merkez Teşkilatı (Sağlık Bakanlığı merkez birimleri)

Acil sağlık hizmetleri bakanlığın merkez teşkilatında, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Acil Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı ile Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı tarafından planlanıp, afet ve acil durumlar için standartlara uygun merkez ve taşra teşkilatında uygulanmak üzere politikalar geliştirilmektedir.

Görevleri ise:

- 112 acil sağlık hizmetlerinin Türkiye genelinde planlanması,
- Ambulans, acil sağlık istasyonları ile helikopter ve uçak ambulans gibi sistemlerin organizasyonu,
- Afet ve olağanüstü durumlarda sağlık hizmetlerinin koordinasyonu,
- Yönetmelik ve mevzuat hazırlığı,
- Eğitim, denetim ve kalite standartlarının belirlenmesi (saglik.gov.tr, 2025).

2. Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM); SAKOM, afet, sağlık krizleri, salgınlar ve diğer olağan üstü durumlarda sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlayarak etkili afet müdahale sürecini yürütür. Bu merkez Dünya ve Türkiye’de, meydana gelen afetler ve olağandışı durumlarda normal yaşamı ve faaliyetleri durduran ya da kesintiye uğratan, insan sağlığını tehdit eden ve acil müdahale gerektiren olaylarda yetkili merkezdir. Ayrıca ulusal veya uluslararası düzeyde koordinasyon gerektiren kriz durumunun kesintisiz izleyip, verileri toplayarak sürecin yönetiminde kullanılmasını sağlayıp ve bu bilgileri anlık olarak yetkili makamlar ile ilgili kurumlarla paylaşan birimdir. SAKOM birimin merkez ve taşrada operasyonel idari ve teknik destek bölümlerinden oluşmaktadır. Ayrıca bu merkez (SAKOM) afet konusunda farklı kaynaklardan toplanan verilerin güvenilirliğini teyit edip anlık yerelde valilik ve İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğüne bağlı İl Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi (AADYM) ile paylaşmaktadır. Böylece kriz ve afet durumlarında sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamada önemli işlev görmektedir (Tosun ve Otlamaz, 2025; saglik.gov.tr, 2025)

İl düzeyinde bakanlığın taşra teşkilatı yapılanmasında;

- 112 Komuta Kontrol Merkezi (arama, yönlendirme, koordinasyon),
- 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları (ambulans ekipleri),
- UMKE (Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi),
- Hava ve deniz ambulans birimleri (olan iller),
- Afet ve olağanüstü durum planlama birimleri yer almaktadır (Çebi vd., 2023).

Türkiye’de, 2004 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan UMKE afetler ve acil durumların yönetiminde kritik rolü oynamaktadır. Bu ekip (UMKE), afetler, kazalar ve acil durumlara müdahale ederek sağlık hizmetleri sunulmasında ve acil durumların koordine edilmesinde merkez ve taşra teşkilatında faaliyet yürüten ekiplerden oluşmaktadır. (Avcıl, 2024; Karçin,

2024). 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş merkezli yaşanan ve on bir ili etkileyen depremlerden çıkarılan dersler ışığında UMKE organizasyon yapısı açısından yeniden gözden geçirilerek koordinasyon ve müdahale kapasitesinin daha da güçlendirilmesi amaçlanmıştır (Karçin, 2024; Avcıl, 2024).

SONUÇ

Afetlerin yönetiminde, etkili bir acil durum ve afet müdahale planının sağlık hizmetleri yönetimi açısından kritik öneme sahip olduğu ve afetlere zamanında müdahale edilmesini sağlayarak olası olumsuz sonuçları önüne geçtiği görülmüştür. Acil sağlık hizmetleri ekipleri, afet durumunda, ilk anlarından itibaren hayat kurtarıcı müdahalelerde bulunarak aynı zamanda ilerleyen süreçte ise sahra hastaneleri aracılığıyla sundukları bakım hizmetleriyle afetzedelerin genel sağlık seviyesinin iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır. Bu nedenle acil sağlık sistemlerinin afetlere hazırlıklı olmasının hayati önemi vardır. Bunun için, ülkelerin kapsamlı acil durum ve afet yönetimi planlarına sahip olmaları, bu planları ihtiyaçlara göre sürekli güncellemesinin yanında afet yönetiminde acil sağlık hizmetleri kapasitesinin güçlendirilmesi ve hazırlık olmasının hayati önemde olduğu görülmüştür.

KAYNAKLAR

- Afrihyia, E., Chianumba, E. C., Forkuo, A. Y., Mustapha, A. Y., & Omotayo, O. (2025). Public health emergency preparedness and crisis response: Strengthening national strategies against emerging threats. *International Journal of Advanced Multidisciplinary Research and Studies*, 5.
- Akar, A., Akar, Ö., & Konakoğlu, B. (2024). Analysis of emergency assembly points for post-earthquake disaster management: a case study of Erzincan, Türkiye. *Natural Hazards*, 1-34.
- Alanazi, F. H., Alanazi, S. M., Alanazi, F. S., Alanizi, N. M., Alenazi, M. A., Alonazi, K. A. O., ... & Alanazi, S. F. (2025). Emergency Medical Services in Hospitals: Bridging Acute Response and Comprehensive Care—A Systematic Review. *Vascular and Endovascular Review*, 8(1s), 94-100.
- Aminizadeh, M., Farrokhi, M., Ebadi, A., Masoumi, G., Kolivand, P., & Khankeh, H. (2022). Hospital preparedness challenges in biological disasters: A qualitative study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(3), 956-960.
- Aktas Potur, E., Aktas, A., & Kabak, M. (2025). A bibliometric analysis of multi-criteria decision-making techniques in disaster management and transportation in emergencies: towards sustainable solutions. *Sustainability*, 17(6), 2644.
- Ay, E., ve Sayan, İ. (2025). İstanbul'un acil sağlık hizmetlerinde afetlere hazırlık durumunun değerlendirilmesi: kurumlar ve çalışanlar üzerine bir analiz, *Kent Akademisi Dergisi*, 18(3): 1669-1691.
- Ayyad, F. A., Abdalsalam, R., Abdalla, E., Hamza, S. B., Alshareif, B. A., Ayyad, A. A., ... & Hassan, M. E. (2025). Perceived disaster preparedness, knowledge, and skills among Sudanese healthcare professionals during the armed conflict: cross-sectional study, 2024. *BMC Emergency Medicine*, 25(1), 79.
- Avcıl, S. (2024). Geçmiş deprem tecrübelerine dayanılarak sunulması gereken sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonu yaklaşımı. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(Özel Sayı), 120-134.
- Baş, K. (2024). Belediyelerin afet yönetimi kapasitelerinin değerlendirilmesi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 22(54), 2098-2116.
- Baş, K., (2025). Kahramanmaraş merkezli depremlerde profesyonel ekiplerle arama kurtarma çalışmasına katılanların deneyim ve görüşlerinin değerlendirilmesi. *Afet ve Risk Dergisi*, 8(2), 644-655.
- Bardak, F. (2025). Afet yönetimi ve halk sağlığı hemşireliği, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 147-162.
- Beyrami Jam, M., Aminizadeh, M., Akbari-Shahrestanaki, Y., & Khankeh, H. R. (2024). Evaluating the disaster preparedness of emergency medical services (EMS) facilities: a cross-sectional investigation in Iran. *BMC emergency medicine*, 24(1), 48.

- Casey, S. T., Noste, E. E., Cook, A. T., Muscatello, D., & Heslop, D. J. (2025). Emergency medical teams in WHO's Western Pacific Region. *Western Pacific surveillance and response journal: WPSAR*, 14(6 Spec edition), 1.
- Catanoi, N., Tofan, T., & Doncean, M. (2025). The importance of crisis management and the implementation of a crisis management plan in the medical, humanitarian, and economic sectors. *Revista de Management Comparat International*, 26(2), 329-340.
- Çebi, E., ve Çöl, M. (2023). Acil durumlar ve afetlerde halk sağlığı hizmetleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları*, 476.
- Emaliyawati, E., Ibrahim, K., Trisyani, Y., Nuraeni, A., Sugiharto, F., Miladi, Q. N., ... & Sutini, T. (2025). Enhancing disaster preparedness through tabletop disaster exercises: A scoping review of benefits for health workers and students. *Advances in Medical Education and Practice*, 1-11.
- Farzaneh, M. R., & Banimostafaarab, F. (2025). *Climate Change and DRM Laws Analysis in Developed Countries Based on the SES Framework. Health in Emergencies and Disasters Quarterly*. 2025; 10 (2): 95-106
- Feng, Y., & Cui, S. (2021). A review of emergency response in disasters: present and future perspectives. *Natural Hazards*, 105(1), 1109-1138.
- Genç, E. E., Bağış, K. O., & Genç, İ. (2026). Afet Alanlarında UMKE ve AFAD ekiplerinin koordinasyonu: çok disiplinli müdahale süreçlerinin analitik değerlendirilmesi. *Phoenix Medical Journal*, 8(1), 66-68.
- Karçin, M. Ş. (2024). Türkiye'nin afet yönetiminde UMKE'nin rolü. *Bitlis Eren Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 104-125.
- Kayano, R., Murray, V., Schmidt, T., Donahue, D. A., Barach, P., Al-Badri, J., ... & Abrahams, J. (2025). WHO initiatives to promote and accelerate research on health emergency and disaster risk management (Health EDRM). *Prehospital and Disaster Medicine*, 40(S1), s23-s24
- Kemnitz, M. G., Lupan-Muresan, E. M., Somville, F., Barcella, B., Shopen, N., de los Angeles López Hernández, M., & Heymann, E. P. (2025). A team without a name: emergency medicine recognition and its impact on working conditions and well-being. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 1-6.
- Kondo, H., Koido, Y., Kawashima, Y., Kohayagawa, Y., Misaki, M., Takahashi, A., ... & Toyokuni, Y. (2019). Consideration of medical and public health coordination-experience from the 2016 Kumamoto, Japan Earthquake. *Prehospital and disaster medicine*, 34(2), 149-154.
- Lerner, E. B., Schwartz, R. B., Coule, P. L., Weinstein, E. S., Cone, D. C., Hunt, R. C., Sasser, S. M., & Liu, J. M. (2020). Mass casualty triage: An evaluation of the data and development of a proposed national guideline. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(3), 255-264.

- Mahon, S. E., & Rifino, J. J. (2024). Role of emergency medical services in disaster management and preparedness. In *Ciottoni's Disaster Medicine* (pp. 12-18). Elsevier.
- Nash, C. (2025). Scoping Review of Triage Modifications to Emergency Medical Care in Hospitals Post-COVID-19. *Emergency Care and Medicine*, 2(1), 6.
- Noboa-Ramos, C., Almodóvar-Díaz, Y., Fernández-Repollet, E., & Joshipura, K. (2023). Healthcare and social organizations' disaster preparedness, response, and recovery experience: lessons learned from hurricanes Irma and Maria. *Disaster medicine and public health preparedness*, 17, e306
- Nyimbili, P. H., & Erden, T. (2018). Spatial decision support systems (SDSS) and software applications for earthquake disaster management with special reference to Turkey. *Natural Hazards*, 90(3), 1485-1507.
- Ocal, F. E., & Torun, S. (2025). Leveraging Artificial Intelligence for Enhanced Disaster Response Coordination. *International Journal of Disaster Risk Management*, 7(1), 235-246.
- Öztürk İnce, E., & Karaca, M. A. (2023). Depremlerde acil servis organizasyonu. *Community & Physician/Toplum ve Hekim*, 38(5).
- Pu, F., Li, Z., Wu, Y., Ma, C., & Zhao, R. (2025). Recent advances in disaster emergency response planning: integrating optimization, machine learning, and simulation. *arXiv preprint arXiv:2505.03979*.
- Sahebi, A., Golitaleb, M., Moayedi, S., Torres, M., & Sheikhbardsiri, H. (2022). Prevalence of workplace violence against health care workers in hospital and pre-hospital settings: an umbrella review of meta-analyses. *Frontiers in public health*, 10, 895818.
- Saral, B. Z., & Koçak, H. (2024). Dünyada ve Türkiye'de hastane afet planlarının organizasyon yapıları. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(2), 42-56.
- Sarı, B., & Özer, Y. E. (2024). Coordination analysis in disaster management: A qualitative approach in Türkiye. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 100, 104168.
- Seton, E. C., Mallinson, T., & Webster, C. A. (2025). The role of paramedics in emergency medical teams responding to natural disasters: a scoping review. *Critical Care Innovations*
- Silva, E. S. D., Kneodler, T. D. S., Silva, T. A. S. M., & Oliveira, A. B. D. (2024). Vulnerabilities to disasters in healthcare facilities in the face of the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29, e01842024.
- Soyege, O. S., Nwokedi, C. N., Tomoh, B. O., Mustapha, A. Y., Mbata, A. O., Balogun, O. D., ... & Imohiosen, C. E. (2024). Public health crisis management and emergency preparedness: strengthening healthcare infrastructure against pandemics and bioterrorism threats. *Journal of Frontiers in Multidisciplinary Research*, 5(2),

- Sudhi, M., Aishwarya, T. R., Shetty, D. K., Balakrishnan, J. M., Ahmad, S., & Sankaran, P. P. (2025). AI-driven innovations in emergency and disaster response: Strategies for effective planning. *Proceedings on Engineering Sciences*, 7(2), 1293-1304
- Tintinalli, J. E. (2025). Emergency Medicine: The Paradigm Shift. *Journal of Acute Medicine*, 15(1), 1.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2025), <https://saglik.gov.tr/https://acilafet.saglik.gov.tr/> (Son Erişim Tarihi:10.05.2026)
- Tosun, S., ve Otlamaz, I. (2025). The examination of emergency health workers' knowledge and awareness levels regarding the health disaster coordination center (SAKOM), *Türk Deprem Arastırma Dergisi* 7(2), 280-291,
- Tümer, M. Eren, T. (2026). Afet lojistiği perspektifiyle Türkiye'deki İl Afet Risk Azaltma Planlarının (İRAP) değerlendirilmesi. *Afet ve Risk Dergisi*, 21 (11).
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNISDR). (2017). *UNISDR Annual Report 2017*.
- Varol, N., Kılıç Akıncı, S., Dağlıoğlu, N., (2026). Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) kapsamında afetzedede kimliklendirmesi: Adli bilimlerin ve yönetim biliminin rolü ve entegrasyonu. *Afet ve Risk Dergisi*, 21 (1).
- Yetkin, O. (2026). Bütünleşik afet yönetimi bağlamında büyükşehir belediyelerinin 2025-2029 stratejik planlarının analizi. *Afet ve Risk Dergisi*, (21); 5.
- Yıldırım, S. ve Turan, A. (2026). 6 Şubat Kahramanmaraş merkezli depremlerde yapılan müdahale çalışmalarının yönetim perspektifinden değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 36, 1, 243- 256.
- Yılmaz, H. v Gülüm, E. (2024). Afet acil durum yönetimi ve afet müdahale planı çerçevesinde uygulamalar: Pazarcık ve Elbistan depremi, *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 15(1)-Deprem Özel Sayısı-, 1-25.
- Yurtlu, F. B., Öztürk, B., Güven, E., & Eren, T. (2024). Afet sonrası ilk 72 saatte yapılacak faaliyetlere ilişkin stratejiler: Türkiye. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi*, 10(2), 504-522.
- World Health Organization (WHO, 2019). Health emergency and disaster risk management framework. Geneva.



SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DEĞİŞİME DİRENÇ: YAPAY ZEKA VE DİJİTALLEŞME SÜRECİNDE BİR DEĞERLENDİRME

Mustafa ERBİR¹

Maşide GÜRCÜ²

¹ Doç. Dr., Kayseri Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, mus.erbir@gmail.com, ORCID: 0000-0002-6887-1561.

² Dr. Öğr. Üyesi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, maside.gurcu@bozok.edu.tr, ORCID: 0000-0002-8177-3093

1. Giriş

Son yıllarda sağlık sektörü, köklü bir dijital dönüşüm sürecinin tanığı olmaktadır. Teletıp uygulamalarından elektronik sağlık kayıtlarına, mobil sağlık hizmetlerinden büyük veri analitiğine kadar pek çok yenilik, sağlık hizmetlerinin sunum biçimini yeniden şekillendirmektedir (Karahanna vd. 2019). Bu dönüşümün en dikkat çekici boyutunu ise yapay zekâ (YZ) teknolojilerinin klinik uygulamalara entegrasyonu oluşturmaktadır. Makine öğrenmesi, derin öğrenme ve doğal dil işleme gibi alt alanlarıyla YZ, tanısal görüntüleme tedavisi karar destek sistemlerine, hastalık tahmin modellerinden kaynak yönetimine kadar geniş bir yelpazede vaatler sunmaktadır (Secinaro vd. 2021).

Yapay zekânın sağlık hizmetlerine potansiyel katkıları oldukça çarpıcıdır. Karmaşık tıbbi verilerin işlenmesi ve yorumlanmasında insan kapasitesini aşabilen bu sistemler, daha doğru tanımlar konulmasına, tedavi protokollerinin kişiselleştirilmesine ve hatta kritik sağlık olaylarının gerçekleşmeden önce öngörülmesine olanak tanıyabilmektedir (Yang vd., 2024). Örneğin, yapay zekâ destekli tahmin araçları, hastane kökenli komplikasyonların azaltılmasında somut başarılar elde etmiştir; bir pilot uygulamada, YZ tabanlı bir öngörü sistemi sayesinde bir beyin cerrahisi servisinde idrar yolu enfeksiyon oranlarında %48 oranında bir azalma kaydedilmiştir (Yeoh vd. 2025). Bu tür başarı hikâyeleri, dijitalleşmenin ve yapay zekânın sağlıkta yarattığı paradigma değişiminin sadece başlangıcını temsil etmektedir.

Ancak teknolojik ilerlemenin hızına karşın, bu yeniliklerin klinik pratiğe entegrasyonu beklenen düzeyde gerçekleşmemektedir. Araştırmalar, sağlık kurumlarında dijital dönüşüm projelerinin yaklaşık %70'inin beklenen değeri yaratmakta başarısız olduğunu göstermektedir (Ahmad 2026). Bu başarısızlığın temelinde yatan sorun çoğu zaman teknolojinin kendisinden değil, bu teknolojiyi kullanması beklenen insan faktöründen kaynaklanmaktadır. Hekimler, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, yapay zekâ uygulamalarına karşı çeşitli düzeylerde direnç gösterebilmektedir (Kaja vd. 2025). Bu direnç, bireysel bir tercihten ziyade, mesleki kimlik, otonomi kaygısı, performans riski algısı ve geleneksel klinik muhakemeye duyulan güven gibi çok katmanlı faktörlerin bir ürünüdür (Yang vd. 2024).

Sağlık çalışanlarının değişime gösterdiği direnç, yeni bir olgu değildir. Daha önce elektronik sağlık kayıt sistemleri veya klinik karar destek sistemleri gibi teknolojilerin devreye alınması süreçlerinde de benzer tepkiler gözlemlenmiştir (Lapointe ve Rivard 2005). Ancak yapay zekânın doğası, bu direnci niteliksel olarak farklı bir boyuta taşımaktadır. Zira geleneksel bilişim sistemlerinden farklı olarak YZ, “kara kutu” olarak nitelendirilen belirsiz işleyiş mekanizmalarına sahiptir, kararlarının gerekçesini her zaman açıklayamamakta ve en önemlisi, insanın mesleki özerkliğine ve karar alma ayrıcalığına

doğrudan müdahale edebilecek bir kapasiteye sahip görünmektedir (Glikson ve Woolley 2020). Hekimler, kendi klinik deneyim ve sezgileriyle çelişebilecek YZ önerileri karşısında bir ikilem yaşamakta; bu durum, teknolojiye duyulan güveni sarsmakta ve direnci pekiştirmektedir (Busch vd. 2025).

Literatür, sağlık çalışanlarının yapay zekâya yönelik direncini etkileyen çok sayıda faktörü ortaya koymaktadır. Bireysel düzeyde, performans riski algısı, teknoloji bağımlılığı korkusu ve yapay zekânın insan iş gücünün yerini alacağı endişesi öne çıkmaktadır (Khanijahani vd. 2022). Kurumsal düzeyde ise özel eğitim ihtiyacı, finansal kaynak yetersizliği ve mevcut klinik iş akışlarına entegrasyon zorlukları önemli engeller teşkil etmektedir (Yeoh vd. 2025). Bunlara ek olarak, yasal ve etik kaygılar, sorumluluk (hesap verebilirlik) belirsizlikleri ve hasta-hekim ilişkisinin bozulacağına dair endişeler de direnç literatüründe sıklıkla vurgulanan temalardır (Kaja vd. 2025; Busch vd. 2025). Tüm bu faktörler, değişime direncin basit bir “teknofobi” indirgemesinden çok daha karmaşık bir olgu olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın temel amacı, sağlık sektöründe hızla yaygınlaşan yapay zekâ ve dijitalleşme uygulamaları karşısında sağlık çalışanlarında ortaya çıkan değişime direnç olgusunu, mevcut literatür çerçevesinde sistematik bir biçimde incelemektir (Yang vd. 2024; Kaja vd. 2025). Bu kapsamda, öncelikle değişime direncin kavramsal çerçevesi ve teorik temelleri ele alınacak, ardından sağlık çalışanlarının yapay zekâya yönelik direncinin altında yatan bireysel, kurumsal ve mesleki faktörler detaylandırılacaktır. Çalışma, yalnızca direncin kaynaklarını tanımlamakla kalmayıp, aynı zamanda bu direncin yönetilmesine ve dönüştürülmesine yönelik stratejilere ilişkin bir değerlendirme sunmayı hedeflemektedir. Böylece hem teknoloji geliştiricilere hem de sağlık yöneticilerine, daha etkili ve kabul gören dijital dönüşüm süreçleri tasarlamaları için yol gösterici bir perspektif sağlanması amaçlanmaktadır.

2. Değişime Direnç Kavramı

Değişime direnç, örgütsel davranış ve yönetim literatüründe, bireylerin veya grupların mevcut durumu koruma eğilimiyle, dışarıdan gelen bir değişim baskısına karşı gösterdikleri olumsuz tepkiler bütünü olarak tanımlanmaktadır (Lapointe ve Rivard 2005). Bu tanım, direncin pasif bir uyumsuzluktan aktif bir karşı koymaya kadar geniş bir yelpazede ortaya çıkabileceğini vurgular. Değişime direnç, her zaman açık bir muhalefet biçiminde görülmez; bazen görev tanımlarına sıkı sıkıya bağlı kalma, yeni süreçleri uygulamama, bilgi paylaşımından kaçınma veya değişim lehinde konuşan meslektaşları baltalama gibi daha dolaylı yollarla da kendini gösterebilir. Önemli olan, direncin patolojik veya irrasyonel bir davranış olmadığı, aksine bireyin kendi çalışma ortamını, mesleki kimliğini ve özerkliğini koruma çabasının doğal bir yansıması olduğudur (Kaja vd. 2025).

Değişime direncin ortaya çıkmasında çeşitli faktörler rol oynar. Bunlardan ilki **belirsizliktir**. İnsan zihni, öngörülebilir ve istikrarlı ortamlarda daha rahat çalışır. Değişim süreçleri, iş tanımlarının, sorumlulukların ve performans değerlendirme kriterlerinin yeniden tanımlanmasına yol açtığına, çalışanlar gelecekteki durumlarını öngörmekte zorlanırlar. Bu belirsizlik, bireylerin mevcut duruma sıkı sıkıya bağlanmasına ve değişime karşı bir savunma mekanizması geliştirmesine neden olur. İkinci önemli faktör **alışkanlıklardır**. Bireyler, belirli iş akışlarına, rutinlere ve düşünce kalıplarına zaman içinde uyum sağlarlar; bu alışkanlıklar, bilişsel birer kısa yol olarak işlev görür ve günlük iş yükünü yönetilebilir kılar. Değişim, bu otomatikleşmiş davranış kalıplarını bozduğunda, bireyler bilinçli bir çaba harcamak zorunda kalır ve bu da psikolojik bir maliyet oluşturur (Lapointe ve Rivard 2005).

Bunlara ek olarak, **algılanan tehditler** de değişime direnci besler. Bireyler, yeni bir teknolojinin veya çalışma biçiminin kendi yetkinliklerini, statülerini, iş güvencelerini veya sosyal ilişkilerini tehdit ettiğini düşündüklerinde direnç gösterme olasılıkları artar. Bu tehdit algısı, çoğu zaman nesnel gerçeklikten ziyade bireyin öznel değerlendirmesine dayanır. Ayrıca, **güven eksikliği** de önemli bir belirleyicidir. Çalışanlar, değişimi başlatan yöneticilere, danışmanlara veya teknoloji geliştiricilere güvenmiyorsa, değişimin kendileri için olumlu sonuçlar doğuracağına inanmazlar ve bu nedenle direnç gösterirler (Kaja vd. 2025).

Sağlık sektörü, değişime direnç olgusunun son derece belirgin olduğu bir alandır. Bunun birkaç nedeni vardır. İlk olarak, sağlık hizmetleri yüksek düzeyde uzmanlaşmış, standartlaşmış ve protokole dayalı bir yapıya sahiptir. Hekimler ve hemşireler, yıllar süren eğitim ve deneyimle edindikleri klinik muhakeme becerilerine büyük ölçüde güvenirlir. Bu geleneksel yöntemler, mesleki kimliğin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. İkinci olarak, sağlık çalışanlarının karar alma süreçleri doğrudan insan hayatını etkilediği için, hata payı son derece düşüktür ve bu durum, çalışanları kanıtlanmamış veya yeterince test edilmemiş yeni yöntemlere karşı doğal olarak temkinli yapar (Yang vd. 2024). Üçüncü olarak, sağlık kurumları hiyerarşik bir yapıya sahiptir ve değişim girişimleri çoğunlukla yönetim veya politika yapıcılar tarafından yukarıdan aşağıya doğru başlatılır. Bu durum, uygulayıcıların değişim sürecine dahil edilmediği ve kendi görüşlerinin dikkate alınmadığı hissini yaratarak direnci pekiştirebilir (Kaja vd. 2025). Tüm bu nedenlerle, sağlık çalışanlarının değişime direnci, sadece bireysel bir psikolojik tepki değil, aynı zamanda mesleki kültür, kurumsal yapı ve sektörel dinamiklerin ortak ürünü olarak ele alınmalıdır.

3. Sağlıkta Dijitalleşme ve Yapay Zekâ

Yapay zekânın kısa tanımı: Yapay zekâ, genel bir tanımla, insan zekânının belirli bilişsel işlevlerini (öğrenme, akıl yürütme, problem çözme, al-

gılama, dil kullanımı gibi) taklit edebilen ve bu işlevleri yerine getirebilen bilgisayar sistemlerini ifade etmektedir (Secinaro vd. 2021). Yapay zekânın sağlık alanında en yaygın kullanılan alt dalları arasında makine öğrenmesi (makinelerin açıkça programlanmadan deneyim yoluyla öğrenmesi), derin öğrenme (çok katmanlı yapay sinir ağları kullanan daha karmaşık bir makine öğrenmesi türü) ve doğal dil işleme (insan dilini anlama ve üretme) yer almaktadır. Bu teknolojilerin ortak özelliği, büyük hacimli veriyi insan kapasitesinin çok ötesinde bir hız ve hassasiyetle işleyerek anlamlı örüntüler çıkarabilmeleridir (Yang vd., 2024). Yapay zekâ, geleneksel yazılımlardan farklı olarak statik kurallarla çalışmaz; veriyle beslenir, bu veriden öğrenir ve zaman içinde performansını iyileştirir. Bu özelliği, onu dinamik ve karmaşık sağlık ortamları için özellikle cazip kılmaktadır.

Sağlıkta kullanım alanları: Yapay zekânın sağlık sektöründeki uygulama yelpazesi giderek genişlemektedir. Bu bölümde, özellikle iki temel kullanım alanı üzerinde durulacaktır: tanı sistemleri ve veri analizi.

Tanı sistemleri: Yapay zekânın sağlıkta en olgun ve en yaygın kabul gören uygulama alanlarından biri tanısız görüntüleme ve hastalık teşhisidir. Derin öğrenme algoritmaları, radyoloji, patoloji, dermatoloji ve oftalmoloji gibi alanlarda tıbbi görüntüleri analiz ederek insan gözünün kaçırabileceği anormallikleri tespit edebilmektedir (Secinaro vd. 2021). Örneğin, meme kanseri taramasında kullanılan mamogramların yorumlanmasında, yapay zekâ sistemlerinin radyologlarla eşdeğer hatta bazı çalışmalarda daha yüksek doğruluk oranlarına ulaştığı gösterilmiştir. Benzer şekilde, diyabetik retinopati, akciğer nodülleri, beyin tümörleri ve cilt kanserlerinin erken teşhisinde yapay zekâ destekli sistemler klinik uygulamaya girmeye başlamıştır. Bu sistemlerin temel avantajı, büyük miktardaki görüntü verisini kısa sürede tarayabilmeleri ve insan gözlemcisinde görülebilecek yorgunluk, dikkat dağınıklığı veya önyargı gibi faktörlerden etkilenmemeleridir (Khanijahani vd. 2022). Bununla birlikte, bu sistemlerin tanı koymadaki başarısı, büyük ölçüde eğitildikleri verinin kalitesine ve çeşitliliğine bağlıdır; ayrıca, yapay zekânın bir “tanı koyma” aracı değil, hekime yardımcı bir “karar destek” aracı olarak konumlandırılması gerektiği vurgulanmaktadır (Busch vd. 2025).

Veri analizi: Yapay zekânın sağlıkta bir diğer önemli kullanım alanı, büyük hacimli ve heterojen sağlık verilerinin analiz edilmesidir. Hastaneler, elektronik sağlık kayıtları, laboratuvar sonuçları, genetik veriler, giyilebilir cihazlardan gelen yaşamsal bulgular ve sosyal belirleyiciler gibi çok farklı kaynaklardan devasa boyutlarda veri üretmektedir (Karahanna vd. 2019). Bu verilerin geleneksel istatistiksel yöntemlerle anlamlı hale getirilmesi genellikle mümkün olmamaktadır. Yapay zekâ algoritmaları, bu karmaşık veri yığınları içinde gizli kalmış örüntüleri, korelasyonları ve prediktif (öngörücü) sinyalleri ortaya çıkarabilmektedir. Örneğin, makine öğrenmesi modelleri, hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verilerini analiz ederek hangi

hastaların yeniden hastaneye yatış riski yüksek olduğunu, hangi hastaların yoğun bakıma transfer edilmesi gerektiğini veya hangi hastalarda sepsis gelişme ihtimalinin yüksek olduğunu önceden tahmin edebilmektedir (Yeoh vd. 2025). Ayrıca, doğal dil işleme teknikleri, doktorların yazdığı serbest metin formundaki epikriz ve raporlardan yapılandırılmış veri çıkarılması-na, böylece bu bilgilerin klinik araştırmalarda ve popülasyon sağlığı yönetimi-minde kullanılmasına olanak tanımaktadır. Veri analizi alanında yapay zekâ, aynı zamanda kişiselleştirilmiş tıbbın da temelini oluşturmaktadır; bireyin genetik profili, yaşam tarzı ve çevresel faktörleri dikkate alan YZ modelleri, hangi tedavinin hangi hastada daha etkili olacağı konusunda öngörüler sunabilmektedir (Yang vd. 2024).

Dijitalleşmenin genel etkileri: Sağlıkta dijitalleşme, yapay zekâ uygulamalarının çok ötesinde, tüm sağlık hizmetleri ekosistemini dönüştüren geniş kapsamlı bir süreçtir. Bu sürecin en belirgin etkilerinden biri, **hizmet sunumunun verimliliğinde** yaşanan artıştır. Elektronik sağlık kayıtları, kağıt temelli dosyalama sistemlerine göre bilgiye erişimi hızlandırmakta, tekrarlayan tetkikleri azaltmakta ve sağlık profesyonelleri arasında koordinasyonu kolaylaştırmaktadır (Karahanna vd. 2019). Teletıp uygulamaları, özellikle kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan hastaların uzman hekimlere erişimini mümkün kılmakta, böylece sağlıkta **erişim eşitsizliklerini** azaltma potansiyeli taşımaktadır. Mobil sağlık uygulamaları ve giyilebilir cihazlar, hastaların kendi sağlık verilerini takip etmelerine ve kronik hastalıkların yönetimine aktif katılım göstermelerine olanak tanımaktadır. Bununla birlikte, dijitalleşmenin olumsuz etkileri de göz ardı edilmemelidir. Elektronik sağlık kayıtlarına veri girişi, hekimlerin üzerindeki idari yükü artırmakta ve hasta başında geçirilen süreyi azaltabilmektedir (Ahmad 2026). Ayrıca, dijital uçurum (digital divide) sorunu, teknolojiye erişimi olmayan veya dijital okuryazarlığı düşük bireylerin bu hizmetlerden yeterince yararlanamamasına yol açmakta, bu da mevcut eşitsizlikleri derinleştirebilmektedir. Veri güvenliği ve mahremiyet endişeleri de dijitalleşmenin getirdiği önemli zorluklar arasında yer almaktadır. Tüm bu etkiler, dijitalleşmenin ve yapay zekânın sağlık sistemlerine entegrasyonunun, teknik olduğu kadar yönetimsel, etik ve insan merkezli bir yaklaşım gerektirdiğini göstermektedir (Kaja vd. 2025).

4. Sağlık Çalışanlarında Değişime Direnç

Sağlık çalışanlarının yapay zekâ ve dijitalleşme sürecine gösterdikleri direnç, tek bir nedene indirgenemeyecek kadar karmaşık ve çok boyutlu bir olgudur. Bu bölümde, literatürde en sık vurgulanan dört temel direnç kaynağı ele alınacaktır: teknolojiye uyum zorluğu, iş güvencesi kaygısı, eğitim eksikliği ve etik kaygılar. Bu faktörlerin her biri, sağlık çalışanlarının yapay zekâ uygulamalarına yönelik tutumlarını şekillendirmekte ve dijital dönüşüm projelerinin başarısını doğrudan etkilemektedir.

4.1. Teknolojiye Uyum Zorluğu

Sağlık çalışanlarının yapay zekâ ve dijital araçlara karşı direnç göstermesinin en somut nedenlerinden biri, bu teknolojilerin mevcut klinik iş akışlarına entegrasyonunda yaşanan uyum zorluğudur. Hekimler ve hemşireler, yıllar içinde belirli rutinler, zihinsel kısa yollar ve iş akışları geliştirmişlerdir; bu alışkanlıklar, yoğun ve stresli klinik ortamlarda etkin çalışabilmelerinin temelini oluşturmaktadır (Lapointe ve Rivard 2005). Yapay zekâ tabanlı bir sistemin devreye alınması, bu otomatikleşmiş süreçlerin bozulmasına ve çalışanların yeni bir öğrenme eğrisine girmesine neden olmaktadır.

Özellikle elektronik sağlık kayıtları sistemlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte, sağlık çalışanlarının “ekran başında geçirdiği süre” ile “hasta başında geçirdiği süre” arasındaki dengenin bozulduğuna dair yaygın bir şikâyet bulunmaktadır (Karahanna vd. 2019). Yapay zekâ destekli karar destek sistemleri, bu sorunu daha da derinleştirme potansiyeli taşımaktadır. Klinisyenler, YZ tarafından üretilen önerileri değerlendirmek, bu önerilerin gerekçesini anlamak ve kendi klinik muhakemeleriyle sentezlemek zorunda kaldıklarında, ek bir bilişsel yük ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Yang vd. (2024), bu durumu “çift değerlendirme yükü” olarak kavramsallaştırmakta ve bunun özellikle zaman baskısı altında çalışan acil servis hekimleri ve yoğun bakım hemşireleri için ciddi bir tükenmişlik kaynağı olduğunu belirtmektedir. Bu uyum zorluğu, çalışanların yeni sistemi tamamen reddetmelerine veya sistemin işlevlerini yalnızca yüzeysel bir biçimde kullanmalarına yol açabilmektedir.

4.2. İş Güvencesi Kaygısı

Sağlık çalışanlarının yapay zekâyâ yönelik direncinin en güçlü duygusal bileşenlerinden biri, işini kaybetme korkusudur. Yapay zekânın özellikle rutin, tekrarlayan ve kural tabanlı görevleri otomatikleştirme kapasitesi, birçok meslek grubunda olduğu gibi sağlık sektöründe de bazı rollerin gereksiz hale gelebileceği endişesini doğurmaktadır (Kaja vd. 2025). Her ne kadar uzman görüşleri yapay zekânın sağlık çalışanlarının yerini tamamen almasının beklenmediğini, aksine onların işini kolaylaştıran ve daha karmaşık görevlere odaklanmalarını sağlayan bir “süper asistan” işlevi göreceğini vurgulasa da, bu mesajlar çalışanlar arasında yeterince yaygınlık kazanmış değildir.

Khanijahani vd. (2022), sistematik derlemelerinde, radyoloji, patoloji ve laboratuvar tıbbı gibi alanlarda çalışan sağlık profesyonellerinin, yapay zekânın görüntü ve veri analizindeki başarısı nedeniyle kendilerini daha fazla tehdit altında hissettiklerini ortaya koymuştur. Bir radyolog, “YZ benim yerime rapor yazarsa, benim değerim ne olacak?” sorusunu sormaktadır. Bu kaygı, yalnızca işsiz kalma korkusuyla sınırlı değildir; aynı zamanda statü kaybı, maaş baskılanması ve mesleki saygınlığın azalması gibi daha dolaylı tehditleri de kapsamaktadır. Lapointe ve Rivard’ın (2005) çalışmasında vurgulandığı

gibi, bireyler değişim sürecinde yalnızca somut çıkarlarını değil, aynı zamanda sembolik çıkarlarını (prestij, otonomi, aidiyet gibi) da korumaya çalışırlar. Yapay zekânın klinik karar alma süreçlerine daha fazla dahil olması, hekimlerin yüzyıllardır sahip olduğu “nihai karar verici” rolünü zedeleyebileceği için, bu sembolik tehdit iş güvencesi kaygısından daha derin bir dirence yol açabilmektedir.

4.3. Eğitim Eksikliği

Sağlık çalışanlarının yapay zekâ araçlarını benimsemelerinin önündeki en pratik ve aşılabılır engellerden biri, yeterli ve nitelikli eğitim eksikliğidir. Yapay zekâ sistemleri, doğası gereği geleneksel tıbbi cihazlardan veya yazılımlardan farklı çalışır; bu sistemlerin ne yaptığını, hangi veriye dayanarak öneri ürettiğini, hangi durumlarda güvenilir olduğunu ve hangi durumlarda hata yapabileceğini anlamak, temel düzeyde bir veri okuryazarlığı ve algoritmik düşünme becerisi gerektirir (Yang vd., 2024). Ne yazık ki, mevcut tıp ve hemşirelik müfredatlarının büyük çoğunluğu, yapay zekâ ve veri bilimi konularını yeterli kapsamda içermemektedir. Bu durum, halihazırda çalışmakta olan sağlık profesyonelleri için de geçerlidir; hizmet içi eğitim programları çoğunlukla yüzeysel, teorik ağırlıklı ve klinik bağlamdan kopuktur.

Yeoh vd. (2025), bir hastane ortamında uygulanan yapay zekâ destekli tahmin aracının (mROC) devreye alınması sürecinde karşılaşılan zorlukları detaylandırmaktadır. Araştırmacılar, hemşirelerin ve hekimlerin sistemi kullanmak için yeterli eğitim almadıklarını, eğitim aldıklarında dahi bu eğitimin yoğun klinik çalışma temposu içinde uygulama fırsatı bulamadıklarını belirtmektedir. Eğitim eksikliği, yalnızca teknik yeterlilik sorunu yaratmakla kalmaz; aynı zamanda çalışanların yapay zekâyâ karşı güven duymasını da engeller. Bir çalışan, nasıl çalıştığını anlamadığı bir sisteme neden güvensin ki? Kaja vd. (2025), eğitim eksikliğinin, çalışanlarda “öğrenilmiş çaresizlik” duygusuna yol açabileceğini ve bu duygunun pasif direnç biçimleriyle (sistemi kullanmaktan kaçınma, iş akışına entegre etmeme) sonuçlandığını ileri sürmektedir. Eğitim eksikliğinin bir diğer boyutu ise, yapay zekânın ürettiği çıktıların eleştirel bir gözle değerlendirilmesi için gerekli olan “YZ okuryazarlığı” becerilerinin gelişmemiş olmasıdır. Klinisyenler, bir YZ önerisini ne zaman kabul edip ne zaman reddedeceklerini bilemediklerinde, ya körü körüne sisteme güvenirler (aşırı güven) ya da sistemi tamamen reddederler (aşırı şüphe). Bu iki uç da etkili ve güvenli klinik karar alma için sorunludur (Busch vd. 2025).

4.4. Etik Kaygılar

Sağlık çalışanlarının yapay zekâyâ yönelik direncinin belki de en derin ve en az konuşulan kaynağı, etik kaygılardır. Bu kaygılar, hastanın mahremiyeti ve veri güvenliğinden, algoritmik önyargı ve ayrımcılığa, hesap verebilirlik (sorumluluk) belirsizliğinden, hasta-hekim ilişkisinin bozulması endişesine

kadar geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır (Yang vd. 2024). Sağlık çalışanları, yapay zekânın sunduğu faydaların yanında, bu teknolojinin beraberinde getirdiği etik risklerin de farkındadır ve bu risklerin yönetilmediği bir ortamda teknolojiyi benimsemekte tereddüt etmektedirler.

Veri mahremiyeti ve güvenliği en sık dile getirilen etik kaygıdır. Yapay zekâ sistemleri, büyük miktarda hasta verisiyle beslenmek zorundadır. Bu verilerin toplanması, saklanması, işlenmesi ve paylaşılması süreçlerinde mahremiyet ihlalleri yaşanabileceği gibi, siber saldırılar sonucu hassas sağlık bilgilerinin üçüncü taraflarca ele geçirilmesi riski de bulunmaktadır (Khani-jahani vd. 2022). Hekimler, hastalarının kendilerine emanet ettiği bu hassas bilgilerin korunmasından birincil derecede sorumlu olduklarını hissetmektedir. İkinci önemli etik kaygı, **algoritmik önyargı (bias)** sorunudur. Yapay zekâ sistemleri, kendilerini eğiten veride var olan önyargıları öğrenir ve hatta bu önyargıları pekiştirip derinleştirebilir. Örneğin, çoğunlukla belirli bir etnik grup veya cinsiyet üzerinde eğitilmiş bir tanı algoritması, diğer gruplarda daha düşük doğrulukla çalışabilir. Bu durum, sağlıkta var olan eşitsizliklerin yapay zekâ tarafından daha da artırılması riskini doğurmaktadır (Busch vd. 2025).

Üçüncü bir etik kaygı, **hesap verebilirlik (sorumluluk) belirsizliğidir**. Bir yapay zekâ sisteminin önerdiği bir tanı veya tedavi nedeniyle bir hasta zarar görürse, sorumluluk kime aittir? Sistemi geliştiren yazılımcıya mı, sistemi kullanan hekime mi, sistemi satın alan hastane yönetimine mi, yoksa sistemin kendisine mi? Mevcut yasal düzenlemeler, bu sorulara henüz net yanıtlar vermemektedir (Kaja vd. 2025). Bu belirsizlik, hekimleri riskten kaçınmaya ve yapay zekâyı kullanmamaya itmektedir. Dördüncü bir kaygı ise **hasta-hekim ilişkisinin bozulması** endişesidir. Tıbbın geleneksel olarak “insan eli” ve “insan yüzü” ile anılan bir meslek olduğu düşünülürse, yapay zekânın devreye girmesiyle birlikte hasta-hekim ilişkisinin daha mekanik, daha soğuk ve daha az empatik hale geleceğinden korkulmaktadır. Hekimler, ekranlara bakarak geçirdikleri sürenin artmasının, hastalarıyla kuracakları terapötik bağı zayıflatacağından endişe etmektedir (Yang vd., 2024). Tüm bu etik kaygılar, yapay zekânın sağlık çalışanları tarafından benimsenmesinin önünde teknik engellerden daha güçlü bir set oluşturmaktadır; bu kaygılar giderilmeden, ne kadar başarılı bir YZ sistemi olursa olsun, sağlık çalışanlarının kalbini ve güvenini kazanması mümkün görünmemektedir.

5. Değişime Direnci Azaltma Yolları

Yapay zekâ ve dijitalleşme sürecinde sağlık çalışanlarının gösterdiği direncin tamamen ortadan kaldırılması mümkün olmasa da, doğru stratejilerle bu direncin önemli ölçüde azaltılması ve yapıcı bir enerjiye dönüştürülmesi mümkündür. Direnç, çoğu zaman değişim sürecindeki aksaklıkların bir belirtisidir; bu nedenle direnci bastırmak yerine, nedenlerini anlayarak gi-

dermeye yönelik yaklaşımlar benimsenmelidir (Kaja vd. 2025). Bu bölümde, literatürde etkinliği kanıtlanmış dört temel strateji ele alınacaktır: eğitim, yönetici desteği, açık iletişim ve kademeli geçiş.

5.1. Eğitim

Eğitim, sağlık çalışanlarının yapay zekâya yönelik direncini azaltmanın en temel ve en etkili yollarından biridir. Eğitim eksikliğinin yarattığı belirsizlik, güvensizlik ve beceri yetersizliği, doğrudan eğitim müdahaleleriyle giderilebilir (Yeoh vd. 2025). Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta, eğitimlerin yüzeysel ve teorik olmaktan çıkarılıp, klinik bağlamla bütünleşmiş ve uygulamaya dönük olarak tasarlanmasıdır.

Pratik öneriler şunlardır:

- **Temel YZ okuryazarlığı eğitimleri:** Tüm sağlık çalışanlarına, yapay zekânın ne olduğu, nasıl çalıştığı, hangi durumlarda güvenilir olduğu ve hangi durumlarda hata yapabileceği konusunda temel düzeyde eğitim verilmelidir. Bu eğitimlerde teknik detaylardan ziyade, kavramsal bir çerçeve sunulmalıdır (Yang vd., 2024).
- **Simülasyon ve vaka temelli öğrenme:** Gerçek klinik vakalar üzerinden yapay zekâ araçlarının nasıl kullanılacağına gösterildiği simülasyon eğitimleri, çalışanların sistemi gerçek ortamda kullanmadan önce deneyimlemesine ve olası sorunları risksiz bir ortamda keşfetmesine olanak tanır (Kaja vd. 2025).
- **Hizmet içi ve sürekli eğitim:** Tek seferlik bir eğitim yeterli değildir. Yapay zekâ sistemleri güncellendikçe, yeni özellikler eklendikçe ve çalışanların ihtiyaçları değiştikçe, düzenli aralıklarla tazeleme eğitimleri verilmelidir.
- **Farklı meslek gruplarına özelleştirilmiş içerik:** Bir hekimin ihtiyaç duyduğu YZ bilgisi ile bir hemşirenin veya bir hastane yöneticisinin ihtiyaç duyduğu bilgi aynı değildir. Eğitim içerikleri, her meslek grubunun klinik sorumluluklarına ve iş akışına göre özelleştirilmelidir (Khanijahani vd. 2022).

5.2. Yönetici Desteği

Üst yönetimin ve klinik liderlerin sergilediği tutum, sağlık çalışanlarının yapay zekâya yönelik algılarını doğrudan etkilemektedir. Yönetici desteği, yalnızca finansal kaynak ayırmak veya teknoloji satın almak anlamına gelmez; aynı zamanda değişim sürecinin görünür bir şekilde sahiplenilmesi, çalışanlara rol model olunması ve karşılaşılan sorunların çözümünde aktif bir tutum sergilenmesi anlamına gelir (Ahmad 2026).

Pratik öneriler şunlardır:

- **Liderlerin önce öğrenmesi:** Yöneticiler ve klinik liderler, çalışanlarından yapay zekâ araçlarını kullanmalarını bekliyorlarsa, öncelikle kendi-

leri bu araçları öğrenmeli ve kullanmalıdır. Çalışanlar, liderlerinin de sürece dahil olduğunu gördüklerinde dirençleri azalır (Kaja vd. 2025).

- **Değişim elçileri (şampiyonlar) belirlenmesi:** Her klinik birimden, teknolojiye ilgili ve diğer çalışanlara örnek olabilecek “dijital şampiyonlar” veya “değişim elçileri” belirlenmeli ve bu kişiler önce derinlemesine eğitilmelidir. Bu elçiler, daha sonra kendi birimlerindeki meslektaşlarına akran eğitimi vermeli ve süreçte karşılaştıkları sorunlarda ilk başvuru noktası olmalıdır (Yeoh vd. 2025).

- **Yönetici geri bildirim toplantıları:** Düzenli aralıklarla, çalışanların yapay zekâ sistemleriyle ilgili deneyimlerini, sorunlarını ve önerilerini paylaşabilecekleri toplantılar düzenlenmelidir. Bu toplantılarda yöneticilerin aktif dinleme yapması ve alınan geri bildirimler doğrultusunda iyileştirmeler yapılacağına taahhüt etmesi önemlidir (Yang vd. 2024).

5.3. Açık İletişim

Değişim süreçlerinde belirsizlik, direncin en önemli besleyicilerinden biridir. Belirsizliği azaltmanın en etkili yolu ise açık, şeffaf ve iki yönlü iletişimdir. Sağlık çalışanları, değişimin neden gerekli olduğunu, kendilerini nasıl etkileyeceğini ve süreçte kendilerinden ne beklediğini net bir şekilde anlamalıdır (Lapointe ve Rivard 2005).

Pratik öneriler şunlardır:

- **Değişimin “neden”i anlatılmalı:** Çalışanlara, yapay zekâ sistemlerinin neden devreye alındığı, bu sistemlerin hangi klinik sorunları çözmeyi hedeflediği ve hastalara/sağlık çalışanlarına ne gibi faydalar sağlayacağı açık bir dille anlatılmalıdır. Değişim, sadece “maliyet azaltma” veya “verimlilik artırma” gibi yönetim söylemleriyle değil, “hasta güvenliğini artırma” ve “çalışanların iş yükünü hafifletme” gibi sağlık çalışanlarının içsel motivasyonlarına hitap eden gerekçelerle temellendirilmelidir (Kaja vd. 2025).

- **Yapay zekânın “yerine geçme” değil “yardımcı” olduğu vurgulanmalı:** Çalışanların en büyük korkularından biri, yapay zekânın onların işini elinden alacağıdır. Bu nedenle iletişim stratejisinin merkezinde, yapay zekânın bir “rakip” değil, rutin ve tekrarlayan işleri üstlenen, böylece sağlık çalışanlarının daha karmaşık ve insana özgü görevlere (empati, etik karar verme, hasta iletişimi gibi) odaklanmasını sağlayan bir “yardımcı” olduğu mesajı yer almalıdır (Busch vd. 2025).

- **Geri bildirim mekanizmaları oluşturulmalı:** Çalışanların yapay zekâ sistemleriyle ilgili yaşadıkları sorunları, hataları veya iyileştirme önerilerini rahatça iletebilecekleri kanallar (anketler, öneri kutuları, düzenli toplantılar, dijital platformlar) oluşturulmalıdır. Bu geri bildirimlerin dikkate alındığı ve aksiyona dönüştürüldüğü çalışanlara gösterilmelidir (Yang vd., 2024).

- **Başarı hikâyeleri paylaşılmalı:** Yapay zekâ sistemlerinin olumlu klinik sonuçlara yol açtığı somut örnekler (örneğin, bir YZ sisteminin erken uyarı vererek bir hastanın hayatını kurtardığı bir vaka), kurum içi iletişim araçlarıyla düzenli olarak paylaşılmalıdır. Bu, çalışanların teknolojiye olan güvenini artıracaktır (Yeoh vd. 2025).

5.4. Kademeli Geçiş

“Büyük patlama” şeklinde, ani ve kapsamlı değişimler, sağlık çalışanlarında şok etkisi yaratarak direnci artırmaktadır. Bunun yerine, değişimin aşamalı, kademeli ve pilot uygulamalarla başlatılması, çalışanların yeni sisteme alışması için zaman tanınması ve sürecin adım adım yaygınlaştırılması önerilmektedir (Lapointe ve Rivard 2005; Ahmad 2026).

Pratik öneriler şunlardır:

- **Pilot bölgelerle başlanmalı:** Yapay zekâ sistemi, tüm hastanede birden devreye alınmak yerine, önce gönüllü bir klinik bölümde veya belirli bir serviste pilot olarak uygulanmalıdır. Pilot bölgede elde edilen deneyimler, başarılar ve karşılaşılan sorunlar, diğer bölümlere geçmeden önce sistemi iyileştirmek için kullanılmalıdır (Yeoh vd. 2025).

- **Düşük riskli alanlardan başlanmalı:** Sistem, önce hasta güvenliği açısından kritik olmayan, düşük riskli görevlerde (örneğin, randevu hatırlatma, ön triyaj, idari raporlama) kullanılmaya başlanmalı, klinik karar verme gibi yüksek riskli alanlara ancak sistemin güvenilirliği kanıtlandıktan ve çalışanların yeterli deneyimi kazandıktan sonra geçilmelidir (Kaja vd. 2025).

- **Sistemin devre dışı bırakılma imkânı tanınmalı:** Özellikle geçiş sürecinde, çalışanların yapay zekâ sistemini kullanmak istemedikleri durumlarda geleneksel yöntemlere dönebilecekleri bir “yedek plan” olmalıdır. Bu, çalışanlara güvenlik hissi verir ve tamamen sisteme bağımlı hale gelme korkusunu azaltır (Yang vd. 2024).

- **Yeni özellikler aşamalı olarak eklenmeli:** Sisteme tüm özellikleriyle birden sahip olmak yerine, temel özelliklerle başlanıp, çalışanlar bu özellikleri benimsedikçe ve yeterlilik kazandıkça, yeni özellikler aşamalı olarak eklenmelidir (Khanijahani vd. 2022).

- **Yeterli zaman tanınmalı:** Değişimin tam olarak yerleşmesi ve çalışanların yeni sistemi içselleştirmesi aylar hatta yıllar alabilir. Yöneticiler, kısa vadeli sonuçlar beklemek yerine, uzun vadeli bir perspektifle süreci yönetmeli ve çalışanlara öğrenme ve uyum sağlama konusunda yeterli zaman tanımalıdır (Ahmad 2026).

6. Sonuç

Bu çalışma, sağlık sektöründe hızla yaygınlaşan yapay zekâ ve dijitalleşme uygulamaları karşısında sağlık çalışanlarında ortaya çıkan değişime di-

renç olgusunu kavramsal bir çerçevede ele almayı amaçlamıştır. Yazı boyunca öncelikle değişime direncin tanımı ve temel nedenleri (belirsizlik, alışkanlıklar, algılanan tehditler) üzerinde durulmuş, ardından yapay zekânın sağlık-taki kullanım alanları (tanı sistemleri ve veri analizi) ile dijitalleşmenin genel etkileri kısaca özetlenmiştir. Çalışmanın ana bölümünde, sağlık çalışanlarının direncinin dört temel kaynağı (teknolojiye uyum zorluğu, iş güvencesi kaygısı, eğitim eksikliği ve etik kaygılar) literatür ışığında incelenmiş, ardından bu direnci azaltmaya yönelik pratik stratejiler (eğitim, yönetici desteği, açık iletişim ve kademeli geçiş) sunulmuştur.

Genel bir değerlendirme yapmak gerekirse, sağlık çalışanlarının yapay zekâ ve dijitalleşmeye gösterdiği direncin, basit bir teknoloji reddi veya yeniliklere kapalı olma hali olmadığı açıktır. Bu direnç, derinlemesine incelendiğinde, mesleki kimliğe, hasta güvenliğine, klinik özerkliğe ve etik değerlere duyarlı olmanın doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Lapointe ve Rivard (2005) ile Kaja vd. (2025) çalışmalarında vurguladığı gibi, direnç çoğu zaman değişimin kendisinden değil, değişimin nasıl yönetildiğinden kaynaklanmaktadır. Sağlık çalışanları, değişim sürecine dahil edilmediklerinde, görüşlerine değer verilmediğinde ve yeterince desteklenmediklerinde, teknolojinin kendisinden bağımsız olarak direnç gösterme eğilimindedirler.

Bu çalışmanın ulaştığı temel çıkarım şudur: **Sağlıkta dijitalleşme ve yapay zekâ kullanımı kaçınılmazdır, ancak bu dönüşümün başarısı, teknolojinin kendisinden çok, bu teknolojiyi kullanacak olan insan faktörünün yönetilmesine bağlıdır.** Yapay zekâ sistemleri ne kadar gelişmiş olursa olsun, eğer sağlık çalışanları bu sistemleri benimsemez ve etkin bir şekilde kullanmazsa, bu sistemlerin klinik pratiğe gerçek katkısı sınırlı kalacaktır. Bu nedenle, sağlık kurumlarının dijital dönüşüm stratejilerinin merkezine, teknolojiyi değil, insanı koymaları gerekmektedir. Direnci bastırmak veya görmezden gelmek yerine, direncin nedenlerini anlamaya çalışmak, çalışanları sürecin bir parçası haline getirmek, onlara yeterli eğitim ve desteği sağlamak, açık ve şeffaf bir iletişim kurmak ve değişimi kademeli olarak hayata geçirmek, başarılı bir dijital dönüşümün olmazsa olmaz koşullarıdır (Yang vd. 2024; Ahmad 2026). Unutulmamalıdır ki, teknoloji ancak insanın hizmetine girdiğinde anlam kazanır; sağlık gibi insan hayatının doğrudan söz konusu olduğu bir alanda ise bu ilke, her zamankinden daha fazla önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Ahmad, A. (2026, January 12). Power to the people: Why digital healthcare transformations fail without effective change management. *Nordic Global*. <https://nordicglobal.com/resources/power-to-the-people-why-digital-healthcare-transformations-fail-without-effective-change-management/>
- Busch, F., Hoffmann, L., Truhn, D., & Bressem, K. K. (2025). Patient perspectives on artificial intelligence in health care. *JAMA Network Open*, 8(6), e2512345.
- Glikson, E., & Woolley, A. W. (2020). Human trust in artificial intelligence: Review of empirical research. *Academy of Management Annals*, 14(2), 627-660.
- Kaja, R., Neville, K., Treacy, S., & Woodworth, S. (2025). An integrated framework for AI adoption and resistance in healthcare. *ECIS 2025 Proceedings*.
- Karahanna, E., Chen, A., Liu, Q. B., & Serrano, C. (2019). Capitalizing on health information technology to enable digital advantage in U.S. hospitals. *MIS Quarterly*, 43(1), 113-136.
- Khanijahani, A., Iezadi, S., & Sweeney, K. (2022). Organizational, professional, and patient characteristics associated with artificial intelligence adoption in healthcare: a systematic review. *Health Policy and Technology*, 11(4), 100602.
- Lapointe, L., & Rivard, S. (2005). A multilevel model of resistance to information technology implementation. *MIS Quarterly*, 29(3), 461-491.
- Secinaro, S., Calandra, D., Secinaro, A., Muthurangu, V., & Biancone, P. (2021). The role of artificial intelligence in healthcare: a structured literature review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 125.
- Yang, Y., Ngai, E. W. T., & Wang, L. (2024). Resistance to artificial intelligence in health care: Literature review, conceptual framework, and research agenda. *Information & Management*, 61(4), 103961.
- Yeoh, P., Chowhury, A. E., Casella, K., McMullen, B., & Lawton, M. (2025). Challenges in change management for AI-driven prediction tools in public hospital clinical wards: The case of mROC implementation. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 20(3).



SAĞLIK SEKTÖRÜNDE EKONOMİK DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİNE GENEL BİR BAKIŞ

Osman ŞAHMAN¹
Mehmet TOP²

1 Arş. Gör., Batman Üniversitesi, <https://orcid.org/0009-0009-8567-5501>,
osman.sahman@batman.edu.tr

2 Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, <https://orcid.org/0000-0001-9162-4238>,
mtop@hacettepe.edu.tr

GİRİŞ

Sağlık sektörü küresel düzeyde bir değişim ve dönüşüm yaşamaktadır. Yaşam beklentisinin uzaması, kronik hastalık artışı, pandemiler, hasta ihtiyaç ve beklentilerinin sonsuzluğu, ileri tıp teknolojisinin yaygınlaşması gibi nedenler sağlık sistemlerini finansal ve operasyonel anlamda zorlamıştır. Nitekim, aynı sebeplerden ötürü küresel düzeydeki sağlık harcamaları da son yıllarda artış trendi göstermiştir (Malinowski vd., 2020; Martin vd., 2023). Güncel bilgilere göre, 2024 yılı itibarıyla OECD ülkelerinde GSYH içinde sağlık harcamalarının payı %9,3 olup, bu oran ABD’de %17,6 civarında seyretmiş, Türkiye’de ise %5,4 olarak kaydedilmiştir (OECD, 2025; TÜİK, 2026). Artan sağlık harcamaları, sağlık sektöründe kaynak israfına neden olarak verimsizlik sorununu beraberinde getirmiş ve sağlık sistemlerinin mali sürdürülebilirliğini baskılamıştır (Mbau vd., 2022; Rudmik & Drummond, 2013). Sağlık sektöründeki verimsizliğe yanlış ve gereksiz hizmet sunumu, hatalı uygulamalar, yetersiz müdahale sebep olmaktadır (Hoomans & Severens, 2014). İngiliz ekonomist Lionel Robbins’in ekonomiyi tanımlarken, “*Kıt kaynaklar ile amaçlar arasındaki ilişki bağlamında insan davranışlarını inceleyen bilim*” ifadesini kullanması özellikle sağlık hizmetleri gibi kaynak kısıtlılığının çok fazla olduğu sektörlerde ekonomi biliminin önemini gözler önüne sermiştir (Gray vd., 2011). Çünkü ekonomi, insanların ve toplumların kıt kaynakları konusunda nasıl seçim yaptığını ve yapılan bu seçimlerin fırsat maliyetinin ne olduğunu sorgulamaktadır (Juni vd., 2017). Nitekim, sağlık sektörü zaman ve personel başta olmak üzere kaynak kısıtının fazla olduğu bir sektördür (De La Perrelle vd., 2020). Ancak, sağlık sektöründeki sınırsız talebin karşılanması gelir düzeyi fark etmeksizin, tüm ülkelerin sınırlı kaynaklarının etkin kullanımıyla mümkün (Higgins & Harris, 2012; Pichon-Riviere vd., 2023).

Tıp teknolojisindeki ilerlemeler ve klinik araştırmalar, hastalıkların tanı ve tedavisinde maliyetleri yüksek yeni müdahaleler ve uygulamalar ortaya çıkarmıştır (Rudmik & Drummond, 2013). Kaynak kısıtının çok fazla olduğu sağlık sektöründe her müdahalenin herkes için uygulanması mümkün olmayıp, hangi müdahale veya uygulamanın seçileceğine ilişkin karar verilmesi, maliyetlerin azaltılması ve klinik kalitenin artırılması açısından önemlidir (Bajwa vd., 2021; Eichler vd., 2023). Sağlık ekonomisi de söz konusu kaynak kısıtlılığı problemini ve kaynakların tüketiminden doğan faydayı maksimize edecek seçimler yapmayı gerekli kılmaktadır (Goodacre & McCabe, 2002). Sağlık hizmetlerindeki kaynakların, farklı müdahaleler arasında nasıl önceliklendirileceği konusu, maliyet ve sonuçları birlikte değerlendiren yaklaşımlarla mümkündür (Edlin vd., 2015; Gray vd., 2011; Whitehead & Ali 2010). Sağlık ekonomisi alanına giren ve sağlık hizmetlerindeki kısıtlı kaynakların nasıl ve nereye tahsis edileceğinin kararının verilmesinde kullanılan en

yaygın yaklaşımlardan bir tanesi de ekonomik değerlendirmelerdir (Briggs, Sculpher & Buxton, 1994; Drummond vd., 2015; Rudmik & Drummond, 2013). Ekonomik değerlendirmeler, 1960-1970'li yıllardan beri kullanılan ve bireysel refahtan çok toplumun refahını maksimize edecek müdahalenin seçilmesini ve bu müdahale için kaynak kullanımını gerektiren stratejik bir araçtır (Drummond, Drummond & McGuire, 2001). Son yıllarda ekonomik değerlendirmeler; artan sağlık harcamaları, kanıta dayalı tıbbın gelişimi ve sağlık hizmeti tedavi seçim kararlarındaki şeffaf olma isteği nedeniyle daha da yaygınlaşmıştır (Wouterse vd., 2023). Çeşitli analizler yardımıyla farklı sağlık müdahalelerinin verimlilik ve etkililiğini ortaya koyan ekonomik değerlendirmeler (Robinson, 1993), özellikle kamu finansmanı ağırlıklı ve kaynak kısıtının fazla hissedildiği sağlık sistemlerinde kullanılmaktadır (Pye vd., 2024). Ekonomik değerlendirme analizleri ile elde edilen bulgular, sağlık hizmeti sunucuları, politika yapıcılar, hasta ve toplum için kaynak tahsisi kararını belirleyen faktörlerle ilgili önemli bilgiler sunmaktadır (Drummond vd., 2015; Husereau vd., 2022).

Bununla birlikte, ekonomik değerlendirmenin yaygınlaştırılması, ekonomik değerlendirmede kullanılan yöntemlerin tanımlanarak, analiz edilmesi ve geliştirilmesiyle mümkündür (Briggs vd., 1994). Sağlık hizmetlerinde kullanılan temel ekonomik değerlendirme yöntemleri temel olarak *tam ekonomik değerlendirmeler* ve *kısmi ekonomik değerlendirmeler* olmak üzere iki gruba ayrılmakta olup; maliyet-minimizasyon analizi (Cost-Minimization Analysis, CMA, MMA) maliyet-fayda analizi (Cost-Utility Analysis, CUA-MFA) maliyet-yarar (değer) analizi (Cost-Benefit Analysis, CBA-MYA) ve maliyet-etkililik analizi (Cost-Effectiveness Analysis, CEA-MEA) şeklinde dört gruba ayrılmaktadır (Arrow vd., 1996; Brandão vd., 2023; Drummond vd., 2015; Juni vd., 2017; McIntosh, 2010; Robinson, 1993). Ayrıca maliyet-kâr analizi (Cost-Profit Analysis, CPA) gibi çok yaygın olmayan ekonomik değerlendirmeler de bulunmaktadır (Drummond vd., 2015). Ekonomik değerlendirmelerden hangisinin seçileceğine karar vermek, seçilecek yöntemin kaynak kısıtlılığına ne düzeyde katkı sağlayacağı, toplumsal faydası, yöntemin zorluğu ve ihtiyaç duyulan diğer parametrelerle birlikte değerlendirilerek sağlık sistemleri ve ülkeler için en uygun ekonomik değerlendirme yöntemi ve müdahalenin seçilmesi gerekmektedir (Hoomans & Severens, 2014). DSÖ, sağlık müdahale ve programlarının çeşitli ekonomik analizler yoluyla eleştirel bir şekilde değerlendirilmesinin ve sağlık sistemleri ile ülkeler için en uygun müdahalenin seçilmesinin, mevcut sağlık harcamalarının yalnızca %16-%99 ile aynı sağlık kazanımlarının elde edilebildiğini bildirmektedir (DSÖ, 2010).

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme kavramı ve başlıca kullanılan ekonomik değerlendirme yöntemlerinin, kavramsal çerçevesini literatür bilgileri ışığında ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu doğrultu-

da ilk olarak sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme kavramı, literatür temelli olarak açıklanmış ve ardından sağlık hizmetlerinde kullanılan başlıca ekonomik değerlendirme yöntemleri ile ilgili detaylı bilgiler sunulmuştur. Ayrıca sağlık sektöründe daha çok maliyet-etkililik yöntemi tercih edildiğinden, bu yöntem daha derinlemesine açıklanmıştır. Bu çalışmada kullanılan görseller, RStudio paket programı yardımıyla oluşturulmuştur.

2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE EKONOMİK DEĞERLENDİRME

Sağlık alanında yaşanan değişim ve dönüşüm, yeni tanı ve tedavi yöntemleri ile teknolojilerin hizmet sunumu esnasında kullanımını artırmıştır (Drummond vd., 2015). Diğer yandan tıp alanındaki ilerlemeler, uzmanlaşma ve bilgi düzeyinin yükselmesi, nüfus yapısının dönüşmesi ile hasta ihtiyaç ve beklentilerin artması gibi etmenler sağlık hizmetlerindeki talep ve arz dengesini de derinden etkilemiştir (Kutlu, 2022, s. 4). Ekonominin temel kabullerinde olduğu gibi sağlık kaynakları da sınırlı doğası ile sınırsız sağlık ihtiyaçlarını giderme çabasıdadır (Holmér vd., 2023, ss.1-2). Dolayısıyla kıt kaynak ve kısıtlı bütçe ile varlığını sürdürmeye çalışan sağlık kurumları için kaynak tahsisini optimize etmek noktasında yeni tanı ve tedavi yöntemleri arasında seçim yapmak önem teşkil etmektedir (Taylor & Jan, 2017). Sağlık kurumları, kaynakları kullanırken alternatifler (tedavi, ilaç, tıbbi cihaz vb.) arasında maliyet ve hizmet sunumu yönünden en yüksek faydayı sağlayan alternatif yönünde karar vererek öncelik belirlemektedir (Shiell vd., 2002, ss. 85-86). Öncelik belirlemede, seçilen alternatifin sağlık kazanımı yönünden maksimum, maliyet yönünden minimum düzeyde olması gerekmektedir (Phillips vd., 2006; s. 16; Wiseman, 2014, s. 17). Sağlık alanında öncelik belirleme, eldeki kısıtlı finansman kaynaklarının hangi hastalık ve yaş grubunda (65 yaş üstü, kırsalda yaşayan, KOAH hastası kişiler vb.) hangi sağlık hizmetleri (tedavi edici sağlık hizmetleri vb.) hangi ilaçlar ve hangi sağlık teknolojileri için tüketileceğinin belirlenmesidir (Çalışkan, 2009, ss. 312-313; Güneş, 2023, s. 24). Öncelik belirlemede, hangi alternatiflerin işe yaradığı ve bunların maliyetinin ne olduğu gibi kullanılabilir bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır (Jamison vd., 2006). Bu ihtiyacı karşılamak amacıyla, kıt kaynaklarla en iyi alternatifin seçilmesi kararına yardımcı olan ekonomik değerlendirmeler, uzun bir süredir kullanılmaktadır (Gray vd., 2011; McLaughlin vd., 2014, s. 1). Ekonomik değerlendirmeler, sağlık hizmeti sunumunda verimlilik ve etkililiği artırıp, sağlık eşitsizliğini azaltmak suretiyle önceliklerin belirlenmesi noktasında karar vericilere destek olmaktadır (Annemans, 2008, ss.4-5; Kafiriri & Norheim, 2004, s. 173; Rudmik & Drummond, 2013, s.1347). Artan sağlık hizmetleri maliyeti için ekonomik değerlendirmeler, yeni sağlık müdahaleleri içinde en etkili olanı seçmeye katkı sunmaktadır (Mauskopf, 2019, ss. 571-572). Ekonomik değerlendirmelerin kökeni, iktisadın temel konularından olan *Refah Teorisine* uzanmaktadır ki bu teoriye göre, toplumdaki herhangi bir değişim

bir bireyin durumunu iyileştirirken, en azından diğerlerininkinin kötüleşmesine neden olmuyorsa sosyal refah arttırılabilir (Çalışkan, 2009, s. 314)

Ekonomik değerlendirme, sağlık hizmeti alternatiflerinin maliyet ve etkilerini (kazanımlarını) belirleyip karar vericilere kullanılabilir bilgi sunarak, kaynak verimliliğinin sağlanmasına katkı sağlayan analitik bir yöntemdir (Tilling vd., 2016, s. 801). Söz konusu sağlık kazanımları yaşam süresi, QALY, DALY, hastanede kalış günü vb. göstergeler üzerinden temsil edilirken, maliyet de ölçülmeyen, doğrudan ve dolaylı maliyetler şeklinde sınıflandırılmaktadır.

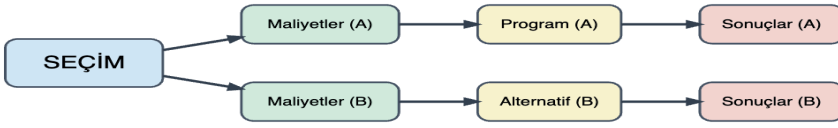


Şekil 1. Sağlık Maliyetlerinin Sınıflandırılması

Kaynak: Karaca & Atılğan'ın (2020) çalışmasından esinlenilerek yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Yukarıdaki Şekil 1'de ekonomik değerlendirme yöntemlerindeki hesaplamalarda da kullanılan sağlık maliyetlerinin türleri sunulmuştur. Buna göre soyut maliyetler, hastada hastalık veya rahatsızlık nedeniyle ortaya çıkan ağrı, sızı, acı, yalnızlık gibi parasal olarak ölçülemeyen maliyetleri, doğrudan maliyetler; hastanın, yakınlarının veya üçüncü geri ödeyicilerin herhangi bir sağlık hizmeti sunumunun bir karşılığı olarak veya sağlık hizmeti sunumu için katlanılan tıbbi olmayan yaptıkları diğer harcamaları, dolaylı maliyetler ise hastalık veya rahatsızlık sonucu ortaya çıkan iş gücü kaybı, zaman kaybı gibi maliyetleri içermektedir (Karaca & Atılğan, 2020, ss. 29-30).

Ekonomik değerlendirmenin temel amacı, sağlık hizmetlerindeki israfı azaltmaktır (Arı, 2017, s. 26). Sağlık alanındaki yeni tedavi yöntemleri, ilaçlar, tıbbi cihazlar, aşılar, prosedürler ve toplum sağlığı hizmetleri için uygulanabilen ekonomik değerlendirme, sağlık hizmetleri ile ilgili kaynak problemlerinin bir çözümü niteliğindedir (Mauskopf, 2019; WHO, 2015; akt., Arslan, 2020, s. 6). Dewar (2017) ekonomik değerlemeyi sağlıkla ilgili kaynakların bireysel, toplumsal ve örgütsel yönden ele alınarak uygun bir şekilde tahsisi şeklinde nitelendirirken; Drummond ve diğerleri (2015) ekonomik değerlendirmeyi, sağlık müdahalelerinin maliyetleri ve etkilerinin (sonuçlarının) karşılaştırmalı analizi olarak ele almaktadır (Bkz. Şekil 2).



Şekil 2. Ekonomik değerlendirme
Kaynak: (Drummond vd., 2015, s. 4)

Yukarıdaki Şekil 2'ye göre, ekonomik değerlendirmelerde herhangi bir tedaviye ilişkin uygulanan benzer A ve B müdahaleleri, maliyetler ve sonuçlar (çıktılar) yönünden kıyaslanarak analiz gerçekleştirilmektedir.

Ekonomik değerlendirme, alternatiflerin maliyetlerini ve sonuçlarının analiz ederek, maliyet etkinliği sağlamayı amaçlayan bir süreçtir (Gray vd., 2011; Goodacre & McCabe, 2002, ss.198-199). Sağlık ekonomisi alanında kullanılan en önemli analiz tekniklerinden biri olan ekonomik değerlendirme, sınırlı kaynaklarla sınırsız ihtiyaçları karşılamamanın yollarını arayan sağlık ekonomisi disiplini için bir tampon görevi görmektedir (Dewar, 2017). Nitekim, Kernick & McDonald'a (2002) göre, sağlık ekonomisinin temel kavramları olan kıtlık, etkililik, fırsat maliyeti ve yarardan dolayı alternatiflerin ekonomik açıdan değerlemesi önem teşkil etmektedir. Ekonomik değerlendirme, sınırlı kaynaklarla hangi sağlık hizmetinin finansmanının sağlanması diğer bir ifadeyle geri ödeme kapsamına alınması noktasında birey ve toplum sağlığını arttırarak, sağlık eşitsizliklerini azaltmakta, karar vericilere de hangi alternatifin seçileceği konusunda sistematik, doğru ve güvenilir bilgi sunmaktadır (Rushby & Cairns, 2005, s. 8-9). Kısaca ekonomik değerlendirme, geri ödeme kararlarının alınması, alternatiflerin faydalarının belirlenmesi ve sağlık hizmeti kalitesinin yükseltilmesi mümkün olmaktadır (Beaver vd., 2009, s. 79). Doğru bir ekonomik değerlendirme için maliyetleri ve sağlık etkileri karşılaştırılacak alternatiflerin, ilgili tedavi veya sağlık hizmeti için uygun olması, maliyet ve sonuçların gerçekçi bir şekilde ölçülerek birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (Bkz. Tablo 1).

Tablo 1. Ekonomik değerlendirme yöntemlerinde alternatif ve sonuçların karşılaştırılması

		HAYIR		EVET
<i>İki ya da daha fazla alternatif karşılaştırıldı mı?</i>	HAYIR	Yalnızca sonuçlar	Yalnızca maliyetler	
		1A Sonuç tanımlama	1B Maliyet tanımlama	2 Kısmi değerlendirme Maliyet-sonuç tanımlama
	EVET	3A Tıbbi Etkililik ya da etkililik değerlendirmesi	3B Maliyet analizi	4 Tam ekonomik değerlendirme Maliyet-etkililik analizi Maliyet-fayda analizi Maliyet-yarar analizi

Kaynak: Drummond vd., 2015

Tablo 1’de gösterildiği gibi, tek bir alternatifin maliyet veya sonuç yönünden incelenmesi tam ekonomik değerlendirme kapsamına alınmamaktadır. Alternatif veya müdahale yönüne yönelik yapılan bu tarz tek yönlü değerlendirmeler, kısmi ekonomik değerlendirme adını almaktadır. Diğer yandan, iki veya daha fazla alternatif sadece etkililik (3A) veya sadece maliyetler (3B) yönünden karşılaştırılabildiği gibi, hem maliyet hem de etkililik birlikte olacak şekilde de karşılaştırılabilmektedir. Bu tarz iki veya daha fazla alternatifin karşılaştırmasının yapıldığı değerlendirmeler, MEA, MFA ve MYA gibi tam ekonomik değerlendirmelerdir.

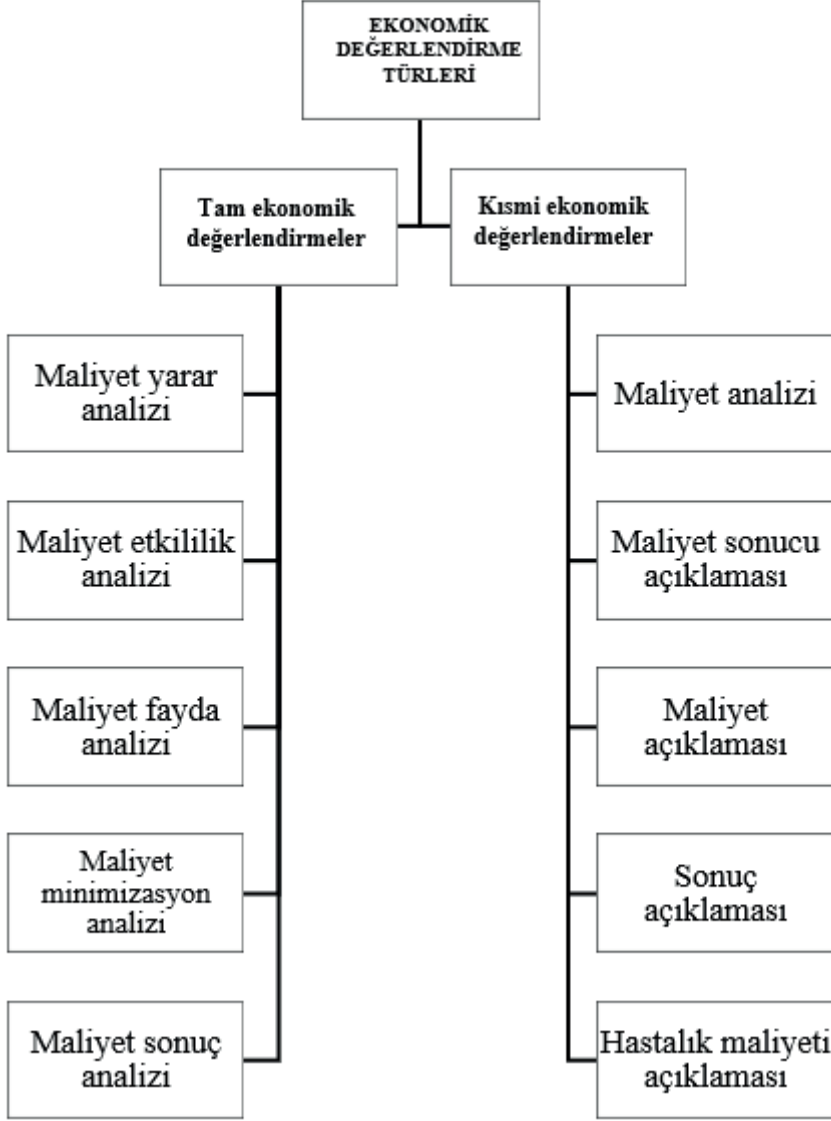
Ekonomik değerlendirmede, alternatifler bir veya daha fazla tedavi olabileceği gibi, hiçbir tedavi uygulamamak da bir ekonomik değerlendirme olarak nitelendirilmektedir (Turner vd., 2021, ss. 3). Aynı zamanda ekonomik değerlemesi yapılan değişken bir ilaç, tarama programı, aşılama, cerrahi müdahale, sağlık eğitim hizmetleri gibi alternatifler arasında da yapılabilmektedir (Briggs vd., 2007, s. 2). Bu nedenle, doğru bir ekonomik değerlendirme çalışması için ekonomik değerlendirme yöntem ve türlerinin iyi belirlenmesi, alternatiflerin ve bunların maliyetleri ile etkilerinin iyi hesaplanması gerekmektedir. Konu ile ilgili olarak, 2022 yılında yenilenen *Konsolide Sağlık Ekonomisi Değerlendirme Raporlama Standartları* (*Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards- (CHEERS)*), ekonomik değerlendirme yapmak isteyen araştırmacılar için kapsamlı bir kılavuz niteliğindedir (Husereau vd., 2022). Söz konusu kılavuz, ekonomik değerlendirme yöntem ve teknikleri, ekonomik değerlendirmelerin sınıflandırılması, maliyet ve girdilerin belirlenmesi ile alternatiflerin etkilerinin hesaplanmasına kadar birçok konuda bilgi sunmaktadır. Çünkü ekonomik değerlendirme yöntemleri ve türlerinin

neler olduğunu bilmek sağlıklı, doğru ve güvenilir bir ekonomik değerlendirme çalışması için önem arz etmektedir (Drummond vd., 2015, s. 22). Sağlık alanında özellikle 1990'lı yıllardan itibaren sistematik olarak kullanılmaya başlanan ekonomik değerlendirmelerin kuramsal temelleri Robinson (1993), Donaldson (1990), Drummond ve diğerleri (1997) gibi araştırmacılar ile atılmış ve ekonomik değerlendirmelerin günümüzde de kullanılan türleri ve sınıflandırılması yapılmıştır (Cunningham, 2000, s. 251). Temel olarak ekonomik değerlendirmeler tam ve kısmi ekonomik değerlendirme olarak iki sınıfa ayrılmaktadır (Rabarison vd., 2015, s.2; Veličković vd., 2015, s. 25):

Ş Tam ekonomik değerlendirme: İki veya daha fazla sağlık müdahalesinin maliyetleri ve etkilerinin (sonuçlarının), ilave maliyet etkililik oranı (İMEO), bütçe etki analizi, duyarlılık analizi, QALY, DALY, beklenen yaşam süresi, hastanede kalış günü vb. göstergeler üzerinden karşılaştırıldığı değerlendirme yöntemleridir (Gray vd., 2011). Bu yöntemde müdahaleler en uygun model üzerinden ölçülmekte ve müdahalelerin sadece maliyetler yönünden değil, etkileri yönünden de değerlendirilmesi yapılarak, sonuçlar karar vericilere, politika yapıcılara ve ilgililere raporlanmaktadır (NICHSR, 2020). Alternatif sağlık müdahalesi yeni, bir yöntem olabileceği gibi hiçbir şey yapmamak da olabilir (Goodacre & McCabe, 2002, s. 198). Kendi içinde maliyet etkililik, maliyet-fayda, maliyet yarar ve maliyet minimizasyon analizi gibi türleri bulunmaktadır (Drummond vd., 2015).

Ş Kısmi ekonomik değerlendirme: Sağlık programı veya müdahalenin sadece maliyet boyutunu baz almak suretiyle hastalığın sadece ekonomik yükünün hesaplandığı bir yöntemdir. Maliyetlerin hesaplanması yolu ile tam ekonomik değerlendirme yöntemlerine temel oluşturan kısmi ekonomik değerlendirmeler, tek bir müdahaleye odaklanması bunun yanı sıra alternatifini sağlık etkilerini göz ardı etmesi sebebiyle karar vericiler tarafından çok fazla tercih edilmeyen pasif yöntemlerdir (Zeybek, 2024, s. 51). Kısmi ekonomik değerlendirmelerde, hastalık maliyet analizi ve program maliyet analizi gibi ölçümler yapılmaktadır (Rabarison vd., 2015, s. 2).

Aşağıda yer alan Şekil 3'te ekonomik değerlendirme yöntemleri ve bu yöntemlerin temel sınıflandırılması bütüncül bir şekilde ortaya konulmuştur.



Şekil 3. Ekonomik değerlendirme türleri

Kaynak : (Zeybek, 2024, s.52)

Yukarıdaki Şekil 3’de sağlık ekonomisi değerlendirme yöntemleri sunulmuştur. Her ekonomik değerlendirme yönteminin kendine özgü avantaj ve dezavantajları olabileceği dikkate alınmalıdır. Özellikle sağlık hizmetlerinde sağlık sonuçlarının ve çıktıların tam olarak ölçülememesi, pozitif dışsallık gibi etmenler ekonomik değerlendirme yöntemlerinin belirgin sınırlılıkları arasında yer almaktadır (Folland vd., 2024).

2.1. MALİYET- MINİMİZASYON ANALİZİ

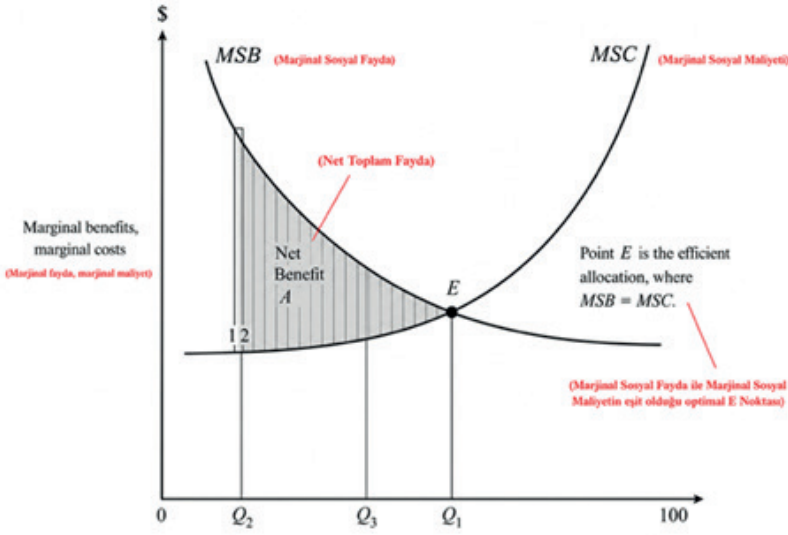
Maliyet minimizasyon analizi (MMA) veya diğer adıyla maliyet azaltım analizi, alternatif sağlık müdahaleleri içinde maliyeti en düşük olanın belirlendiği bir yöntemdir (Briggs & O’Brien, 2001, s. 179; Okumuş, 2008, s. 7). MMA, iki veya daha fazla alternatifin (tedavi, ilaç, tıbbi cihaz vb.) aynı sonucu verdiği ve çıktıların eşit olduğu varsayımı altında sadece maliyetlere odaklanarak, maliyet hesaplaması yapılması ve en düşük maliyetli alternatifin seçilmesidir (Drummond vd., 2015; Robinson, 1993, s.726). Çıktıların eşit olduğunun belirlenmesine ilişkin kanıt eksikliği MMA’nın en zayıf yönlerinden biri olsa da araştırma sonuçları veya meta-analiz gibi ikincil veri kaynakları yardımı ile bu eksiklik giderilebilmektedir (Goodacre & McCabe, 2002, s. 199; Petitti, 2000). Ancak, çıktıların eşit olmadığı durumlarda maliyeti en düşük olan alternatifi seçmek etkili bir yaklaşım olmayacaktır (Briggs & O’Brien, 2001). MMA, en az iki veya daha fazla alternatifin maliyetlerini karşılaştırması sebebi ile tam ekonomi değerlendirme yöntemleri arasında ele alınsa da bazı araştırmacılar sağlık sonuçlarına odaklanmaması ve sadece maliyetler üzerinden bir değerlendirme yapması sebebiyle tam ekonomik bir değerlendirme yöntemi olarak kabul etmemektedir (Drummond vd., 2015; Rushby & Cairns, 2005). MMA, diğer ekonomik değerlendirme yöntemlerinden farklı olarak, uygulaması daha kolay ve daha ekonomik bir yöntemdir (Briggs & O’Brien, 2001, s. 179-180). Buna rağmen, MMA’nın sağlık sektöründe kullanımı oldukça sınırlıdır (Eminović vd., 2010; Walley ve Haycox, 1997, s. 345; Zeybek, 2024, s. 55). Bunun nedeni, sağlık sektöründe çıktıların tanımlanmasının güç olmasıdır. Yine de özellikle ilaç ve tıbbi cihaz gibi klinik olarak benzer veya aynı etkilere sahip olduğu kanıtlanmış alanlar da MMA’nın kullanıldığı bilinmektedir (Rai & Goyal, 2018, s. 465). Örneğin, uygulandığında hemen hemen aynı sonucu veren veya birbirinin yerine kullanılabilen iki ilaçtan (orijinal ve jenerik ilaç) maliyeti en düşük olanı seçmek özellikle geri ödeme kurumlarının hangi ilaç bedelini geri ödeyeceği noktasında karar vermelerine yardımcı olmakta ve maliyet tasarrufu sağlamaktadır (Giral, 2025, s. 55). Bu nedenle MMA, çıktıların eşit olduğu durumlarda doğru kullanıldığında yararlı bir farmakoekonomik araç olarak kullanılmaktadır (Smith vd., 2005).

2.2. MALİYET- FAYDA ANALİZİ

Maliyet fayda analizi (MFA) kısaca, alternatif müdahalelerin neden olduğu fayda ve maliyetlerin parasal olarak ifade edilmesi suretiyle analiz edilmesi ve analiz sonuçlarına göre en faydalı alternatifin belirlenmesidir (Battistoni vd., 2016; Robinson, 1993, s. 672). Bireysel faydanın ön planda olduğu MFA’da, alternatif müdahaleler kazandırdığı faydalara göre sıralanmakta ve faydası en yüksek olan müdahale tercih edilmektedir (Çalışkan, 2009, s. 379). Eğitim, gıda, ulaşım gibi birçok sektörde kullanılan MFA (Rushby & Cairns, 2005), sağlık sektöründe de sıklıkla kullanılmasına rağmen, sağlık sektöründeki çıktıların paraya çevrilmesindeki zorluk nedeniyle çok fazla tercih edilmemektedir (Getzen & Kobernick, 2022). MFA’nın esas amacı, alternatifler arasında seçim yapılması gerektiğinde toplumun yararı da gözetilmesi ayrıca, kaynak tahsisinde verimlilik ve etkinliğin sağlanmasıdır (Battistoni vd., 2016, s. 82; Rushby & Cairns, 2005). Bu amaç doğrultusunda MFA, sağlık harcamalarının toplam bütçeye etkisi ve önceliklerin belirlenmesinde politika yapıcılara ve karar vericilere destek sunmaktadır. MFA’da parasal birimlere dönüştürülerek hesaplanan maliyet (M) ve faydaların (F) oranının 1’den büyük çıkması beklenmektedir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta, hem fayda hem de maliyet hesaplamalarında dışasallık unsurunun göz önünde bulundurulmalıdır (Karaca & Atılğan, 2020, s. 33):

$$F - M > 0 \quad \text{ve} \quad F/M$$

MDA’da faydalar ve maliyetler tek bir birim üzerinden parasal değere dönüştürülüp, toplam marjinal sosyal fayda ve toplam marjinal sosyal maliyetler üzerinden analiz gerçekleştirilmektedir. Buna göre en yüksek faydanın elde edildiği alternatiften bir ek hizmetin sağladığı marjinal sosyal fayda ile bir ek hizmetin marjinal sosyal maliyetinin eşit olmasından yana tercih yapılarak optimal sağlık hizmeti sunulmuş olmaktadır (Arı, 2017) (Bkz. Şekil 3).



Şekil 4. Optimal Sağlık Hizmeti Sunumu

Kaynak: Folland vd., 2024

Yukarıdaki Şekil 4'te MFA'nın parasal olarak ifade edilen fayda ve maliyetlerin kesiştiği noktayı diğer bir ifadeyle optimal sağlık hizmeti sunumunun olduğu noktayı göstermektedir. Burada marjinal sosyal fayda ile kastedilen, bir sağlık müdahalesinin tercih edilmesinin topluma getireceği ek faydalar iken, marjinal sosyal maliyet ile kastedilen aynı sağlık müdahalesinin toplumda neden olduğu ek maliyetlerdir (Folland vd., 2024).

MFA'yı sağlık sektöründe kullanan araştırmacılar, alternatiflerin faydasını QALY, DALY, HYE gibi çeşitli göstergeler üzerinden değerlendirmektedir (Drummond vd., 2015; Kobelt, 2010, s. 75; HAS, 2020; akt., Zeybek, 2024, s. 57). Maliyet-etkililik yönteminin bir diğer şekli olan MFA'da pay kısmında QALY payda kısmında da maliyet değerleri yer almaktadır (Robinson, 1993, s. 924; Okumuş, 2008, s.11). Kısaca bu yöntemde, QALY başına hesaplanarak seçim yapılmaktadır. MFA'da araştırma konusu alternatiflerin faydasının parasal olarak belirlenmesinde beşeri sermaye ve ödeme istekliliği kavramlarından yararlanılmaktadır (Rushby & Cairns, 2005). Beşeri sermaye, alternatifin uygulandığı bireyin gelecekte üretime sağladığı maddi katkılar ve kazançlar hesaplanmaktadır. Beşeri sermaye, bireyin gelecekteki getirisini bugüne indirgemektedir (Drummond vd., 2015). Ödeme istekliliği de bireyin hasta olmamak, iyileşmek veya alternatiflerden elde edeceği faydaya için ödemeye razı oldukları miktarın belirlenmesi işlemidir (Kutlu, 2020, s. 13).

2.3. MALİYET- YARAR ANALİZİ

Literatürde maliyet yararlanım, maliyet kullanım, maliyet kazanç ve maliyet değer gibi farklı adlarla anılan maliyet yarar analizinin (MYA), MFA'dan farklı, çeşitli sağlık müdahale ve alternatiflerini karşılaştırırken MFA'da olduğu gibi alternatiflerden elde edilen faydanın parasal tutarını değil, bireye kazandırılan manevi tatmini (değere) temel almasıdır (McIntosh, 2010). İlk kez kronik böbrek yetmezliği tedavisi için böbrek nakli ve diyaliz alternatiflerinin karşılaştırmasında kullanılan MYA'da, alternatiflerin getirdiği faydanın maliyeti aşması beklenmektedir (Boardman vd., 2022, ss.1157-1158; Drummond vd., 2015). Diğer bir ifadeyle, faydası yüksek olan alternatif için seçim kararı verilmektedir. Birçok alanda kullanım olanağı olan MYA, sağlık sektöründe özellikle farklı tıbbi müdahalelerin sonuçlarının bireyin yaşamı üzerindeki etkilerini belirlemeye çalışmaktadır (Arrow vd., 1996). Sağlık alanında öncelik belirlemede önemli bir karar desteği sunan MYA'yı, maliyet-etkililik analizinden ayıran en büyük özellik, ilgili müdahale veya alternatifin bireyin yaşam kalitesinde meydana getirdiği değişime odaklanması, bütüncül sonuç vermesi ve hizmet alan kişinin tercihini gözetmesidir (Drummond vd., 2015, s. 11; Mosadeghrad vd., 2022, s. 2160; Yiğit, 2013, s. 13). Ayrıca MYA, bazı özellikleri nedeniyle de diğer ekonomik değerlendirme yöntemlerinden farklılaşmaktadır (Balçık & Şahin, 2013):

Ø **Toplumsal perspektif:** Alternatifin bireyden ziyada topluma olan etkilerinin dikkate alınmasıdır.

Ø **Parasal ölçüm:** İlgili sağlık müdahalelerinin maliyet ve faydaları, karşılaştırılabilirliği kolaylaştırmak adına tek bir parasal değere dönüştürülür.

Ø **Zaman değeri:** Maliyet ve faydaların gelecekteki değeri, bugünkü değere indirgenir.

Ø **Belirsizlik:** MYA'da maliyet ve faydalarla ilgili olarak gelecekteki belirsizlik göz önünde bulundurulur.

MYA, potansiyel sağlık harcamalarının ve kayıp iş günü azaltılması noktasında katkı sunmaktadır (Arrow vd., 1996; Dewar, 2017). Ekonomik değerlendirme yöntemleri içinde “*altın standart*” olarak bilinen MYA'da, alternatif müdahaleler para cinsinden ifade edilirken, bunların sonuçları hastanın yaşam kalitesi ve beklenen yaşam süresi üzerinden değerlendirilmektedir (McIntosh, 2010; Torrance, 1996, s. 60). MYA'da alternatiflerin bireyin yaşamı üzerindeki etkileri, QALY, DALY, EQ-5D-5L, Nottingham Health Profile, Guttman Scale, Time Trade Off, Standart Gamble, Health Utilities Index, People Trade Off, Willingness to Pay ve Relative Risk gibi farklı sağlık ölçek ve göstergeleri üzerinden ölçülmektedir (Bakhai vd., 2006; Demir, 2023, s. 41; Dewar, 2017; Goodacre & McCabe, 2002, s. 200; Zweifel vd., 2009, s. 26;

Weinstein, Torrance & McGuire, 2015). Diğer yandan, bireyin yaşam kalitesinin ölçülmesindeki zorluk MYA'nın zayıf bir yönü olarak öne çıkmaktadır (Baytar, 2010, s. 42). Nitekim, alternatiflerden elde edilen faydaların bireylerin yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini ölçmek uzun dönemli değerlendirmeler gerektirmektedir (McEwan, 2012, s. 193).

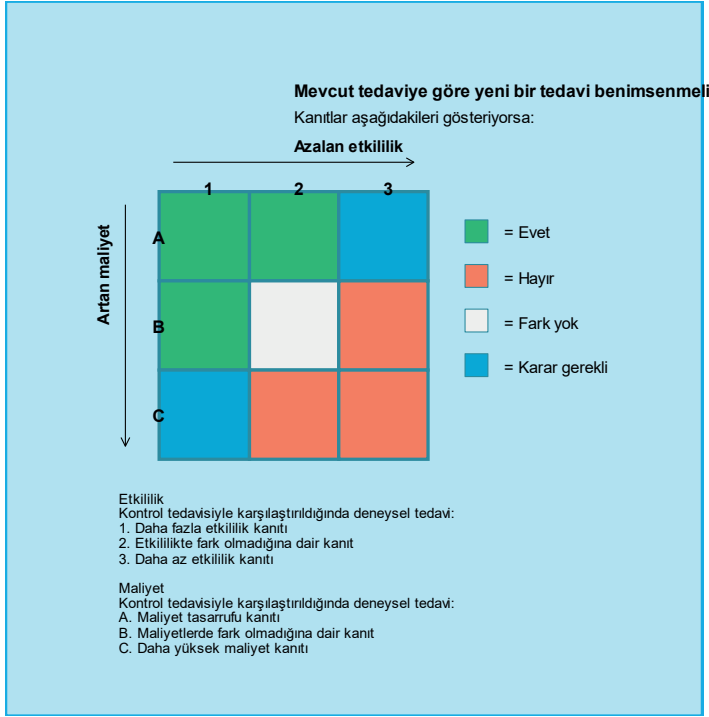
2.4. MALİYET- ETKİLİLİK ANALİZİ

Maliyet-etkililik analizi, belli bir sağlık ya da hastalık durumuna ilişkin uygulanan müdahale veya programların görece maliyetlerini ve sağlık kazanımlarını (QALY, DALY vb.) karşılaştıran ekonomik değerlendirme yöntemidir (Gray vd., 2011; Kazibwe vd., 2022). MEA'da kazanılan her sağlık sonucuna karşılık katlanılan birim maliyeti ortaya koyan ve en sık kullanılan ekonomik değerlendirme yöntemlerinden birisidir (AB vd., 2017). MEA'nin esas amacı, sağlık hizmetleri müdahalesi için tüketilen kaynaklardan elde edilen kazanımı artırarak, hem müdahale seçim kararı hem de geri ödeme kararları kapsamında oluşturulan sağlık politikalarına yön vermektir (Neumann & Kim, 2023). Kısaca bir müdahalenin beklenen sağlık kazanımlarının ek maliyetlere değer olup olmadığının belirlenmesidir (Petitti, 2000; Ryder vd., 2009). Ekonomik değerlendirmelerin temelindeki fırsat maliyeti, MEA'da en iyi müdahale seçilmediğinde kaybedilen potansiyel sağlık kazanımların tespiti şeklinde olmaktadır (Neuman vd., 2016). MEA'da Ayrıca, eldeki kaynaklarla genel sağlık düzeyinin ve toplum refahının artırılması da MEA'nin konuları arasındadır (Edlin vd., 2015; Wouterse vd., 2023). MEA özellikle 1990'lı yılların başında küresel düzeydeki sağlık harcamalarının artması ve sağlıkla ilgili kaynak tahsisinde daha rasyonel kararların verilmesinin öneminin artmasıyla birlikte gelişme göstermiştir (AB vd., 2017; Neuman vd., 2016). Özellikle, Avustralya, Kanada, İsveç, Polonya, Hollanda ve İngiltere gibi ülkelerde sıklıkla kullanılan MEA, sağlık hizmetleri alanında en çok tercih edilen ekonomik değerlendirme yöntemlerinden bir tanesidir (Eichler vd., 2023; Gray vd., 2011). MEA hesaplanırken, bir müdahale veya programın diğer bir müdahaleye kıyasla beklenen maliyet ve sağlık kazanımlarının karşılaştırmasını yapan artırımlı maliyet etkililik oranı (Incremental Cost-effectiveness Ratio-ICER) (Karaca & Atılğan, 2020, s. 35). ICER, söz konusu karşılaştırmayı maliyet etkinliği eşiği (MEE) adı verilen bir kritere göre yapmaktadır. Buna göre, eğer ICER değeri MEE'nin altında ise müdahale maliyet-etkili olarak kabul edilirken, ICER değeri MEE'nin üzerindeyse maliyet-etkili olarak kabul edilmemektedir (Kaibwe vd., 2022). MEA'nın bir çıktısı niteliğinde olan ICER, bir hastalık veya sağlık durumuna ilişkin katlanılan ek maliyetin ne kadar ek fayda sağladığının anlaşılmasına ve sağlık hizmetleri geri ödeme kararlarının alınmasına yardımcı olmaktadır (Drummond vd., 2015). ICER hesaplanırken örneğin, A veya B müdahalesini maliyetler ve sağlık kazanımları yönünden karşılaştırmada artırımlı maliyetin payında, A müdahalesinin

B müdahalesine göre kullanımından doğan ek maliyetler, payda kısmında ise A müdahalesinin B müdahalesine göre kullanımından kazanılan ek sağlık kazanımları yer almaktadır (Sanders, Maciejewski & Basu, 2019). MEA'da kullanılan ICER hesaplama formülü aşağıda sunulmuştur (Karaca & Atılğan, 2020, s. 35):

$$ICER = \frac{A \text{ alternatifinin maliyeti} - B \text{ alternatifinin maliyeti}}{A \text{ alternatifinin etkisi} - B \text{ alternatifinin etkisi}}$$

Müdehalelerin faydalarının geçerli ve güvenilir bir şekilde tahmininin yapılamadığı durumlar için uygun olan MEA, sağlık müdahalesinin faydalarını saptamak yerine, sağlık veya hastalık durumu ile ilgili istenen amaca ulaşmada en maliyet-etkin müdehaleyi tespit etmeye çalışmaktadır (AB vd., 2017). MEA ile sağlık sistemlerinin genel verimliliğini arttırdığı bildirilmektedir (Jena & Philipson, 2013). MEA, en yüksek sağlık kazanımını en uygun maliyetle sağlayan alternatif/müdehaleyi bulmak adına, bir bütçe ayrıldığında, ayrıca hastane, sağlık hizmeti sağlayıcısı, devlet kurumu veya diğer sağlık kuruluşlarıyla sınırlı bir perspektife sahipse faydalı olabilmektedir (Brent, 2023; Gray vd., 2011). Diğer yandan, toplumsal perspektif ile yapılırsa ve bunun için herhangi bir bütçe ayrılmamışsa MAE yetersiz kalmaktadır. MEA'nın hangi bakış açısıyla yapılacağına belirlenmesi, müdahalenin maliyet ve sonuçlarının daha gerçekçi bir şekilde hesaplanmasını sağlayarak, kaynakların tahsisinde daha etkin olunmasına katkı sunmaktadır (Kim vd., 2020; Ryder vd., 2009). MAE'nin dezavantajlarından bir tanesi de müdahaleler arası maliyet ve etkinlik değerlendirmeleri yapılırken nüfus ortalamalarının kullanılmasıdır. Böyle bir durumda, nüfusun sağlık hizmeti müdahalesi alma potansiyeli olan farklı grupları arasında müdahalenin maliyet ve etkinlik sonuçları farklılaşabilmekte, dolayısıyla kaynak tahsisinde verimsizlik ve sağlık eşitsizliği sorunlarına neden olabilir (Edlin vd., 2015; Shields vd., 2022). Ayrıca, maliyet ve sonuç verilerinin heterojen nüfustan elde edilmiş olması, veriye ulaşımın zor olması, uzun vadeli tahminlemenin yapılmasındaki güçlük ile incelenen hastalık veya sağlık durumuna ilişkin yapılan varsayımların gerçeği yansıtmaması da MEA'nın diğer zayıf yönleridir (Sanders vd., 2019). Aşağıdaki Şekil 5'te maliyet-etkililik analizlerinde kullanılan karar matrisi yer almaktadır.



Şekil 5. Maliyet-etkililik karar matrisi

Kaynak: Donaldson, C., Currie, G., & Mitton, C. (2002). Cost effectiveness analysis in health care: contraindications. Bmj, 325(7369), 891-894.

Şekil 5'e göre, iki farklı altnernatiften (tedavi) yeni olana ait maliyet ve etkililik ile ilgili değerler matris üzerinden gösterilmiştir. Matristeki 1 yeni tedavinin daha etkili, 2 aynı etkiye sahip, 3 ise yeni tedavinin daha az etkili olduğunu temsil etmektedir. Matrisin dikey ekseninde yer alan A, yeni tedavinin daha az maliyetli, B eşit maliyetli ve C'de yeni tedavinin daha fazla maliyetli olduğunu yansıtmaktadır. Yeşil renk, yeni tedavinin uygulanmasının, kırmızı renk yeni tedavinin uygulanmamasının uygun olduğu durumu gösterirken, gri renk eski ve yeni tedavi arasında fark bulunmadığını, mavi renk ise her iki tedavi türü için MEA yapılmasının uygun olduğunu belirtmektedir.

Doğru bir MEA için aşağıdaki adımların izlenmesi gerekmektedir (Smith vd., 2005, s. 130; Sun & Faunce, 2007, s. 313):

- Problemin tanımlanması
- Alternatiflerin belirlenmesi (ilaç, tedavi yöntemi, cerrahi prosedür, tıbbi cihaz, sağlık programı vb.)

- ° Alternatiflerin net maliyetlerinin belirlenmesi
- ° Sağlık sonuçlarının etkilerinin (faydalarının) belirlenmesi (QALY, DALY, mortality, morbidity vb.)
- ° Maliyetler ile faydaların oranlanması
- ° Alternatifler arasında karşılaştırma yapılması,
- ° Bütçe etki analizi ve duyarlılık analizinin yapılması
- ° En etkili alternatifin seçilmesi
- ° Analiz raporu hazırlanması ve tartışmanın yapılması.

Bu adımlar aşağıdaki alt başlıklarda detaylı olarak sunulmuştur.

2.4.1. Maliyet- Etkililik Aşamaları

Ekonomik değerlendirmelerin bütününe kapsayan maliyet-etkililik çalışmaları, bir dizi aşamadan meydana gelmektedir. Bu aşamalar aşağıda detaylı olarak ele alınmıştır.

2.4.1.1. Perspektifin ve Maliyetlerin Belirlenmesi

MEA'da alternatiflerin herhangi birinin seçilmesi durumunda, farklı tarafların elde edeceği kazançlar ve maliyetler de hesaba katılarak analiz gerçekleştirilmektedir (Patrick & Chiang, 2000, s. 14). Bu bakış açısına göre analizin ilk aşaması, yapılacak olan MEA'nın hangi perspektif üzerinden gerçekleştirildiğidir. MEA'da perspektif, hangi maliyetlerin analiz esnasında dikkate alınacağını ve hangi çıktıların kazanç olarak kabul edileceğine yardımcı olmaktadır (Petitti, 2000, s. 30). MEA, temelde dört perspektif üzerinden yapılmaktadır. Bunlar; hasta, hizmet sağlayıcı, geri ödeyici kurum (SGK) ve toplumsal perspektiftir (Phillips vd., 2005, s. 114; Kernick & McDonald, 2002, s. 29). Sağlık hizmetlerinin birincil amacı, toplumsal faydayı üst düzeye çıkarmak olduğundan MEA'da en sık kullanılan perspektif toplumsal perspektiftir. Toplumsal perspektifte, alternatiflerden birinin seçilmesi durumunda toplumun katlanacağı maliyet ve sağlık çıktıları yönünden analiz yapılmaktadır. Bu nedenle toplumsal perspektif zaman alıcı ve emek isteyen bir süreçtir (Centre for Epidemiology & Evidence, 2017, s. 11). Sağlık hizmeti sunumu esnasında hastanın katlandığı bütün maliyetlerin ve çıktıların hesaba katılması, hasta perspektifi, sağlık kurumu ve geri ödeyici kurumun katlandığı maliyetler de sağlık kurumu ve ödeyici kurumun perspektifi olarak anlandırılmaktadır (Karataş, 2023, s. 41).

Perspektifin belirlenmesinden sonraki aşama, maliyet parametrelerinin belirlenmesidir. Sağlık hizmetlerinde maliyetler doğrudan ve dolaylı tıbbi maliyetler ve tıbbi olmayan dolaylı maliyetler olarak ele alınmaktadır (Drummond vd., 2015; Walley & Haycox, 1997, s. 344). Sağlık hizmeti su-

numu esnasında katlanılan tüm maliyetler (ilaç, hizmet bedeli, tedavi, operasyon, koruma, bakım, tıbbi sarf vb.) doğrudan tıbbi maliyeti; dolaylı tıbbi maliyetler de hizmet sunumu esnasında katlanılan elektrik, yakıt vb. giderleri içermektedir (Bakhai vd., 2006; Elliot & Payne, 2005, s. 46; Kernick & McDonald, 2002, s. 33). Hastanın ve yakınlarının sağlık hizmeti sunumu nedeniyle dolaylı olarak katlanmak zorunda kaldıkları ve iş gücü kaybı gibi ölçümü zor maliyetler de tıbbi olmayan dolaylı maliyetleri ifade etmektedir (Earle vd., 1998, s. 476). Ancak burada dikkat edilmesi gereken husus, ele alınan perspektife göre maliyet parametrelerinin değişeceği durumudur (Karataş, 2023, s. 41). Nitekim geri ödeyici kurum için maliyet, hastanın hastane almış olduğu tedaviye ilişkin geri ödeme bedelini ifade ederken, sağlacı için hizmetin sunumu esnasında katlanılan genel yönetim ve işçilik gideri gibi maliyetleri içerebilmektedir (Singh vd., 2016). Dolayısıyla seçilen perspektife uygun maliyet parametrelerinin doğru ve kapsamlı tespiti, MAE'nin sonuçlarındaki güvenilirliği artırmaktadır (Briggs vd., 2007).

2.4.1.2.Maliyet Etkililik Oranlarının Belirlenmesi

MEA'daki bir diğer önemli husus, alternatiflerden birinin seçilmesi durumunda etkililik türünün belirlendikten sonra her bir birim etkililik miktarı için katlanılan maliyetlerin ölçümüdür. Diğer bir ifadeyle maliyet oranları, her etkililik için kullanılan kaynak miktarını göstermektedir (Drummond vd., 2015, s. 80; Gold, 1996; Torun, 2016, s. 50). MEA'da seçilen perspektife göre etkililik durumları farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, kalp krizi tedavisi için başvuran bir hasta için en etkili çıktı kazanılan yaşam yılıken, katarakt şikayeti üzerine başvuru yapan bir hasta için en etkili çıktı puslu olmadan görme, net görme, gözün iyileşmesi, kısaca QALY'dir. Dolayısıyla her perspektif için seçilen alternatifler ve teknolojiler de farklılaşmaktadır. Maliyet etkililik oranı da farklı alternatif ve teknolojilerin uygulanması ile elde edilen bir birim etkililiğin maliyetinin ölçülmesini sağlamaktadır (Muennig & Quah, 2008, s. 191-192). Kısaca seçilen alternatifle ilişkin birim başı maliyet, birim başı etkililiğe bölünerek, etkililik başı maliyetler için özet bilgi hesaplanmaktadır (Karataş, 2023, s. 44).

2.4.2.3.Zaman Diliminin ve İndirgeme (İskonto) Oranının Belirlenmesi

MEA'da alternatiflerin uygulanması sonucu ortaya çıkan maliyet ve faydalar, zamana göre değişkenlik gösterebilmektedir. Kısaca, maliyet ve etkiler her zaman aynı anda ortaya çıkmamaktadır (Kobelt, 2010). Örneğin Alzheimer, Parkinson gibi uzun süreli tedavi gerektiren hastalıklar için yapılan MEA çalışmalarında, alternatifin seçilmesi durumunda elde edeceği faydayı izlemek için uzun bir dönem gerekmektedir (Phillips, 2005, s.110). Ancak, kronik olmayan hastalıklar için kullanılan alternatiflerin sonuç ve etkililiğini ölçmek için 1 yıldan az bir zaman yeterli olmaktadır. Bu nedenle MEA'de en önemli aşamalardan birisi uygulanması planlanan alternatifin maliyet ve so-

nuç hesaplamalarını doğru veren zaman diliminin belirlenmesidir (McPake vd., 2020, s.79) Zaman dilimi, tercih edilen alternatifin maliyet ve etkileri ile süreç içerisindeki değişimi, alternatifin uygulandığı ve uygulama sonrası değişimleri de kapsayacak şekilde belirlenmelidir (Zeybek, 2024, s.65). Özellikle faydaların maliyete göre ölçülmesinin daha uzun ve meşakkatli olduğu göz önüne alındığında, zaman diliminin geniş tutulması önemlidir (Rushby & Cairns, 2005, s. 22; Shiroya vd., 2017, s. 374). Diğer yandan, bazı alternatiflerin maliyetleri ve etkileri alternatifin uygulanmasından çok sonra bile devam etmektedir. Maliyet ve etkilerdeki bu belirsizliği gidermek için indirgeme oranı şeklinde bazı yaklaşımlar geliştirilmiştir (McPake vd., 2020, s. 79).

MEA'da seçilen alternatifin uygulanması sonucu ortaya çıkan maliyet ve faydalar gelecekte de devam etmektedir. Ancak bu maliyet ve faydaların gelecekteki değeri, genellikle bugünkü değerinden farklı olmaktadır. Dolayısıyla MEA'da zaman faktörünün gelecek yıllardaki maliyet ve faydalara etkisini elimine etmede indirgeme tekniği kullanılmaktadır. İndirgeme, farklı zaman dilimlerinde ortaya çıkan maliyet ve etkilerin net bugünkü değerinin belirlenmesidir (Edlin vd., 2015; Gray vd., 2011). İndirgeme analizleri, bir yıldan az olmamak kaydıyla meydana gelen maliyet ve faydaların değerinin bugünkü değere indirgenmesinde kullanılmaktadır (Tatar & Wertheimer, 2010). İndirgeme oranının ne olması gerektiği ile ilgili literatürde genel bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bu durum MEA'da farklı perspektiflerin kullanılması, enflasyon vb. faktörlerden kaynaklanmaktadır. Hasta perspektifi ile yapılan MEA'da %2,5-%10 aralığında bir indirgeme oranı önerilirken, toplum perspektifi baz alınarak yapılan bir değerlendirmede indirgeme oranının %5 olması gerektiği belirtilmektedir (Drummond vd., 2015). NICE'in Teknoloji Değerlendirme Yöntemleri Kılavuzu'nda indirgeme oranının %3,5 olması gerektiği belirtilirken, Avrupa Kalkınma Bankası, Avrupa Bölgesi'ndeki ülkeler için %5,5, diğer ülkeler için %3,5 oranında bir iskonto miktarı tavsiye etmektedir (European Investment Bank, 2013, s. 50; NICE, 2013). WHO'ya göre her ülke kendi ulusal kılavuzunda belirtilen iskonto oranlarını kullanmalı, kılavuz olmaması halinde ise %3'lük bir iskonto oranıyla değerlendirme yapılmalıdır (WHO, 2023, s. 53). İskonto oranları ülkeler bazında genellikle %3-%5 aralığında değişmekle birlikte, İngiltere MEA ve diğer ekonomik değerlendirme çalışmaları için %5 oranında bir iskonto uygulanmaktadır (Kalendar, 2021, s. 38; Gray vd., 2011). İndirgeme oranı ayrıca, kaynakların başka alana yatırılması durumunda yatırımdan elde edilecek getirinin belirlenmesi, farklı yıllardaki maliyet ve etkilerin karşılaştırması gibi konularda da kullanılmaktadır (Folland vd., 2024).

2.4.2.4.Sağlık Sonuçlarının (Çıktılarının) Ölçülmesi

MEA'da önemli aşamalardan biri de alternatifin seçilmesi durumunda elde edilecek etkilerin değerlendirilmesidir (Koca, 2023, s.65). Sağlık hiz-

metlerinin birincil amacının sağlığı iyileştirmek ve korumak olduğundan MEA'da sonuçların ölçümü morbidite, mortalite gibi göstergeleri izlemek ve düzeltmek açısından önemlidir. Bu düşünnceden hareketle sağlık hizmetlerinde yapılan MEA'da etkililiğin değerlendirmesinde dikkat edilen kriterler daha az hastalık (kalp krizi, depresyon vb), daha uzun ömür, daha az semptom, daha az morbidite görülmesidir (Annemans, 2008, s. 83). Sağlık hizmetlerinde etkililik hesaplamaları randomize klinik araştırmalar ve gözlemsel araştırmalar çerçevesinde yapılmaktadır (Koca, 2023, s. 65). MEA'da sonuçlar, farklı bir çok parametre ve ölçüm araçları üzerinden ölçülebilmektedir. Bunlar, tek boyutlu, çok boyutlu, hastalığa özgü, genel ve ara sonuçlar (kan basıncı ölçümü) şeklinde gruplandırılmaktadır (Gill & Feinstein, 1994, s. 620; Drummond vd., 2015). Diğer yandan, seçilen perspektife göre beklenen etkililik türü farklılaşacağından MEA'da genellikle klinik ölçümler, yaşam kalitesi ölçümleri ve ödeme istekliliği gibi çeşitli sağlık ölçütleri kullanılmaktadır (Zeybek, 2024, s. 67). MEA kapsamında en yaygın kullanılan sağlık ölçütleri arasında; QALY, DALY, HRQoL, SF36, SF-6D, QLQ-C30, hastalık indeksleri, Nottingham Sağlık Profili, EORTC-8D, WHOQOL-BREF, HUI-MARK III ve EQ-5D gösterilmektedir (Arslan & Ağırbaş, 2017, s. 101; Costa vd., 2021; Rushby & Cairns, 2005, s. 90; Shiroya vd., 2017, s. 375; Whitehead & Ali, 2010, s.6-7). Burada önemli olan nokta ölçüm türü fark etmeksizin değerlendirmelerde sağlık sonuçlarının bireylerin yaşam tarzları, inançları, öznel yargı ve görüşlerini içermesi sebebiyle aralarında kesin farklılıklarının olmasının beklenmemesi gerektiğidir (Gill & Feinstein, 1994, s. 624).

Sağlık hizmetlerinde başlıca kullanılan ekonomik değerlendirme yöntemlerine ait özet bilgiler, karşılaştırma yapabilmek adına Aşağıdaki Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Ekonomik Değerlendirme Yöntemlerinin Özeti

Özellik	Maliyet Minimizasyon Analizi (CMA)	Maliyet Fayda Analizi (CBA)	Maliyet Yarar/Değer Analizi (CUA)	Maliyet Etkililik Analizi (CEA)
Tanım	Sonuçları eşdeğer olan alternatifler arasında en düşük maliyetli seçeneğin belirlenmesidir.	Alternatiflerin maliyetleri ve sonuçlarının parasal değerlerle ifade edilerek karşılaştırılmasıdır.	Maliyetlerin parasal olarak, sonuçların ise yaşam süresi ve yaşam kalitesi gibi yarar ölçütleriyle değerlendirilmesidir.	Maliyetlerin parasal olarak, sonuçların ise doğal sağlık çıktıları ile değerlendirilmesidir.
Amaç	Aynı sonucu sağlayan alternatifler arasında maliyeti en az indirmek.	Toplumsal faydayı en üst düzeye çıkarmak ve yatırımın ekonomik değerini saptamak.	Sağlık kazanımını yaşam kalitesi ve yaşam süresi açısından değerlendirmek.	Belirli bir sağlık sonucunu en düşük maliyetle elde etmek.

Kullanım Şartı	Müdahalelerin klinik sonuçlarının eşit olması gerekir.	Sonuçların parasal değere dönüştürülmesi gerekir.	Sonuçların QALY veya DALY ile ifade edilebilmesi gerekir.	Sonuçların doğal sağlık göstergeleri ile ölçülebilmesi gerekir.
Girdi Ölçüm Birimi	Para (TL, \$, €, vb.)	Para (TL, \$, €, vb.)	Para (TL, \$, €, vb.)	Para (TL, \$, €, vb.)
Çıktı Ölçüm Birimi	Çıktılar eşit kabul edilir.	Para (TL, \$, €, vb.)	QALY veya DALY	Doğal sağlık ölçütleri (kazanılan yaşam yılı, önlenen ölüm, iyileşen hasta sayısı, kan basıncı düşüşü vb.)
Kazanç/Sonuç Ölçümü	Eşit sonuçlar	Parasal sonuçlar	Yarar sonuçları	Etkililik ölçümü
Hesaplama Yöntemi	Alternatiflerin toplam maliyetleri karşılaştırılır.	Fayda/Maliyet Oranı veya Net Fayda hesaplanır.	Maliyet/QALY veya Maliyet/DALY hesaplanır.	ICER (Artımlı Maliyet-Etkililik Oranı) veya maliyet-etkililik oranı hesaplanır.
Karar Kuralı	En düşük maliyetli seçenek tercih edilir.	Fayda maliyetten büyükse veya net fayda pozitifse tercih edilir.	Bir QALY veya DALY kazanımının kabul edilebilir maliyet düzeyinde olması beklenir.	İlave sağlık kazanımı için katlanılan maliyet kabul edilebilir düzeyde ise alternatif tercih edilir.
Avantajları	Basit ve anlaşılırdır. Uygulanması kolaydır.	Farklı sektör ve programların karşılaştırılmasına olanak sağlar.	Yaşam süresi ve yaşam kalitesini birlikte değerlendirir. Farklı sağlık müdahalelerinin karşılaştırılmasını sağlar.	Sağlık alanında en yaygın kullanılan ekonomik değerlendirme yöntemidir. Sonuçlar doğal ölçülerle ifade edilir.
Dezavantajları	Sonuçların gerçekten eşdeğer olduğunun gösterilmesi gerekir.	Sağlık çıktılarının parasal değerinin belirlenmesi güçtür.	QALY/DALY hesaplamaları öznel tercihlerden etkilenebilir.	Farklı sağlık sonuçlarının doğrudan karşılaştırılması kolay değildir.
Sağlık Alanında Kullanım Örneği	Aynı etkililiğe sahip iki ilacın maliyet yönünden karşılaştırması	Aşılama programının toplumsal ekonomik getirisi	Kanser tedavisinde QALY kazanımının ölçülmesi	Hipertansiyon tedavisinde kazanılan yaşam yılı başına maliyet hesaplanması

Kaynak: (Brandão vd., 2023; Çim, 2026; Yiğit & Erdem, 2014)'ün çalışmalarından derlenerek yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Yukarıdaki Tablo 2’de görüldüğü gibi sağlık alanında kullanılan başlıca ekonomik değerlendirme yöntemleri MMA, MFA, MYA ve MEA’dır. Her ekonomik değerlendirmenin kullandığı girdi ve çıktı ölçütü ile sağlık kazanımları ve hesaplama yöntemleri birbirinden farklılaşmaktadır. Tam ve mutlak doğru bir ekonomik değerlendirme yöntemi olmamakla birlikte, söz konusu ekonomik değerlendirmelerin her birinin kendine özgü avantaj ve dezavantajları bulunmakta olup, mevcut sağlık ihtiyacı, hastalık türü, sağlık sistemlerinin sunum şekli, finansmanı vb. dikkate alınarak en uygun yöntem yönünde tercih yapılması doğru olacaktır.

3. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık sektörü, yaşlılık oranlarının ve kronik hastalıklarının artması, sınırsız hasta ihtiyaç ve beklentilerinin değişmesi, çevresel değişimler (iklim değişikliği, pandemiler vb.) ile tıp teknolojisindeki gelişmelerle birlikte maliyetlerin ve harcamaların çok yoğun olduğu bir sektördür. Özellikle yatırım maliyeti yüksek yeni tedavi yöntemlerinin ortaya çıkması, sağlık sektöründeki karar vericileri hangi tedavinin seçileceği noktasında ikileme düşürmektedir. Öte yandan, sağlık sektöründe sınırlı kaynaklarla en kaliteli hizmeti sunma çabası, kaynakların etkin kullanımı noktasında sağlık sektörünü baskılamaktadır. Bu noktada sağlık sektörü aktörleri ve politika yapıcılar, öncelik belirleme ilkesinden yola çıkarak maliyet ve sağlık etkisi yönünden en optimal kazanımı veren alternatif veya müdahaleyi seçme eğilimdedirler. Tüm bunlara paralel olarak, sağlık hizmetlerinde yeni alternatif veya müdahalelerin seçilmesinde ekonomik değerlendirme yöntemleri uzun süredir kullanılmaktadır. MMA, MFA, MDA ve MEA gibi temel türleri bulunan ekonomik değerlendirmelerin her birinin kendine özgü avantaj ve dezavantajları bulunmakta olup, mevcut sağlık ihtiyacı, sağlık sistemlerinin sunum şekli, finansmanı vb. dikkate alınarak en uygun yöntemin tercih edilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirmelerden daha fazla yararlanılması, müdahale veya programların değerlendirilmesinde sadece klinik etkilerin değil maliyetlerin de dikkate alınması, Türkiye’de uygulamalı ve nicel ekonomik değerlendirme çalışmalarının sayısının artırılması ve karar alma süreçlerine daha fazla entegre edilmesi önem taşımaktadır. Ayrıca, gelecekte yapılacak araştırmalarda farklı ekonomik değerlendirme yöntemlerinin aynı sağlık müdahalesi üzerinde karşılaştırmalı olarak uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- AB, M. F., Juni, M. H., Rosliza, A. M., & Faisal, I. (2017). Societal perspective in economic evaluation. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 4(4), 41-50.
- Annemans, L. (2008). Methodological issues in evaluating cost effectiveness of adjuvant aromatase inhibitors in early breast cancer: a need for improved modelling to aid decision making. *Pharmacoeconomics*, 26(5), 409-423.
- Arı, H. (2017). Sağlık ekonomisinde ekonomik değerlendirme teknikleri. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2), 25-31.
- Arrow, K. J., Cropper, M. L., Eads, G. C., Hahn, R. W., Lave, L. B., Noll, R. G., Portney, P. R., Russell, M., Schmalensee, R., Smith, V. K., & Stavins, R. N. (1996). *Benefit-cost analysis in environmental, health, and safety regulation: A statement of principles*. American Enterprise Institute, The Annapolis Center, and Resources for the Future.
- Arslan, D. T. (2020). *Prostat kanseri tedavisinde robotik ve açık radikal prostatektomi yöntemlerinin maliyet etkililik analizi* (Doktora tezi). Ankara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Arslan, D. T., & Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık çıktılarının ölçülmesi: QALY ve DALY. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 13(1), 99-126.
- Bakhai, A., Stone, G. W., Mahoney, E., Lavelle, T. A., Shi, C., Berezin, R. H., ... & TAXUS-IV Investigators. (2006). Cost effectiveness of paclitaxel-eluting stents for patients undergoing percutaneous coronary revascularization: results from the TAXUS-IV Trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(2), 253-261.
- Balçık, P. Y., & Şahin, B. (2013). Sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik analizi ve karar analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16(2), 121-134.
- Battistoni, G., Genco, M., Marsilio, M., Pancotti, C., Rossi, S., & Vignetti, S. (2016). Cost-benefit analysis of applied research infrastructure. Evidence from health care. *Technological Forecasting and Social Change*, 112, 79-91.
- Baytar, S. (2010). *Tip 2 diyabet için maliyet etkililik çalışmalarının sistematik olarak incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Beaver, K., Hollingworth, W., McDonald, R., Dunn, G., Tysver-Robinson, D., Thomson, L., ... & Luker, K. (2009). Economic evaluation of a randomized clinical trial of hospital versus telephone follow-up after treatment for breast cancer. *Journal of British Surgery*, 96(12), 1406-1415.
- Boardman, A. E., Greenberg, D. H., Vining, A. R., & Weimer, D. L. (2022). Standing in Cost-Benefit Analysis: Where, Who, What (Counts)?. *Journal of Policy Analysis and Management*, 41(4), 1157-1176.
- Brandão, S. M. G., Brunner-La Rocca, H. P., De Lima, A. C. P., & Bocchi, E. A. (2023). A review of cost-effectiveness analysis: From theory to clinical practice. *Medicine*, 102(42), e35614.

- Brent, R. J. (2023). Cost-benefit analysis versus cost-effectiveness analysis from a societal perspective in healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4637.
- Briggs, A. H., & O'Brien, B. J. (2001). The death of cost-minimization analysis?. *Health economics*, 10(2), 179-184. <https://doi.org/10.1002/hec.584>
- Briggs, A., Claxton, K. And Sculpher, M. (2007). *Decision Modelling For Health Economic Evaluation* (2. Edition). Newyork: Oxford University Press.
- Briggs, A., Sculpher, M., & Buxton, M. (1994). Uncertainty in the economic evaluation of health care technologies: the role of sensitivity analysis. *Health economics*, 3(2), 95-104.
- Centre for Epidemiology and Evidence. (2017). Economic evaluation: Cost effectiveness analysis. NSW Ministry of Health. https://www.health.nsw.gov.au/research/Publications/commissioning-economic-evaluations.pdf?utm_source=c-hatgpt.com
- Costa, D. S. J., Mercieca-Bebber, R., Rutherford, C., Tait, M.-A., & King, M. T. (2021). How is quality of life defined and assessed in published research? *Quality of Life Research*, 30(8), 2109-2121. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02826-0>
- Cunningham, S. J. (2000). Economic Evaluation Of Healthcare–İs İt İmportant To Us?. *British Dental Journal*, 188(5), 250-254.
- Çalışkan, Z. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemi Olarak Maliyet-Etkililik Analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 311-332.
- Çim, B. (2026). Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme. *Uygulamalı Ekonomi ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 47-69.
- De La Perrelle, L., Radisic, G., Cations, M., Kaambwa, B., Barberly, G., & Laver, K. (2020). Costs and economic evaluations of quality improvement collaboratives in healthcare: a systematic review. *BMC health services research*, 20(1), 155.
- Demir, H. (2023). *Türkiye’de ileri evre böbrek kanserinde pazopanib ve sunitinib tedavilerinin maliyet etkililik analizi* (Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Dewar, D. M. (2017). *Essentials of health economics*. Jones & Bartlett Publishers.
- Donaldson, C. (1990). The state of the art of costing health care for economic evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 14(4), 341-356.
- Donaldson, C., Currie, G., & Mitton, C. (2002). Cost effectiveness analysis in health care: contraindications. *Bmj*, 325(7369), 891-894.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press.
- Drummond, M., Drummond, M. F., & McGuire, A. (2001). *Economic evaluation in health care: merging theory with practice*. Oxford University Press.

- Drummond, M., Jönsson, B., & Rutten, F. (1997). The role of economic evaluation in the pricing and reimbursement of medicines. *Health policy*, 40(3), 199-215.
- DSÖ (2010), Health Systems Financing The Path To Universal Coverage, Erişim 21.05.2026, <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/18e-28fe3-d767-417f-811a-fd5f639a9ee4/content>
- Edlin, R., McCabe, C., Hulme, C., Hall, P., & Wright, J. (2015). *Cost effectiveness modeling for health technology assessment: A practical course*. Springer.
- Eichler, H. G., Kong, S. X., Gerth, W. C., Mavros, P., & Jönsson, B. (2004). Use of cost-effectiveness analysis in health-care resource allocation decision-making: how are cost-effectiveness thresholds expected to emerge?. *Value in health*, 7(5), 518-528.
- Elliott, R. A. & Payne, K. (2005). *Essentials of Economic Evaluation in Healthcare*. London: Pharmaceutical Press.
- European Investment Bank. (2013). The economic appraisal of investment projects at the EIB (Version March 2013). European Investment Bank. https://www.eib.org/attachments/thematic/economic_appraisal_of_investment_projects_en.pdf
- Folland, S., Goodman, A. C., Stano, M., & Danagouliau, S. (2024). *The economics of health and health care*. Routledge.
- Getzen, T. E., & Kobernick, M. S. (2022). *Health economics and financing*. John Wiley & Sons.
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, 272(8), 619-626.
- Giral, E. (2025). *Parkinson hastalığında farmakoterapi ve derin beyin stimülasyonu tedavisinin maliyet-etkililik analizi* (Doktora tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Goodacre, S. W., & McCabe, C. (2002). An Introduction To Economic Evaluation. *Emergency Medicine Journal*, 19(3), 198-201.doi: 10.1136/emj.19.3.198
- Gray, A. M., Clarke, P. M., Wolstenholme, J. L., & Wordsworth, S. (2011). *Applied methods of cost-effectiveness analysis in healthcare*. Oxford University Press.
- Güneş, H. (2023). *Hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavi seçeneklerinin maliyet etkililik analizi* (Doktora tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Higgins, A. M., & Harris, A. H. (2012). Health economic methods: cost-minimization, cost-effectiveness, cost-utility, and cost-benefit evaluations. *Critical care clinics*, 28(1), 11-24.
- Holmér, S., Nedlund, A. C., Thomas, K., & Krevers, B. (2023). How health care professionals handle limited resources in primary care—an interview study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 6.
- Hoomans, T., & Severens, J. L. (2014). Economic evaluation of implementation strategies in health care. *Implementation Science*, 9(1), 168.

- Husereau, D., Drummond, M., Augustovski, F., de Bekker-Grob, E., Briggs, A. H., Carswell, C., ... & Staniszewska, S. (2022). Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022) statement: updated reporting guidance for health economic evaluations. *MDM Policy & Practice*, 7(1), 23814683211061097.
- Jamison, D. T., Breman, J. G., Measham, A. R., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D. B., ... & Musgrove, P. (Eds.). (2006). *Disease control priorities in developing countries*
- Jena, A. B., & Philipson, T. J. (2013). Endogenous cost-effectiveness analysis and health care technology adoption. *Journal of health economics*, 32(1), 172-180.
- Juni, M. H., Rosliza, A. M., & Faisal, I. (2017). Designing and conducting cost-effectiveness analysis studies in healthcare. *International journal of public health and clinical sciences*, 4(5), 62-76.
- Kapiriri, L., & Norheim, O. F. (2004). Criteria For Priority-Setting In Health Care In Uganda: Exploration Of Stakeholders' Values. *Bulletin Of The World Health Organization*, 82(3), 172-179.
- Karaca, P. Ö., & Atılgan, E. (2020). Sağlık ekonomisinde ekonomik değerlendirme teknikleri. *Electronic Journal of Vocational Colleges (EJOVOC)*, 10, 28-40.
- Karataş, Y. E. (2025). *İntrakraniyal tümör rezeksiyonunda intraoperatif ultrason görüntülemeli ve görüntülemesiz operasyonların maliyet-etkililik analizi* (Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kazibwe, J., Gheorghe, A., Wilson, D., Ruiz, F., Chalkidou, K., & Chi, Y. L. (2022). The use of cost-effectiveness thresholds for evaluating health interventions in low-and middle-income countries from 2015 to 2020: a review. *Value in Health*, 25(3), 385-389.
- Kernick, D., & McDonald, R. (2002). *Using health economics to. Getting Health Economics Into Practice*, 25.
- Kim, D. D., Silver, M. C., Kunst, N., Cohen, J. T., Ollendorf, D. A., & Neumann, P. J. (2020). Perspective and costing in cost-effectiveness analysis, 1974-2018. *Pharmacoeconomics*, 38(10), 1135-1145.
- Kobelt, G. (2002). *Health economics: an introduction to economic evaluation* (No. 000475). Office of health economics.
- Kobelt, G. (2010). *Chapter Economic Considerations in the Treatment*. Targeted Treatment of the Rheumatic Diseases, 440.
- Koca, G. Ş. (2023). *Postpartum olgularda venöz tromboemboli profilaksi amacıyla uygulanan düşük moleküler ağırlıklı heparinin maliyet etkililik analizi* (Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kutlu, G. (2022). *Kalça kırıklarının tedavisinde uygulanan proksimal femoral çivi ve bipolar kalça protezi yöntemlerinin maliyet etkililik analizi* (Doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Martin, A. B., Hartman, M., Washington, B., Catlin, A., & National Health Expenditure Accounts Team. (2025). National health expenditures in 2023: Faster growth

- as insurance coverage and utilization increased: Article examines national health expenditures in 2023. *Health Affairs*, 44(1), 12-22.
- Mauskopf, J. (2019). Multivariable and structural uncertainty analyses for cost-effectiveness estimates: back to the future. *Value in Health*, 22(5), 570-574.
- Mbau, R., Musiega, A., Nyawira, L., Tsofa, B., Mulwa, A., Molyneux, S., ... & Barasa, E. (2022). Analysing the efficiency of health systems: a systematic review of the literature. *Applied health economics and health policy*, 21(2), 205.
- McEwan, P. J. (2012). Cost-effectiveness analysis of education and health interventions in developing countries. *Journal of Development Effectiveness*, 4(2), 189-213. <https://doi.org/10.1080/19439342.2011.649044>
- McIntosh, E. (Ed.). (2010). *Applied methods of cost-benefit analysis in health care*. Oxford University Press.
- McLaughlin, N., Ong, M. K., Tabbush, V., Hagigi, F., Ve Martin, N. A. (2014). Contemporary Health Care Economics: An Overview. *Neurosurgical Focus*, 37(5), 1-7. <https://doi.org/10.3171/2014.8.Focus14455>
- McPake, B., Normand, C., Smith, S., & Nolan, A. (2020). *Health economics: an international perspective*. Routledge.
- Mosadeghrad, A. M., Jaafariipooyan, E., & Zamandi, M. (2022). Economic evaluation of health interventions: a critical review. *Iranian journal of public health*, 51(10), 2159.
- Muenning, P., & Quah, S. R. (2008). *Decision analytic modeling*. 10.1016/B978-012373960-5.00332-4
- Neumann, P. J., & Kim, D. D. (2023). Cost-effectiveness thresholds used by study authors, 1990-2021. *Jama*, 329(15), 1312-1314.
- Neumann, P. J., Sanders, G. D., Russell, L. B., Siegel, J. E., & Ganiats, T. G. (Eds.). (2016). *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford University Press.
- NICE. (2013). Guide to the methods of technology appraisal 2013 (PMG9). <https://www.nice.org.uk/process/pmg9/resources/guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf-2007975843781>
- NICHSR. (2020). *Health Economics Information Resources: A Self-Study Course*.
- Okumuş, O. (2008). *On grup hastalık için maliyet etkililik çalışmalarının sistematik incelemesi* (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Patrick, D. L., & Chiang, Y. P. (2000). Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: conceptual and methodological challenges. *Medical care*, 38(9), II-14.
- Petitti, D. B. (2000). *Meta-analysis, decision analysis, and cost-effectiveness analysis: methods for quantitative synthesis in medicine* (No. 31). OUP USA.

- Phillips, K. A., Ackerman, M. J., Sakowski, J., & Berul, C. I. (2005). Cost-effectiveness analysis of genetic testing for familial long QT syndrome in symptomatic index cases. *Heart Rhythm*, 2(12), 1294-1300
- Phillips, Z., Claxton, K. P., Palmer, S., Bojke, L., & Sculpher, M. J. (2006). Priority setting for research in health care: an application of value of information analysis to glycoprotein IIb/IIIa antagonists in non-ST elevation acute coronary syndrome. *International journal of technology assessment in health care*, 22(3), 379-387
- Pichon-Riviere, A., Drummond, M., Palacios, A., Garcia-Marti, S., & Augustovski, F. (2023). Determining the efficiency path to universal health coverage: cost-effectiveness thresholds for 174 countries based on growth in life expectancy and health expenditures. *The Lancet Global Health*, 11(6), e833-e842.
- Pye, K., Jackson, H., Iacono, T., & Shiell, A. (2024). Economic evaluation of early interventions for autistic children: A scoping review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(5), 1691-1711.
- Rabarison, K. M., Bish, C. L., Massoudi, M. S., & Giles, W. H. (2015). Economic evaluation enhances public health decision making. *Frontiers in public health*, 3, 164.
- Rai, M., & Goyal, R. (2018). *Pharmacoeconomics in healthcare*. In *Pharmaceutical medicine and translational clinical research*(pp. 465-472). Academic Press.
- Robinson, R. (1993). Economic evaluation and health care: What does it mean? *BMJ*, 307(6905), 670–673. <https://doi.org/10.1136/bmj.307.6905.670>
- Rudmik, L., & Drummond, M. (2013). Health economic evaluation: important principles and methodology. *The Laryngoscope*, 123(6), 1341-1347.
- Rushby, J. F. And Cairns, J. (2005). *Economic Evaluation. Understanding Public Health* (4. Edition). Uk: Open University.
- Ryder, H. F., McDonough, C. M., Tosteson, A. N., & Lurie, J. D. (2009, December). Decision analysis and cost-effectiveness analysis. In *Seminars in spine surgery* (Vol. 21, No. 4, pp. 216-222). WB Saunders.
- Sanders, G. D., Maciejewski, M. L., & Basu, A. (2019). Overview of cost-effectiveness analysis. *Jama*, 321(14), 1400-1401.
- Shields, G. E., Wilberforce, M., Clarkson, P., Farragher, T., Verma, A., & Davies, L. M. (2022). Factors limiting subgroup analysis in cost-effectiveness analysis and a call for transparency. *Pharmacoeconomics*, 40(2), 149-156.
- Shiell, A., Donaldson, C., Mitton, C., & Currie, G. (2002). Health economic evaluation. *Journal of epidemiology and community health*, 56(2), 85.
- Shiroiwa, T., Fukuda, T., Shimosuma, K., Mouri, M., Hagiwara, Y., Kawahara, T., ... & Mukai, H. (2017). Cost-effectiveness analysis of the introduction of S-1 therapy for first-line metastatic breast cancer treatment in Japan: results from the randomized phase III SELECT BC trial. *BMC cancer*, 17(1), 773.
- Singh, N. A., Singh, R., Feroze, S. M., & Singh, R. J. (2016). Economic evaluation of pineapple cultivation in Manipur. *Economic Affairs*, 61(1), 41-44.

- Smith, S., Sinclair, D., Raine, R., & Reeves, B. (2005). *Health care evaluation*. Open University Press.
- Sun, X., & Faunce, T. (2008). Decision-analytical modelling in health-care economic evaluations. *The European Journal of Health Economics*, 9(4), 313-323.
- Tatar, M., & Wertheimer, A. I. (2010). *Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi-İlaç Geri Ödeme Kararları İçin Bir Model Önerisi*. Ankara: MN Medikal & Nobel Basım Yayın.
- Taylor, C., & Jan, S. (2017). Economic evaluation of medicines. *Australian prescriber*, 40(2), 76.
- Tilling, C., Krol, M., Attema, A. E., Tsuchiya, A., Brazier, J., van Exel, J., & Brouwer, W. (2016). Exploring a new method for deriving the monetary value of a QALY. *The European Journal of Health Economics*, 17(7), 801-809.
- Torrance, G. W., Siegel, J. E., Luce, B. R., Gold, M. R., Russell, L. B., & Weinstein, M. C. (1996). *Framing and designing the cost-effectiveness analysis*. In Cost-effectiveness in health and medicine (pp. 54-81). Oxford University Press, New York.
- Torun, N. (2016). *Evde sağlık hizmetleri kapsamında fototerapi uygulamasına yönelik maliyet etkililik analizi: Ankara ili örneği*. (Doktora tezi). Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Turner, H. C., Archer, R. A., Downey, L. E., Isaranuwatthai, W., Chalkidou, K., Jit, M., & Teerawattananon, Y. (2021). An introduction to the main types of economic evaluations used for informing priority setting and resource allocation in healthcare: key features, uses, and limitations. *Frontiers in public health*, 9, 722927
- Veličković, V., Višnjić, A., Mihajlović, J., Facultatis Medicae Naissensis, A., & M A Ry, S. M. (2015). Quick Reference Guide For Critical Appraisal Of Economics Evaluations For Busy Decision Makers. *Scientific Journal Of The Faculty Of Medicine In Niš*, 32(1), 23-30.
- Walley, T. and Haycox, A. (1997). Pharmacoeconomics: Basic Concepts And Terminology. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 43(4), 343-348. doi: 10.1046/j.1365-2125.1997.00574.x
- Weinstein, M. C., Torrance, G., & McGuire, A. (2015). *QALYs: Basics*. Quality Clinical Practice, (2), 70-78. (Russian translation).<https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2009.00515.x>
- Whitehead, S. J., & Ali, S. (2010). Health outcomes in economic evaluation: the QALY and utilities. *British medical bulletin*, 96(1), 5-21.
- Wiseman, V. L. (2014). Inclusiveness in the value base for health care resource allocation. *Social Science & Medicine*, 108, 252-256.
- World Health Organization. (2023). Introduction to economic evaluations for guideline development. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. <https://www.emro.who.int/images/stories/evidence-data/Introduction-to-Economic-Evaluations.pdf>

- Wouterse, B., van Baal, P., Versteegh, M., & Brouwer, W. (2023). The value of health in a cost-effectiveness analysis: theory versus practice. *Pharmacoeconomics*, 41(6), 607.
- Yiğit, Ö. G., & Erdem, D. R. (2014). Sağlık hizmetlerinde maliyet-etkililik analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(2), 211–236.
- Yiğit, V. (2013). *Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme: Türkiye’de diyaliz ve böbrek transplantasyonu tedavi yöntemlerinin maliyet-etkililik analizi*. (Doktora tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Zeybek, D. Ö. (2024). *Tip 2 Diyabetli Obez Hastaların Tedavisinde Bariyatrik Cerrahi Ve Farmakolojik Tedavi Yöntemlerinin Maliyet Etkililik Analizi* (Doktora Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Zweifel, P., Breyer, F., & Kifmann, M. (2009). *Economic valuation of life and health. In Health economics* (pp. 17-74). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.10.1007/978-3-540-68540-1_2



SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAYNAK BAĞIMLILIĞI KURAMI

Gülsün ERİĞÜÇ¹
Pınar Nur DALGIÇ²

1 Prof. Dr. Gülsün ERİĞÜÇ, Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, geriguc@hacettepe.edu.tr, 0000-0001-5186-9345.

2 Arş. Gör. Pınar Nur DALGIÇ, Yozgat Bozok Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, p.nur.dalgic@yobu.edu.tr, 0009-0002-0534-6767.

GİRİŞ

Örgütlerin varlıklarını sürdürebilme ve amaçlarını gerçekleştirebilme kapasiteleri, yalnızca içsel yapıları ve yönetsel süreçleriyle değil, aynı zamanda faaliyet gösterdikleri çevreyle kurdukları çok yönlü ilişkiler tarafından belirlenmektedir. Özellikle açık sistem yaklaşımının örgüt kuramı içerisinde güç kazanmasıyla birlikte, örgütlerin çevresel aktörlerle geliştirdikleri karşılıklı bağımlılık ilişkileri, örgütsel davranışları anlamada merkezi bir konuma yerleşmiştir (Lawrence & Lorsch, 1967; Scott & Davis, 2015). Bu çerçevede geliştirilen kaynak bağımlılığı kuramı, örgütlerin hayatta kalabilmek için ihtiyaç duydukları kritik kaynakların önemli ölçüde çevre tarafından kontrol edildiği varsayımına dayanmakta ve örgüt-çevre ilişkilerini güç ve bağımlılık ekseninde ele almaktadır (Pfeffer & Salancik, 1978).

Kaynak bağımlılığı kuramına göre örgütler, sınırlı ve stratejik öneme sahip kaynaklara erişimlerini sürdürebilir kılmak amacıyla çevreleriyle sürekli etkileşim hâlinindedir. Bu süreçte ortaya çıkan bağımlılık ilişkileri, yalnızca örgütler arası güç dağılımını değil, aynı zamanda örgütlerin stratejik tercihlerini ve davranış kalıplarını da şekillendirmektedir (Emerson, 1962; Ulrich & Barney, 1984). Kaynağın kıt olması, belirsizlik düzeyinin yüksekliği ve ikame edilebilirliğinin sınırlı olması, örgütlerin çevresel baskılara karşı daha hassas hâle gelmesine neden olmakta ve bu durum örgütleri birleşme, ittifak kurma, dikey bütünleşme veya çeşitlendirme gibi çeşitli bağımlılık azaltma stratejilerine yöneltmektedir (Casciaro & Piskorski, 2005; Hillman vd., 2009). Bu yönüyle kuram, örgütsel karar alma süreçlerini yalnızca ekonomik rasyonalite ile açıklayan yaklaşımların ötesine geçerek, güç, kontrol ve bağımlılık gibi sosyo-politik unsurları da analize dâhil eden bütüncül bir perspektif sunmaktadır. Ayrıca, kaynak bağımlılığı kuramı ile kurumsal kuram arasında önemli bir tamamlayıcılık söz konusudur. Kurumsal baskılar örgütlerin benzeşmesine yol açarken, kaynak bağımlılığı yaklaşımı örgütlerin bu baskılara karşı nasıl stratejik tepkiler geliştirdiğini açıklamaktadır (DiMaggio & Powell, 1983). Bu durum, örgütlerin yalnızca pasif uyum sağlayıcılar değil, aynı zamanda çevresel kısıtları yönetmeye çalışan aktif aktörler olduğunu göstermektedir.

Yüksek düzeyde belirsizlik, karmaşıklık ve yoğun düzenleyici baskı içeren sağlık sektörü kaynak bağımlılığı kuramının açıklayıcılığının en belirgin şekilde gözlemlendiği alanlardan biridir. Sağlık kurumları, finansman sağlayıcılar, insan kaynağı, ileri teknolojiler ve kamu otoriteleri gibi çok sayıda kritik dış kaynağa bağımlı olarak faaliyet göstermektedir (Alexander vd., 2011; Yeager vd., 2014; Koca, 2019; Ansmann vd., 2021). Özellikle kamu politikaları, geri ödeme sistemleri ve akreditasyon mekanizmaları, sağlık örgütlerinin stratejik kararlarını doğrudan etkileyerek güç ilişkilerinin yeniden şekillenmesine neden olmaktadır (Scott & Davis, 2015; Koca, 2019). Dolayısıyla sağlık

kurumları, belirsizliği azaltmak ve kaynak akışını güvence altına almak amacıyla stratejik ortaklıklar kurma ve ağ yapılanmalarına katılma gibi çeşitli uyum ve kontrol mekanizmalarına başvurmaktadır (Provan vd., 1980).

Sonuç olarak bu çalışma, kaynak bağımlılığı kuramını sağlık sektörü bağlamında ele alarak, örgütlerin çevresel bağımlılıklarını yönetmeye yönelik geliştirdikleri stratejileri ve bu stratejilerin örgütsel yapı ile davranışlar üzerindeki etkilerini çok boyutlu bir perspektifle incelemeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda kuramın, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği, kalite yönetimi ve stratejik yönetim süreçlerinin anlaşılmasına önemli katkılar sunacağı değerlendirilmektedir.

1. Kaynak Bağımlılığı Kuramı'nın Tarihsel Gelişimi

Kaynak Bağımlılığı Kuramı, 1950'lerin sonu ve 1960'ların başında yürütülen çalışmalarla şekillenmeye başlamış; bu çalışmalar, örgütlerin yalnızca iç yapıları üzerinden değil, aynı zamanda çevresel koşullarla olan etkileşimleri dikkate alınarak anlaşılması gerektiğini ortaya koymuştur (Lawrence & Lorsch, 1967). Kuram, Thompson (1967)'in *Organizations in Action: Social Science Bases of Administrative Theory* çalışmasına dayanmaktadır. Thompson çalışmalarında, örgütlerin çevresel belirsizliği azaltma çabalarını ele alarak örgütlerin belirsizliği yok etmeye çalıştığını ifade etmiştir. Ancak kuramın gelişmesini sağlayan Pfeffer ve Salancik (1978), *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective* adlı eserle Stanford Üniversitesinde çalışmışlardır. Bu eserde kaynak bağımlılığının, örgütün tasarlanması ve yönetilmesi için bir yol haritası olabileceği ileri sürülmüştür. Eserin ilk yayımlanışından yaklaşık yirmi beş yıl sonra yayımlanan ikinci baskısında ise kuram daha ayrıntılı biçimde ele alınmış; kaynak bağımlılığı yaklaşımının örgüt kuramı literatüründeki yeri yeniden değerlendirilmiş ve özellikle durumsallık yaklaşımı, yeni kurumsal kuram ve güç temelli yaklaşımlar ile olan ilişkileri kapsamlı biçimde tartışılmıştır (Pfeffer & Salancik, 2003).

Kaynak bağımlılığı kuramı, diğer yaklaşımlar ile ilişkili olduğundan farklı çalışmalar üzerine inşa edilen bir kuram olduğu ileri sürülmektedir. Örneğin Emerson (1962), örgüt-çevre ilişkilerini güç ve karşılıklı bağımlılık temelli mübadele ilişkileri çerçevesinde ele almış; aktörler arasındaki bağımlılık düzeyinin güç ilişkilerini belirlediğini ileri sürmüştür. Benzer biçimde Blau (1964), sosyal mübadele kuramı kapsamında örgütsel ilişkilerin yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda sosyal yükümlülükler ve karşılıklılık normları üzerinden şekillendiğini vurgulamıştır. Davis ve Cobb (2010) kaynak bağımlılığı kuramının; sosyal çevrenin önemi, örgütlerin özerklik için strateji geliştirmesi ve gücün belirleyici rolü olmak üzere üç temel unsura dayandığını belirtmiştir. Jacobs (1974) ise örgütlerin çevresel aktörlerle kurdukları değişim ilişkilerinin, örgütsel özerklik ve bağımlılık düzeyleri üzerinde belirleyici

olduğunu ortaya koyarak Kaynak Bağımlılığı Kuramı'nın kavramsal gelişimine katkı sağlamıştır. Ancak, Pfeffer ve Salancik (1978), Kaynak Bağımlılığı Kuramı'nı diğer örgüt kuramlarından ayıran ve öne çıkaran üç temel özelliği şu şekilde tanımlamışlardır: (a) kaynak bağımlılığı, (b) dışsal sosyal kısıtlar ve (c) örgütsel adaptasyon. Bu varsayımlar doğrultusunda Pfeffer ve Salancik, örgütlerin davranışlarını yalnızca içsel rasyonallite ve ekonomik etkinlik ilkeleriyle açıklayan yaklaşımların ötesine geçerek, çevresel bağımlılıkların ve güç ilişkilerinin örgütsel karar alma süreçleri üzerindeki belirleyici rolünü vurgulamışlardır. Bu yönüyle Kaynak Bağımlılığı Kuramı, örgütsel davranış ve yönetim alanında hâkim olan geleneksel ekonomik teorilere alternatif bir kuramsal çerçeve olarak geliştirilmiştir.

2. Kaynak Bağımlılığı Kuramı

Kaynak bağımlılığı kuramı, örgütsel başarıyı örgütlerin çevresel bağımlılıkları yöneterek güçlerini artırma kapasitesiyle ilişkilendirmektedir (Kanter, 1979). Bu çerçevede örgütler, varlıklarını sürdürebilmek için gerekli dışsal kaynaklara erişim amacıyla çevreleriyle etkileşime giren ve farklı aktörlerle koalisyonlar kuran yapılar olarak ele alınmaktadır. Dışsal kaynakların temini, örgütlerin diğer aktörlere olan bağımlılığını ve buna bağlı olarak örgütler arası güç ilişkilerinin yeniden yapılandırılmasını beraberinde getirmektedir (Ulrich & Barney, 1984). Kuramda güç kavramı, örgütün ihtiyaç duyduğu kaynakların elde edilmesi ve kontrol edilmesi için gerekli erk olarak adlandırılmaktadır. Kaynak Bağımlılığı Kuramı, örgütlerin gücü nasıl elde ettiklerini ve sürdürdüklerini açıklamaya yönelik birtakım temel varsayımlar üzerine kuruludur. Bu varsayımlardan ilki, örgütlerin hem içsel hem de dışsal aktörlerin yer aldığı koalisyonlardan oluştuğudur (Pfeffer & Salancik, 1978). Söz konusu koalisyonlar, davranışları yönlendirme ve kontrol etme amacı taşıyan sosyal mübadele ilişkileri aracılığıyla şekillenmektedir. İkinci olarak, çevrenin örgütlerin varlıklarını sürdürebilmeleri açısından kritik öneme sahip, sınırlı ve değerli kaynaklar barındırdığı kabul edilmektedir. Bu kaynakların kıtlığı ise örgütlerin kaynak edinme süreçlerinde belirsizlikle karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (Ulrich & Barney, 1984; Casciaro & Piskorski, 2005). Son varsayım, örgütlerin çevreleri içerisinde birbirleriyle ilişkili iki temel hedef doğrultusunda hareket ettikleri varsayılmaktadır. Bunlar (Pfeffer, 1981):

- o Diğer örgütlere olan bağımlılıklarını en aza indirecek kaynaklar üzerinde kontrol sağlamak,
- o Diğer örgütlerin kendilerine olan bağımlılığını en üst düzeye çıkarak kaynaklar üzerinde kontrol elde etmek.

Bu hedeflerden birine ulaşılması, örgütler arasındaki mübadele ilişkisini etkilemektedir. Dolayısıyla örgütün gücünü şekillendirmektedir (Ulrich & Barney, 1984).

Pfeffer ve Salancik (1978), kaynak bağımlılığı kuramını, örgütlerin kendi kendine yeterli olamamaları nedeniyle ihtiyaç duydukları bazı kritik kaynakları temin edebilmek için diğer aktörlerle etkileşime girmeleri sonucu ortaya çıkan dış çevreye bağımlılık durumu olarak tanımlamışlardır. Ayrıca kuram, tedarik zinciri içerisinde yer alan işletmelerin, başkaları aleyhine kısa vadeli kazanımları elde edebilmek için birbirlerine bağımlı olmaları ve iş birliği yapmaları gerektiğini ileri sürer (Sarkis vd., 2011). Pfeffer ve Salancik'in (1978) ifade ettiği üzere, "bir örgütün davranışını anlamak için, o davranışın bağlamını yani örgütün ekolojisini anlamak gerekir". Dolayısıyla kaynak bağımlılığı kuramı, dışsal faktörlerin örgütsel davranış üzerindeki etkisini kabul etmekte ve örgütler bağamları tarafından kısıtlanmış olsalar da yöneticilerin çevresel belirsizliği ve bağımlılığı azaltmaya yönelik eylemlerde bulunabileceklerini savunmaktadır (Hillman vd., 2009). Bu eylemlerin merkezinde güç kavramı yer almaktadır (Ulrich & Barney, 1984). Örgütler, başkalarının kendileri üzerindeki gücünü azaltmaya çalışırken, kendi güçlerini de eş zamanlı artırmayı hedeflemektedir (Hillman vd., 2009). Kaynak bağımlılığı kuramı ve örgütler arası ilişkilerin temel adımları şu şekildedir (Pfeffer, 1987: 26-27):

1. Kurumlar arası ilişkileri ve toplumu anlamak için temel analiz birimleri örgütlerdir.
2. Örgütler özerk yapıda değildir; aksine, diğer örgütlerle kurdukları karşılıklı bağımlılıklar ağı ile kısıtlanmaktadır.
3. Karşılıklı bağımlılık, örgütlerin bağımlı oldukları aktörlerin ne tür eylemlerde bulunacağına ilişkin belirsizlikle birleştiğinde, örgütsel varlık ve sürdürülebilir başarının tehdit altında olduğu bir durum ortaya çıkmaktadır.
4. Örgütler, dışsal karşılıklı bağımlılıklarını yönetmeye yönelik eylemlerde bulunurlar. Ancak bu eylemler kaçınılmaz olarak hiçbir zaman tam anlamıyla başarılı olamaz. Yeni bağımlılık ve karşılıklı bağımlılık örüntüleri üretir.
5. Bağımlılık örüntüleri hem örgütler arası hem de örgüt içi gücü doğurur ve bu güç, örgütsel davranış üzerinde çeşitli etkiler yaratır.

Bu süreç ile örgütlerin dış çevreye tepki vermek zorunda olduklarına ilişkin varsayımlar, örgüt kuramı ve stratejik yönetim alanlarında önemli bir kuramsal çerçeve kazanmıştır (Hillman vd., 2009).

2.1. Kaynak Bağımlılığı Kuramında Ele Alınan Temel Kavramlar

2.1.1. Güç

Kaynak bağımlılığı kuramı, örgüt çalışmalarında uzun süre ikincil planda kalan güç ilişkilerine merkezi bir önem atfetmektedir (Dikili, 2014). Kurama göre örgütler, hayatta kalabilmek ve amaçlarını gerçekleştirebilmek için

çevrelerinden sağladıkları kritik kaynaklara bağımlıdır ve bu bağımlılık ilişkileri örgütler arası güç yapılarını şekillendirmektedir. Dolayısıyla güç, örgütlerin ihtiyaç duydukları kaynaklara erişimlerini güvence altına alma ve bu kaynaklar üzerindeki kontrolü artırma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Pfeffer & Salancik, 1978). Davis ve Cobb'a (2010) göre, güç ve bağımlılığın kaynakları, gücün kullanım biçimi ve bağımlılığın yönetsel boyutu araştırmacıların dikkatini çeken temel konular arasında yer almaktadır. Literatürde güç; örgütler arası güç, örgüt içi güç ve bireysel güç düzeylerinde ele alınmaktadır. Örgütlerin sahip oldukları gücü etkin ve dengeli bir şekilde kullanmaları, piyasada varlıklarını sürdürmelerine ve sürdürülebilir rekabet avantajı elde etmelerine katkı sağlamaktadır (Pfeffer & Salancik, 1978).

Kuramda güç, soyut bir otorite ya da yasal yetkiden ziyade, kaynakların kontrolüne dayalı yapısal bir olgu olarak ele alınmaktadır. Bir örgütün gücü, başka bir örgütün kontrolünde bulunan ve kendisi için vazgeçilmez olan kaynaklara ne ölçüde bağımlı olduğuna bağlıdır. Bu nedenle güç, örgütler arası ilişkilerde statik değil, çevresel koşullara ve kaynak yapılarına bağlı olarak sürekli yeniden üretilen dinamik bir süreçtir (Emerson, 1962). Ayrıca kuram, örgütler arası ilişkileri temelde güç ve bağımlılık ekseninde açıklamaktadır. Kurama göre örgütler, faaliyetlerini sürdürebilmek için çevrelerinde bulunan ve kendileri tarafından tam olarak kontrol edilemeyen kritik kaynaklara ihtiyaç duymaktadır. Bu durum, örgütleri çevrelerine bağımlı hale getirirken, söz konusu kaynakları kontrol eden aktörlere yapısal bir güç kazandırmaktadır (Pfeffer & Salancik, 1978).

Ezer'e (2015) göre, kaynak değişimi sürecinde ortaya çıkan karşılıklı bağımlılıkta güç, diğerlerini etkileyebilme ve değerli kaynakları kontrol edebilme kapasitesini ifade etmektedir. Örgütlerin bağımlılık düzeyi büyük ölçüde sahip oldukları kaynaklara ve bu kaynaklar üzerindeki kontrollerine bağlıdır. Kritik kaynakları elinde bulunduran örgütler daha güçlü ve daha az bağımlı konumda yer almaktadır. Kuramda güç hem örgütler arası hem de örgüt içi düzeyde ele alınmaktadır. Örgütler arası bağlamda bu durum, bir örgütün ihtiyaç duyduğu kaynakların ne ölçüde başka bir örgütün kontrolünde olduğuna bağlı olarak şekillenmektedir ve Emerson'un (1962) sosyal değişim kuramına dayanmaktadır. Emerson'a göre bir aktörün gücü, diğer aktörün kendisine olan bağımlılığı ile doğru orantılıdır. Bu çerçevede A örgütü, B'ye olan bağımlılığını azaltmak amacıyla söz konusu kaynağı kullanmaktan, üretim ve gelir kaybı riskini göze alarak vazgeçebilir. Bunun yanı sıra A, ihtiyaç duyduğu kaynağı C ve D gibi alternatif örgütlerden temin etmeye yönelebilir ya da B'nin A'dan sağladığı kaynakları daha kritik hale getirerek karşılıklı bağımlılık dengesini kendi lehine çevirebilir. Öte yandan B örgütü de mevcut kaynakları doğrudan sunmak yerine A için alternatif tedarik kanalları oluşturabilir. Dolayısıyla kaynağın örgüt için stratejik önemi arttıkça ve alterna-

tif kaynaklara erişim azaldıkça, bağımlılık derinleşmekte ve güç dengesizliği ortaya çıkmaktadır (Emerson, 1962). Provan ve arkadaşları (1980), gücün özellikle örgütlerin önemle ihtiyaç duydukları kaynakları elde edebilme yeteneğiyle doğrudan ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Kaynağın stratejik önemi arttıkça ve alternatif kaynaklara erişim olanakları azaldıkça, bağımlılık derinleşmekte ve kaynak sağlayan örgütün göreceli gücü artmaktadır. Bu durum, örgütler arası ilişkilerde güç asimetrisinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Gretzinger (2008) ise örgütler arası güç ilişkisini, bağımlılık düzeyi üzerinden açıklamaktadır. Buna göre, A örgütünün B'ye bağımlılığı arttıkça A'nın B üzerindeki gücü azalır. B'nin A açısından kritik kaynakları kontrol etme düzeyi yükseldikçe A'nın bağımlılığı artar; ayrıca A'nın bu kaynaklara erişim için sahip olduğu alternatiflerin sınırlı olması da bağımlılığı daha da güçlendirir. Örgüt içi bağlamında güç dinamikleri ise, alt birimler arasındaki kaynak paylaşımı ve çıkar farklılıkları doğrultusunda şekillenmektedir. Bu çerçevede, sınırlı kaynaklara erişim mücadelesi birimler arasında rekabeti artırmakta ve zaman zaman çatışmalara yol açmaktadır. Kritik kaynakların temininde daha etkin rol oynayan birimler, örgüt içinde daha fazla söz sahibi olmakta ve güç kazanmaktadır (Pfeffer & Salancik, 1978). Bu durum güç dengesizliklerine neden olabileceği de uygun şekilde yönetildiğinde rekabet ve çatışma, örgütsel öğrenme ve performansı artıran bir unsur haline gelebilmektedir (Provan vd., 1980).

2.1.1.1. Gücün Temelleri

French ve arkadaşlarına (1959) göre gücün temeli, etkileyen kişi ile etkilenen kişi arasındaki ve bu gücün kaynağını oluşturan ilişkiyi kapsamaktadır. Etkileyen ve etkilenen arasındaki ilişkide gerçekleşen gücün genellikle birden fazla kaynağa dayandığı düşünülmektedir. Bu kaynaklar da gücün temelini oluşturmaktadır. Buna göre, etkileyen kişinin etkilenen kişi üzerindeki gücünün temelleri şunlardır:

- **Ödül Gücü:** Etkileyen kişinin etkilenen kişiye ödül verebilme kapasitesine sahip olması ile ilgilidir. Bu gücün düzeyi, etkilenen kişinin, etkileyen kişinin sağlayabileceğini düşündüğü ödüllerin büyüklüğüne bağlı olarak artmaktadır. Ayrıca bu güç, ödülün gerçekten verileceğine dair algılanan olasılığa da bağlıdır. Örneğin, bir yöneticinin çalışanına prim verme yetkisi olması bu tür güce örnektir. Ödül gücü sonucunda ortaya çıkan yeni davranışlar genellikle etkileyen kişiye bağımlıdır, çünkü ödülün verilmesi onun kontrolündedir. Gerçek ödüllerin verilmesi, zamanla etkilenen kişinin etkileyen kişiye duyduğu yakınlığı artırır.

- **Zorlayıcı Güç:** Zorlayıcı güç, etkileyen kişinin etkilenen kişiyi cezalandırabilme kapasitesine sahip olduğu algısına dayanır. Etkilenen kişi, beklentilere uymazsa cezalandırılacağını düşünür. Bu durum davranışın ce-

zadan kaçınmaya yönelik olmasına neden olur. Örneğin, düşük performans gösteren bir çalışanın işten çıkarılma tehdidi altında olması bu güç türüne örnektir. Zorlayıcı güç sonucu oluşan değişimler genellikle bağımlıdır ve kalıcı değildir. Ayrıca bu güç türü, etkilenen kişinin etkileyen kişiye karşı olumsuz duygular geliştirmesine yol açabilir (French vd., 1959).

• *Meşru Güç*: Meşru güç, etkilenen kişinin, etkileyen kişinin kendisini yönlendirme hakkına sahip olduğunu kabul etmesine dayanır. Bu durum genellikle toplumsal normlar, roller ve değerlerden kaynaklanır. Örneğin bir yöneticinin çalışanlara görev vermesi, görev tanımına dayalı olarak meşru kabul edilir (Goldhamer & Shils, 1939).

• *Referans Güç*: Etkileyen kişinin, etkilenen kişi üzerindeki referans gücü, etkilenen kişinin etkileyen kişiyle özdeşleşmesine dayanır. Özdeşleşmeden kasıt; etkilenen kişinin kendisini etkileyen kişiyle bir hissetmesi ya da böyle bir benzerlik kurma isteğidir. Eğer etkileyen kişi, etkilenen kişi için çekici bir bireyse, etkilenen kişi onunla yakın ilişki kurmak ister. Eğer etkileyen kişi çekici bir grup ise, etkilenen kişi bu gruba ait olma ya da katılma isteği duyar (French vd., 1959).

Uzmanlık Gücü: Etkileyen kişinin, etkilenen kişi üzerindeki uzmanlık gücü, etkilenen kişinin etkileyen kişiye attığı bilgi ve uzmanlık düzeyine bağlıdır. Etkilenen kişi, etkileyen kişinin bilgisini kendi bilgisiyle ya da genel bir standartla karşılaştırarak değerlendirir. Uzmanlık gücü özellikle etkilenen kişinin bilgi yapısını (bilişsel yapısını) etkiler. Davranış değişimi ise bu bilişsel değişimin dolaylı sonucudur.

2.1.2. Bağımlılık

Örgütler, varlıklarını sürdürebilmek için ihtiyaç duydukları kritik kaynakların önemli bir kısmını dış çevreden temin etmek zorundadır. Bu durum, örgütleri çevrelerinde yer alan diğer örgütlerle zorunlu bir etkileşim ve bağımlılık ilişkisi içine sokmaktadır. Kaynak Bağımlılığı Kuramı çerçevesinde bu durum, örgütlerin hayatta kalabilmek ve faaliyetlerini sürdürebilmek için dış çevrede kontrol edilen kaynaklara bağımlı olduğu şeklinde açıklanmaktadır (Davis & Cobb, 2010). Kurama göre, hiçbir örgüt tamamen kendi kendine yeterli değildir; aksine, insan kaynağı, hammadde, finansman, teknoloji ve bilgi gibi kritik girdilere ulaşabilmek için diğer örgütlerle ilişki kurmak zorundadır. Bu bağımlılık ilişkileri, örgütlerin davranışlarını ve stratejik kararlarını doğrudan etkilemektedir (Bacharach & Lawler, 1981). Özellikle kaynakların kıt olduğu veya belirli aktörlerin kontrolünde bulunduğu durumlarda, örgütler bu kaynaklara erişimi güvence altına almak amacıyla iş birlikleri geliştirme, ağ ilişkilerini güçlendirme, birleşme ya da ortaklık kurma gibi çeşitli stratejilere yönelmektedir (Drees & Heugens, 2013). Dolayısıyla, örgütler arası ilişkiler yalnızca operasyonel bir gereklilik değil,

aynı zamanda güç ve kontrol unsurlarının da şekillendiği stratejik bir alan haline gelmektedir. Bu bağlamda, kaynakları kontrol eden örgütler daha fazla güç elde ederken, bu kaynaklara bağımlı olan örgütler ise çevresel belirsizlikleri azaltmak ve bağımlılık düzeylerini yönetmek için çeşitli uyum ve denge stratejileri geliştirmektedir (Pfeffer & Salancik, 1978).

Sağlık sektörü Kaynak Bağımlılığı Kuramı açısından bağımlılık ilişkilerinin en yoğun gözlemlendiği alanlardan biridir. Hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları; tıbbi cihazlar, ilaçlar, nitelikli insan kaynağı, finansman ve bilgi sistemleri gibi kritik kaynaklar açısından hem kamu otoritelerine hem de özel sektör aktörlerine bağımlıdır. Özellikle ilaç ve tıbbi teknoloji tedarik zincirlerinde yaşanan kesintiler, sağlık kuruluşlarının hizmet sunum kapasitesini doğrudan etkileyebilmekte ve bu durum örgütleri alternatif tedarikçilerle iş birliği kurmaya, stratejik ortaklıklar geliştirmeye ve kaynak çeşitlendirmesine yönlendirmektedir (Korkutan & Işık, 2021). Ayrıca sağlık hizmetlerinin yüksek düzeyde düzenlemeye tabi olması, örgütlerin yalnızca kaynaklara değil aynı zamanda meşruiyet ve yasal uyum gerekliliklerine de bağımlı olmasına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık örgütleri hem kaynak bağımlılıklarını azaltmak hem de çevresel belirsizliklerle başa çıkabilmek amacıyla ağ temelli iş birlikleri, entegrasyon stratejileri ve kurumsal ilişkiler geliştirmektedir (Koca, 2019; Ivanov & Dolgui, 2021).

Kaynak bağımlılığı kuramı, iki aktörlü (dyadik) bir yapı üzerinden güç ilişkilerini ele alır ve bu yapı iki temel boyut ortaya çıkarır: *güç dengesizliği* ve *karşılıklı bağımlılık*. Güç dengesizliği, her bir aktörün diğerine kıyasla sahip olduğu güç farkını ifade eder ve iki aktörün bağımlılık düzeyleri arasındaki fark ya da daha güçlü aktörün gücünün daha zayıf aktöre oranı olarak tanımlanır. Karşılıklı bağımlılık ise, iki yönlü bağımlılıkların varlığını, bu bağımlılıkların dengeli ya da dengesiz olmasından bağımsız olarak ifade eder. Biçimsel olarak bu boyut, X aktörünün Y aktörüne bağımlılığı ile Y aktörünün X aktörüne bağımlılığının toplamı ya da ortalaması şeklinde tanımlanabilir (Bacharach & Lawler, 1981). Tablo 1, bu ikili yapıyı göstermektedir.

Tablo 1. *Güç dengesizliği ve karşılıklı bağımlılık türleri*

		Y'nin X'e Bağılılığı		
		Düşük (1)	Orta (2)	Yüksek (3)
X'in Y'ye Bağılılığı	Düşük (1)	Durum 7: Güç dengesizliği: 2 Karşılıklı bağımlılık: 4	Durum 8: Güç dengesizliği: 1 Karşılıklı bağımlılık: 5	Durum 9: Güç dengesizliği: 0 Karşılıklı bağımlılık: 6
	Orta (2)	Durum 4: Güç dengesizliği: 1 Karşılıklı bağımlılık: 3	Durum 5: Güç dengesizliği: 0 Karşılıklı bağımlılık: 4	Durum 6: Güç dengesizliği: 1 Karşılıklı bağımlılık: 5
	Yüksek (3)	Durum 1: Güç dengesizliği: 0 Karşılıklı bağımlılık: 2	Durum 2: Güç dengesizliği: 1 Karşılıklı bağımlılık: 3	Durum 3: Güç dengesizliği: 2 Karşılıklı bağımlılık: 4

Kaynak: (Casciaro & Piskorski, 2005).

Tablodan hareketle temel çıkarım, örgütler arasındaki bağımlılık düzeyinin artmasının tek başına güç dengesizliği yaratmadığıdır. Örgütlerin birbirlerine düşük, orta veya yüksek düzeyde bağımlı olmaları, bağımlılıkların karşılıklı ve simetrik olması durumunda güç dengesini değiştirmemektedir. Bu durumlarda karşılıklı bağımlılık artmaktadır. Ancak tarafların birbirine olan bağımlılıkları eşit biçimde arttığı için güç dengesi korunmaktadır (Casciaro & Piskorski, 2005; Karakulle, 2024). Buna karşılık, güç dengesizliği bağımlılığın düzeyinden değil, bağımlılığın taraflar arasında nasıl dağıldığından kaynaklanmaktadır. Casciaro ve Piskorski (2005) bu nedenle güç analizlerinde yalnızca bağımlılık miktarına değil, bağımlılığın yönüne ve dağılımına odaklanılması gerektiğini vurgulamaktadır. Örneğin, Tablo'da yer alan 1 ve 9 numaralı durumların her ikisi de güç dengeli yapıdadır; ancak 9 numaralı durumda karşılıklı bağımlılık düzeyi 1 numaralı duruma göre daha yüksektir. Dolayısıyla, bağımlılık düzeyi artsa dahi simetrik bir yapı söz konusu olduğunda güç dengesizliğinde değişim meydana gelmemektedir (Karakulle, 2024).

2.1.3. Meşruiyet

Pfeffer ve Salancik'e (1978) göre kaynak bağımlılığı kuramı çerçevesinde meşruiyet, örgütlerin yalnızca toplumun geneli tarafından kabul görmesiyle değil, esas olarak kritik kaynakları kontrol eden dış paydaşlar nezdinde kabul edilmesiyle ilişkilidir. Bu yaklaşımda örgütler, varlıklarını sürdürebilmek için çevrelerine bağımlı aktörler olarak görülmekte ve bu bağımlılık, onları belirli paydaş gruplarının beklenti ve taleplerine uyum sağlamaya yöneltmektedir. Dolayısıyla meşruiyet, evrensel bir toplumsal onaydan ziyade, örgütün faaliyetlerini doğrudan etkileyen ve kaynak akışını kontrol eden aktörler (ör-

neğin düzenleyici kurumlar, finans sağlayıcılar ve güçlü iş ortakları) tarafından tanınma ve kabul edilme süreci olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla örgütler, yalnızca teknik olarak etkin ve verimli olmakla yetinmeyip, aynı zamanda çevresel aktörlerin beklentilerine uygun davranarak meşruiyetlerini pekiştirmeye çalışmaktadır. Nitekim kaynak bağımlılığı kuramı, örgütsel davranışın önemli ölçüde dış çevredeki güç ilişkileri tarafından şekillendiğini vurgulamakta ve örgütlerin stratejik kararlarının çoğu zaman bu aktörlerin baskı ve taleplerine yanıt olarak ortaya çıktığını ileri sürmektedir (Hillman vd., 2009).

Sağlık kurumları açısından değerlendirildiğinde, hastanelerin meşruiyeti yalnızca toplum nezdindeki itibarıyla değil; başta Sağlık Bakanlığı, finansman sağlayıcı kurumlar (örneğin SGK) ve akreditasyon kuruluşları gibi kritik paydaşlar tarafından tanınmasıyla şekillenmektedir. Bu nedenle sağlık kurumları, kaynak akışını sürdürebilmek ve faaliyetlerini devam ettirebilmek için söz konusu aktörlerin düzenlemelerine ve beklentilerine uyum sağlamak durumundadır (Alexander & Wells, 2008; Alexander, 2011; Yeager vd., 2014; Koca, 2019).

2.1.4. Çatışma

Örgüt sistemlerinin önemli özelliklerinden biri de çatışma ve anlaşmazlıkların varlığıdır. Örgütlerde çatışma, bireyler ve gruplar arasında iş süreçlerinden kaynaklanan uyumsuzlukların faaliyetlerin aksamasına yol açtığı durumları ifade eder. Bu çatışmaların temel kaynakları arasında çıkar farklılıkları, muhalefet, kıt kaynaklar ve karşı tarafın faaliyetlerini engelleme girişimleri yer almaktadır. Özellikle kaynakların sınırlı olması, bu kaynakların kontrolünü stratejik bir güç aracına dönüştürmekte; bu durum da taraflar arasında çatışma olasılığını artırmaktadır (Pfeffer & Salancik, 1978; Robbins & Judge, 2019).

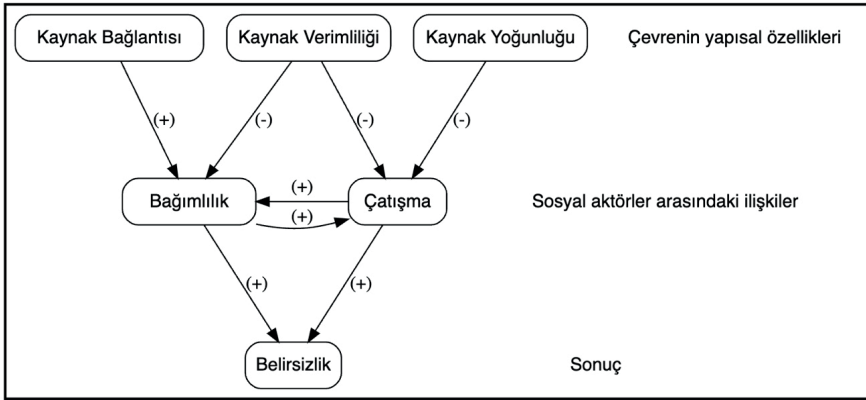
Kaynak Bağımlılığı Kuramı açısından değerlendirildiğinde, kıt ve kritik kaynakların kontrolü örgütler arasında güç ilişkilerini belirlemekte ve bu durum çatışmayı potansiyel olarak kaçınılmaz hale getirmektedir. Çünkü kaynak üzerinde kontrol sağlayan taraf, diğer taraf üzerinde güç elde etmekte ve bu güç dengesizliği çatışma dinamiklerini beslemektedir. Örgütlerde bireyler ve gruplar arasındaki çatışma davranışları genellikle beş temel strateji üzerinden açıklanmaktadır: rekabet etme, iş birliği yapma, kaçınma, uyum sağlama (yumuşatma) ve uzlaşma (Rahim, 2002; Thomas & Kilmann, 1974). Bununla birlikte, çatışmanın ortaya çıkması için örgütsel bağımlılık gerekli bir koşul olmakla birlikte tek başına yeterli değildir. Çatışma süreci genellikle dört aşamada gelişir: gizli çatışma, algılanan çatışma, hissedilen çatışma ve açık çatışma. Bu aşamalar, çatışmanın yalnızca yapısal bağımlılıktan değil, aynı zamanda algı, duygu ve davranış süreçlerinden de etkilendiğini göstermektedir (Robbins & Judge, 2019).

2.1.5. Belirsizlik

Kaynak bağımlılığı yaklaşımında çevresel belirsizlik ve kaynak bağımlılığı üç temel boyut üzerinden ele alınmaktadır (Pfeffer ve Salancik, 2003). İlk olarak kaynak yoğunluğu, kritik kaynaklar üzerindeki kontrolün ve otoritenin çevre aktörleri arasında nasıl dağıldığını ifade eder. Bu yoğunlaşma düzeyi, örgütlerin kaynak sağlayıcı aktörlere bağımlılık derecesini ve dolayısıyla çevresel belirsizliğe maruz kalma düzeyini belirler. Kaynakların belirli aktörlerde yoğunlaşması, örgütleri bu aktörlerin taleplerine daha duyarlı hale getirirken belirsizlik düzeyini de etkileyebilmektedir. Monopol yapılar, karteller veya stratejik birlikler bu yoğunlaşmaya örnek olarak gösterilebilir. İkinci boyut olan kaynak verimliliği, kritik kaynakların piyasada bulunabilirlik düzeyini ifade eder. Kaynakların kıt, sınırlı veya bol olması, örgütlerin bu kaynaklara erişimindeki zorluk derecesini ve dolayısıyla çevresel belirsizlik düzeyini doğrudan etkilemektedir. Üçüncü boyut ise kaynak bağlantısıdır ve örgütler arasındaki ilişki ağlarının kapsamı ile yoğunluğunu ifade eder. Örgütlerin sahip olduğu bağlantı sayısı ve bu bağlantıların niteliği, kaynaklara erişim kanallarını genişleterek ya da daraltarak çevresel belirsizlik algısını şekillendirmektedir (Pfeffer ve Salancik, 2003).

Şekil 1’de bu ilişki ve etkileşim yapıları görsel olarak ortaya konulmaktadır.

Şekil 1. Örgütsel Çevrenin Boyutları Arasındaki İlişkiler



Kaynak: (Pfeffer & Salancik, 2003).

Örgütsel çevrenin boyutları arasındaki ilişkileri gösteren diyagram incelendiğinde (Şekil 1), çevrenin yapısal özellikleri ile bu çevrede yer alan sosyal aktörler arasındaki ilişkilerde, kaynak yoğunluğu, kaynak verimliliği ve kaynak bağlantılarının belirleyici olduğu görülmektedir. Bu unsurların yarattığı bağımlılık düzeyi, aktörler arasında hem olumlu hem de olumsuz sonuçlar

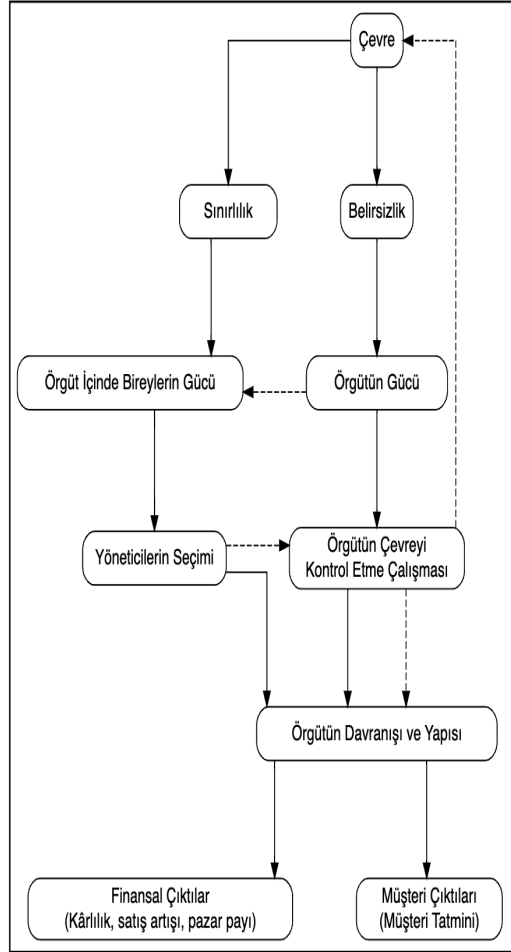
doğurabilmektedir. Bağımlılık arttıkça çatışma ve belirsizlik düzeyinde de artış gözlemlenebilmektedir.

2.2. Kaynak Bağımlılığı Kuramı'nda Örgüt-Çevre İlişkisi

Johnson'a (1995) göre örgütsel bağlamda çevre, örgütlerin faaliyetlerini doğrudan veya dolaylı biçimde etkileyen tüm unsurları kapsamaktadır. Bu çerçevede çevre, örgütlerin diğer aktörlerle kurduğu ilişkileri, bu ilişkilerden doğan bağımlılıkları ve ortaya çıkan belirsizlikleri içeren, sürekli dönüşüm halinde olan dinamik bir yapı olarak değerlendirilmektedir. Örgütsel çevre genel olarak iç çevre ve dış çevre olmak üzere iki boyutta ele alınmaktadır. İç çevre; örgütün sınırları içerisinde yer alan, büyük ölçüde kontrol edilebilen, örgütün temel işleyişini sürdüren ve sahip olduğu kaynaklar ile yetkinliklerle dair bilgi sunan unsurlardan oluşmaktadır. Bu unsurlar, örgütün fiziksel, sosyal ve stratejik karar süreçlerinde belirleyici bir rol oynamaktadır (Daft, 2007). Buna karşılık dış çevre, örgütün doğrudan kontrolü dışında gelişen ancak faaliyetleri üzerinde etkili olan daha geniş bir alanı ifade etmektedir. Bu kapsamda dış çevre; sektör dinamikleri doğrultusunda şekillenen rekabet unsurları ile birlikte rakipler, tedarikçiler, kamu otoriteleri ve müşteriler gibi çeşitli paydaşları içermektedir (Scott & Davis, 2015).

Pfeffer ve Salancik (1978), çevrenin örgütler açısından kritik önemini, belirsizlik üretme kapasitesi üzerinden açıklamaktadır. Bu yaklaşıma göre belirsizlik, örgütlerin gelecekte karşılaşılabilecekleri durumları öngörmede yaşadıkları sınırlılık olarak tanımlanmaktadır. Çevresel belirsizlik ise örgütlerin dış çevresinden kaynaklanan öngörülemeyen gelişmelerin yarattığı durumları ifade eder. Söz konusu belirsizlik; örgüt içindeki güç dengelerini, kontrol mekanizmalarını, alınan kararları ve örgütsel yapının şekillenmesini doğrudan etkileyebilmektedir. Provan vd. (1980) ise örgütlerin bu belirsizlik karşısında pasif kalmadığını, aksine stratejik tepkiler geliştirdiğini vurgulamaktadır. Buna göre örgütler, diğer aktörlerin ihtiyaç duyduğu kaynakları kontrol altına alarak veya kendi bağımlılık düzeylerini azaltacak düzenlemelere giderek çevresel baskılara karşı daha güçlü bir konum elde etmeye çalışmaktadır.

Şekil 2. Çevre, Örgüt ve Örgütün Davranışları İlişkisi



Kaynak: (Meydan, 2012).

Şekil 2, örgütlerin çevresel koşullara bağlı olarak nasıl şekillendiğini göstermektedir. Buna göre, çevredeki kaynak sınırlılığı ve belirsizlik, örgütlerin dış aktörlere bağımlılığını artırmakta ve bu durum örgüt içi ve dışı güç dağılımını belirlemektedir. Kritik kaynakları kontrol eden aktörler daha fazla güç elde ederken, örgütler de bu bağımlılığı azaltmak amacıyla yönetsel seçimler ve çevreyi kontrol etmeye yönelik stratejiler geliştirmektedir. Bu süreçler, örgütün davranış ve yapısını biçimlendirerek nihayetinde finansal ve müşteri temelli çıktılara yansımaktadır. Dolayısıyla model, örgütsel performansın yalnızca iç dinamiklerle değil, dış çevreyle kurulan bağımlılık ilişkileri üzerinden açıklanabileceğini ortaya koymaktadır (Meydan, 2012). Güncel lite-

ratür de bu ilişkiyi desteklemektedir. Örneğin, çevresel belirsizliğin örgütsel yapı ve stratejiler üzerindeki etkisi (Hillman vd., 2009), kaynak bağımlılığının yönetim ve yönetim süreçlerini şekillendirdiği (Drees & Heugens, 2013) ve örgütlerin bağımlılığı azaltmak için çeşitli stratejik tepkiler geliştirdiği ampirik olarak gösterilmiştir. Ayrıca sağlık sektörü gibi yüksek belirsizlik içeren alanlarda, kaynak bağımlılığının performans ve karar alma süreçleri üzerindeki etkisinin devam ettiği vurgulanmaktadır (Alexander, 2011; Koca, 2019).

2.3. Kaynak Bağımlılığı Türleri

Pfeffer (1972) yaptığı çalışmasında, kaynak bağımlılığının iki türü olduğunu ele almıştır. Bunlar: simbiyotik bağımlılık ve rekabetçi bağımlılık.

1-Simbiyotik Bağımlılık: Simbiyoz, biyoloji kökenli bir kavram olup iki canlının karşılıklı yarar temelinde etkileşim içinde bir arada yaşamalarını ifade etmektedir. Doğada farklı türlere ait canlılar, çeşitli nedenlerle birlikte hareket ederek karşılıklı bağımlılığa dayalı ilişkiler geliştirebilmektedir. İki organizmanın fiziksel olarak birbirine bağlı bir yaşam sürdürmesi durumu biyoloji literatüründe ‘simbiyotik ilişki’ olarak tanımlanmaktadır. Bu tür ilişkilerde, birlikte yaşam sürecinin her iki organizmanın da büyüme ve gelişimine katkı sağlaması simbiyotik ilişkinin temel koşulunu oluşturmaktadır. Dolayısıyla simbiyoz tarafların karşılıklı etkileşim yoluyla her iki tür için de kazanım sağlayan bir ilişki biçimi olarak değerlendirilmektedir (Zaccaro & Horn, 2003).

Simbiyoz kavramı, zamanla sosyal bilimlere uyarlanmış ve özellikle örgüt kuramları literatüründe, aktörler arasındaki karşılıklı bağımlılık ve iş birliği ilişkilerini açıklamak amacıyla kullanılmaya başlanmıştır (Astley & Fombrun, 1983). Kavram örgüt bağlamında ele alındığında hem örgüt içi hem de örgütler arası düzeylerde açıklayıcı bir çerçeve sunmaktadır. Bu kapsamda, örgüt içerisindeki bireyler, gruplar ya da birimler arasında karşılıklı bağımlılık ve ortak faydaya dayalı etkileşimleri açıklamak üzere simbiyotik ilişkiler şeklinde ele alınabileceği gibi, örgütlerin çevreleriyle ve diğer örgütlerle kurdukları karşılıklı bağımlılık, kaynak paylaşımı ve ortak değer yaratımına dayalı ilişkileri ifade etmek üzere organizasyonel simbiyoz kavramı çerçevesinde de değerlendirilebilir. Böylece simbiyoz, örgütsel yapıların hem içsel işleyişini hem de dışsal ilişkilerini anlamada bütüncül bir analitik araç olarak kullanılabilir (Mücevher, 2021).

Kaynak bağımlılığı kuramı çerçevesinde simbiyotik ilişkiler, örgütlerin çevresel belirsizlikle başa çıkmak ve kritik kaynaklara erişimlerini güvence altına almak amacıyla geliştirdikleri karşılıklı bağımlılık temelli ilişki biçimleri olarak ele alınmaktadır (Pfeffer & Salancik, 1978). Örgütsel bağlamda simbiyoz, tarafların birbirlerinin varlığından ve faaliyetlerinden doğrudan

fayda sağladığı, tamamlayıcı kaynak ve yetkinliklerin değiş tokuşuna dayalı ilişkileri tanımlamaktadır. Bu ilişkilerde örgütler, aynı çevresel kaynaklar için rekabet etmek yerine, birbirlerinin çıktılarından girdi olarak yararlanarak karşılıklı fayda üretmektedir (Pfeffer, 1972). Bu yönüyle simbiyotik bağımlılık, örgütler arasında istikrar, süreklilik ve iş birliğini teşvik eden bir yapı sunmaktadır (Provan vd., 1980).

2-Rekabetçi Bağımlılık: Rekabetçi bağımlılık, örgütlerin aynı veya benzer kısıtlı çevresel kaynaklara erişebilmek için birbirleriyle rekabet ettikleri ve bu nedenle karşılıklı olarak birbirlerinin eylemlerinden etkilendikleri bağımlılık türünü ifade etmektedir (Pfeffer & Salancik, 1978). Bu bağımlılık biçimi, örgütlerin birbirlerinin varlığından fayda sağlamasından ziyade, diğer aktörlerin kaynaklara erişimini sınırlama çabaları üzerinden şekillenmektedir (Pfeffer, 1972). Rekabetçi bağımlılık ilişkilerinde güç, büyük ölçüde kaynak kıtlığı ve alternatiflerin sınırlılığı üzerinden ortaya çıkmakta; kaynakları kontrol etme kapasitesi yüksek olan örgütler çevre üzerinde daha fazla etki kurabilmektedir (Pfeffer & Salancik, 1978). Bu durum, örgütler arasında belirgin güç asimetrisinin oluşmasına ve daha zayıf aktörlerin stratejik seçeneklerinin kısıtlanmasına yol açmaktadır (Provan vd., 1980).

Jones (2013: 93-101), örgütler arası bağımlılıktan söz ederken rekabetçi bağımlılığı yönetmek için dört strateji olduğunu belirtmiştir. Bu dört strateji: (a) hile ve kartel, (b) üçüncü tarafların bağlantı sağlaması, (c) stratejik ortaklıklar ve (d) birleşmeler ve satın almalar. Hile ve kartel oluşturma örgütlerin rekabet baskısını azaltmak amacıyla rakipleriyle örtük ya da açık iş birliğine gitmelerini ifade etmektedir. Üçüncü tarafların bağlantı sağlaması örgütler arası bağımlılıkların aracı aktörler yoluyla yönetilmesini ifade eder. Stratejik ortaklıklar; ortak girişimler, uzun dönemli tedarikçi-müşteri ilişkileri, teknoloji paylaşımı veya Ar-Ge iş birlikleri gibi daha formel ve gönüllü iş birliği biçimlerini kapsamaktadır. Birleşmeler ve satın almalar, örgütlerin bağımlılığı yönetmek için başvurdukları en yüksek düzeyde kontrol sağlayan strateji olarak değerlendirilmektedir (Das & Teng, 2000; Jones, 2013: 93-101).

2.4. Kaynak Bağımlılığı Stratejileri

Kaynak bağımlılığı tüm örgütlerin hayati kaynakların sağlanması açısından diğer örgütlere kritik düzeyde bağımlı olduğu ve bu bağımlılığın çoğu zaman karşılıklı nitelik taşıdığı varsayımına dayanmaktadır. Kuram, bu tür örgütler arası bağımlılıkları, biçimsel olarak bağımsız örgütlerin neden yönetim kurulu bağlantıları, stratejik ittifaklar, ortak girişimler, iç kaynak kullanımı ve birleşme-devralmalar gibi çeşitli örgütler arası düzenlemelere yöneldiğini açıklamak için kullanmaktadır (Pfeffer & Salancik, 1978). Bu tür düzenlemeler, örgütlerin bağımlılıklarla başa çıkmasına yardımcı olurken, aynı zamanda onların özerkliklerini ve meşruiyetlerini artırabilmektedir (Davis

& Cobb, 2010; Hillman vd., 2009; Pfeffer & Salancik, 2003).

Hillman vd. (2009) çalışmalarında, örgütlerin çevreye olan bağımlılıklarını azaltmak için beş temel strateji uygulayabileceklerini belirtmişlerdir. Bunlar:

Birleşmeler ve bütünleşme: Kaynak bağımlılığı kuramı, örgütlerin neden birleşme ve satın almalara yöneldiklerini açıklayan baskın kuramsal gerekçelerden biri olmuştur (Hilman vd., 2009). Pfeffer (1976: 39), örgütlerin birleşme ve satın almalara yönelmesinin üç temel nedenini ortaya koymaktadır. Buna göre örgütler, ilk olarak önemli bir rakip örgütü bünyelerine katarak rekabet baskısını azaltmayı; ikinci olarak girdi sağlayıcıları ya da çıktı alıcıları ile olan karşılıklı bağımlılıklarını bu aktörleri örgüt sınırları içine alarak daha etkin biçimde yönetmeyi; üçüncü olarak ise faaliyet alanlarını çeşitlendirerek hâlihazırda değişim ilişkisi içinde bulundukları örgütlere olan bağımlılıklarını azaltmayı amaçlamaktadır.

Ortak Girişimler: Kaynak bağımlılığı kuramı, ortak girişimler ve örgütler arası ilişkileri (örneğin stratejik ittifaklar, Ar-ge anlaşmaları, ortak pazarlama anlaşmaları, alıcı-tedarikçi ilişkileri) anlamada temel kuramlardan biridir (Oliver, 1990). Ortak girişim, iki veya daha fazla şirket bir araya gelerek örgütlerin kendilerinden bağımsız bir girişim oluşturmalarıdır (Zengin, 2023). Birleşme ve satın almalarından farklı olarak ortak girişimler, örgütler arası karşılıklı bağımlılıkların tam değil, kısmi olarak içselleştirilmesini mümkün kılar. Bu yönüyle ortak girişimler, örgütlerin çevresel belirsizlikleri azaltma, kritik kaynaklara erişim sağlama ve bağımlılık ilişkilerini yönetme çabalarının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. RDT perspektifine göre örgütler, hayati öneme sahip kaynaklar üzerindeki dışsal kontrolü azaltmak ve güç dengesini kendi lehlerine çevirmek amacıyla ortak girişimlere yönelmektedir. Böylece örgütler hem özerkliklerini tamamen kaybetmeden iş birliği yapabilmekte hem de çevresel kısıtları daha etkin biçimde yönetebilmektedir (Pfeffer & Salancik, 1978; Oliver, 1990).

Yönetim Kurulları: Kaynak bağımlılığı kuramı, yönetim kurullarının örgütlerin dış çevreyle olan bağımlılıklarını yönetmede kritik bir rol oynadığını savunmaktadır. Yönetim kurulları, örgütlere stratejik düzeyde danışmanlık ve rehberlik sunmanın yanı sıra, çevreyle etkili bilgi akış kanallarının kurulmasını mümkün kılmaktadır. Ayrıca yönetim kurulu üyelerinin sahip oldukları sosyal sermaye, uzmanlık ve ağlar aracılığıyla örgütlerin kritik kaynaklara ayrıcalıklı erişim sağlamasına yardımcı olmakta; kamu otoriteleri, finansal kuruluşlar ve diğer paydaşlar nezdinde örgütsel meşruiyetin güçlendirilmesine katkıda bulunmaktadır (Hillman vd., 2009).

Politik Eylem: Kaynak bağımlılığı kuramına göre örgütler, devlet ve politik çevre tarafından kontrol edilen kritik kaynaklara olan bağımlılıklarını

azaltmak amacıyla politik eylemlere yönelmektedir. Bu kapsamda örgütler; lobi faaliyetleri, sektör birliklerine katılım ve kamu karar alıcılarıyla ilişkiler geliştirme yoluyla, çevresel belirsizlikleri azaltmayı ve kendileri için daha elverişli bir yaratılmış çevre oluşturmayı hedeflemektedir. Böylece örgütler, yalnızca çevreye uyum sağlamakla kalmamakta, aynı zamanda politik süreçleri etkileyerek güç ve bağımlılık ilişkilerini kendi lehlerine yeniden yapılandırmaktadır (Pfeffer & Salancik, 1978; Hillman vd., 2009).

Üst Yönetici Halefiyeti: Üst yönetici halefiyeti, örgütlerin çevresel belirsizlikler ve dış bağımlılıklarla başa çıkmak için kullandıkları stratejik bir araçtır. Dış çevredeki belirsizlik ve bağımlılık düzeyi arttıkça örgüt içindeki güç ve kontrol dağılımı değişmekte; bu durum üst yöneticilerin görev sürelerini, değişim sıklığını ve seçilen halefin niteliğini etkilemektedir (Dalton & Kesner, 1983; Dalton & Kesner, 1985).

Tablo 2’de Kaynak Bağımlılığı Kuramı’na yöneltilen başlıca eleştiriler sistematik bir biçimde özetlenmektedir.

Tablo 2. Kaynak Bağımlılığı Kuramına Gelen Eleştiriler

Eleştiri	Açıklama	Kaynak
<i>Güç asimetrisinin ihmal edilmesi</i>	Ampirik çalışmaların büyük bölümü, karşılıklı bağımlılığın olumlu etkilerine odaklanmış; güç asimetrisinin kaynak kontrolü ve örgütsel davranış üzerindeki sınırlayıcı etkilerini yeterince dikkate almamıştır.	Casciaro & Piskorski (2005)
<i>Performans sonuçlarının belirsizliği</i>	Kaynak bağımlılığını azaltmaya yönelik stratejilerin (birleşmeler, ortaklıklar vb.) her zaman örgütsel performansı artırdığına dair tutarlı ampirik kanıtlar bulunmamaktadır.	Hillman vd. (2009)
<i>Kurumsal ve kültürel faktörlerin ihmal edilmesi</i>	Kuram örgütlerin kurumsal baskılar, normlar ve kültürel bağlam içindeki davranışlarını yeterince açıklayamamaktadır.	DiMaggio & Powell (1983)
<i>Bağımlılık türlerinin farklı sonuçlar doğurması</i>	Karşılıklı bağımlılık, taraflara kaynaklara erişim ve bağımlılığı azaltma imkânı sağlarken; asimetrik bağımlılık, zayıf tarafın güçlü tarafa olan bağımlılığını derinleştirmekte ve kaynak kontrolünü zorlaştırmaktadır.	Casciaro & Piskorski (2005)
<i>Kuramsal sınırların net olmaması</i>	Kuramın hangi bağlamlarda daha açıklayıcı olduğu ve sınır koşullarının ne olduğu açık biçimde tanımlanmamıştır.	Casciaro & Piskorski (2005)
<i>Kaynak bağımlılığı ilişkilerinin somutlaştırılmaması</i>	Kuram hasta güvenliği, bağlamında hangi kritik kaynakların söz konusu olduğu, bu kaynakların hangi aktörler tarafından kontrol edildiği ve hastaneler ile bu aktörler arasındaki bağımlılık düzeyinin ne olduğunu açıklamamaktadır.	Alexander (2011)

<i>Aktör motivasyonlarının ihmal edilmesi</i>	Kaynak bağımlılığı ilişkileri içinde yer alan aktörlerin motivasyonları yeterince açıklanmamıştır. Çevrenin “kaynak açısından zengin” olarak tanımlanması, aktörlerin hasta güvenliği konusundaki beklenti ve önceliklerini ortaya koymamaktadır. Bu durum, dış aktörlerin hastaneler üzerinde baskı oluşturup oluşturmayaacağı ya da maliyet gibi alternatif önceliklere yönelip yönelmeyeceği konusunda belirsizlik yaratmaktadır.	Alexander (2011)
---	--	------------------

Not: Yazarlar tarafından derlenmiştir.

Bu eleştiriler, kaynak bağımlılığı kuramının güç ilişkileri, bağımlılık türleri ve bağlamsal faktörler açısından daha bütüncül ve çok boyutlu yaklaşımlarla desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Casciaro & Piskorski, 2005; Dikili, 2014).

2.5. Sağlık Sektöründe Kaynak Bağımlılığı Kuramı

Sağlık kurumları, diğer tüm örgütler gibi, kendilerine özgü fiziksel, teknolojik, kültürel ve sosyal çevre koşullarına uyum sağlamak, daha geniş sistemlerle bütünleşebilmek ve varlıklarını sürdürebilmek amacıyla dış çevreyle etkileşim içinde bulunmak zorundadır (Scott & Davis, 2015; Ansmann vd., 2021). Bu kurumlar da açık sistem yaklaşımı çerçevesinde çevreden çeşitli girdiler temin etmekte, bu girdileri örgütsel süreçler aracılığıyla dönüştürmekte ve sonuçta hizmet çıktıları üretmektedir. Ancak sağlık kurumları, yüksek düzeyde karmaşıklık ve belirsizlik içeren yapıları nedeniyle diğer örgüt türlerinden önemli ölçüde ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin çok aktörlü yapısı ve geniş ürün hizmet yelpazesi, dış çevrenin daha karmaşık hâle gelmesine yol açmakta; bu durum sağlık kurumlarının çevreden temin ettikleri girdilerin çeşitliliğini ve sayısını artırarak dış çevreye olan bağımlılık düzeylerini yükseltmektedir (Conrad vd., 1988; Begun & Kaissi, 2004).

Kaynak bağımlılığı kuramı, örgütsel ortamların kaynaklara erişim stratejilerini nasıl şekillendirdiğini inceleyen en etkili örgütsel kuramlardan biridir (Pfeffer & Salancik, 1978). Bu kuram, daha önce sağlık sektöründe uygulama alanı bulmuştur (Yeager vd., 2014). Birçok ülkede, sağlık reformları finansman ve hizmetlere erişimde değişikliklere sebep olmuştur (Simonet, 2010). Bu sürekli değişimler, sağlık kurumlarının karşılamakla yükümlü oldukları talepleri yeniden şekillendirmekte ve kullanılan kaynakların stratejik önemini daha da artırmaktadır. Örneğin hastaneler ile ayaktan tedavi merkezleri arasında sektörler arası iş birliğini teşvik etmeye yönelik uygulamalar, verimlilik ve hasta değerini artırmayı amaçlamakla birlikte, sağlık kurumlarını giderek daha fazla belirsizlik üreten ve karşılıklı bağımlılığa dayalı ağlar içinde faaliyet göstermeye zorlamaktadır (Ozegowski & Sundmacher, 2012; Ansmann vd., 2021).

Kaynak bağımlılığı kuramına göre, sağlık kurumları çevresel ortamı belirsiz ve öngörülemez olarak algıladıklarında, bu belirsizliği azaltmak ve örgütsel sürekliliği güvence altına almak amacıyla ek ve kritik kaynaklara erişimi artırmaya yönelik stratejiler geliştirmektedirler (Ansmann vd., 2021). Yapılan ampirik çalışmalarda, sağlık kurumlarının özellikle bürokratik yük, zaman kısıtları ve nitelikli insan kaynağına erişim açısından yüksek düzeyde baskı algıladıkları ortaya konulmuştur. Bu tür baskılar, örgütlerin faaliyetlerini sürdürebilmek için ihtiyaç duydukları kritik kaynaklara erişimde yaşanan belirsizliklere işaret etmekte olup, kaynak bağımlılığı kuramında tanımlanan kaynak belirsizliği kavramı ile doğrudan örtüşmektedir (Siegler, Patel & Dine, 2015; Ansmann vd., 2021). Dolayısıyla sağlık kurumları, söz konusu belirsizlikleri azaltabilmek amacıyla dış çevredeki aktörlerle iş birliği geliştirme, kaynak çeşitlendirme ve yönetim temelli stratejilere yönelmektedir (Ansmann vd., 2021). Örneğin, hemşirelik bakım tesislerinde özel bakım birimlerinin ortaya çıkışı kaynak bağımlılığı kuramı çerçevesinde değerlendirildiğinde, kuruluşların çevrelerindeki kritik hasta grupları, finansman kaynakları ve meşruiyet üzerinde kontrol sağlamak ve dışsal belirsizliği azaltmak amacıyla bağımlılık ilişkilerini yeniden yapılandırma çabalarının yansıması olarak görülebilir (Banaszak-Holl, Zinn & Mor, 1996).

Kaynak bağımlılığı teorisi, kaynakları ve belirsizliği ele alan üç çevresel yapıyı ele almaktadır: bolluk, dinamizm ve karmaşıklık. Pfeffer ve Salancik'e (1978) göre çevresel bolluk, bir kuruluş için gerekli kaynakların mevcudiyeti ve bu kaynaklara erişilebilirliği ifade etmektedir. Kırsal bölgelerde faaliyet gösteren hastaneler, sınırlı mali kaynaklar ve nitelikli sağlık çalışanı eksikliği nedeniyle genellikle kaynak kıtlığı olan bir çevrede yer alırken; kentsel hastaneler, insan gücü ve finansal kaynaklara daha kolay erişim sayesinde görece bolluklu ortamlarda faaliyet göstermektedir. Kaynakların zaman içinde değişkenlik gösterebilmesi, kaynak bağımlılığı kuramının kuruluşların çevresel koşullara uyum sağlayacak stratejiler geliştirmesini gerekli kılmaktadır. Bu kapsamda, uzman hekim erişiminin sınırlı olduğu kırsal hastanelerde, teletıp gibi sağlık bilişim teknolojilerine dayalı stratejiler izlenerek kritik kaynaklara erişim güvence altına alınabilmektedir (Yeager vd., 2014).

Çevresel dinamizm, karmaşıklık ve cömertlik, örgütlerin karar alma süreçlerinde karşılaştıkları belirsizliğin temel belirleyicileridir. Arz koşullarındaki ve örgüt dışı faktörlerdeki dalgalanmalar çevrenin dinamikliğini artırarak geleceğe ilişkin öngörülerini zorlaştırırken, çevresel karmaşıklık karar vericilerin sahip olduğu bilginin yeterliliğini sınırlar. Rekabetin ve düzenleyici unsurların artması, karar sonuçlarının tahmin edilmesini güçleştirir. Genel olarak, çevresel cömertliğin azalması ve dinamizm ile karmaşıklığın artması, örgütlerin belirsizlik düzeyini yükseltmektedir (Lawrence & Lorsch, 1967). Kaynak bağımlılığı kuramı, bu belirsizliğin örgütsel stratejiler ve

performans üzerinde belirleyici olduğunu öne sürmektedir. Özellikle sağlık hizmetleri gibi yüksek düzeyde düzenlenen ve hızla değişen sektörlerde, kaynak bağımlılığı kuramı çevresel koşulların örgütsel davranışlar üzerindeki etkisini açıklamada giderek daha önemli hale gelmektedir (Yeager vd., 2014)

SONUÇ

Kaynak Bağımlılığı Kuramı'na göre örgütler, varlıklarını sürdürebilmek ve örgütsel amaçlarını gerçekleştirebilmek için ihtiyaç duydukları finansal kaynaklar, nitelikli insan gücü, ileri teknolojiler, bilgi ve meşruiyet gibi kritik girdileri büyük ölçüde dış çevreden temin etmek zorundadır. Bu durum örgütleri yalnızca çevreleriyle etkileşim içine sokmakla kalmamakta aynı zamanda onları kaçınılmaz biçimde diğer aktörlerle karşılıklı bağımlılık ilişkileri içerisinde yerleştirmektedir. Bu ilişkilerde bağımlılığın düzeyi, söz konusu kaynağın stratejik önemi, kıtlığı, kontrolünün belirli aktörlerde yoğunlaşması ve ikame edilebilirliğinin sınırlı olması gibi unsurlara bağlı olarak şekillenmektedir. Dolayısıyla kritik kaynakları kontrol eden aktörler daha fazla güç elde etmektedir. Bu durum örgütler arası ilişkilerde belirgin güç asimetrisinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Sağlık sektörü, yüksek düzeyde belirsizlik, çok paydaşlı yapı, karmaşık hizmet sunum süreçleri ve yoğun düzenleyici baskılar nedeniyle kaynak bağımlılığı ilişkilerinin en belirgin şekilde gözlemlendiği alanlardan biridir. Hastaneler ve diğer sağlık kurumları, finansman açısından kamu otoritelerine ve sigorta kuruluşlarına, insan kaynağı açısından nitelikli sağlık profesyonellerine, teknoloji açısından tıbbi cihaz ve ilaç üreticilerine, ayrıca düzenleyici çerçeve açısından politika yapıcılara bağımlıdır. Bu çok katmanlı bağımlılık yapısı, sağlık örgütlerinin çevresel belirsizlikleri azaltmak ve kritik kaynaklara erişimi güvence altına almak amacıyla stratejik davranmasını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumları; örgütler arası iş birlikleri geliştirme, stratejik ortaklıklar kurma, simbiyotik ve rekabetçi bütünleşme, ağ yapıları oluşturma, kaynak çeşitlendirme ve politik etkileme gibi çeşitli stratejiler aracılığıyla bağımlılıklarını yönetmeye çalışmaktadır. Özellikle yönetim temelli yaklaşımlar ve ağ ilişkileri, sağlık sistemlerinde koordinasyonu artırarak hem kaynak akışını düzenlemekte hem de hizmet sunumunun sürekliliğini sağlamaktadır. Dolayısıyla kaynak bağımlılığı kuramı, sağlık örgütlerinin yalnızca çevreye uyum sağlamakla kalmayıp aynı zamanda çevreyi etkilemeye yönelik geliştirdikleri stratejik davranışları açıklamada güçlü bir kuramsal çerçeve sunmaktadır.

Kurama yöneltelen eleştiriler, özellikle güç asimetrisinin her zaman dengelenemediğine ve bazı aktörlerin yapısal olarak daha avantajlı konumda bulunduğuna işaret etmektedir. Ayrıca kuramın, aktörlerin motivasyonları, kurumsal baskılar ve bağlamsal faktörler gibi unsurları sınırlı düzeyde ele

alması, açıklayıcılığını belirli ölçüde kısıtlamaktadır. Bu nedenle kaynak bağımlılığı ilişkilerinin daha bütüncül biçimde anlaşılabilmesi için g, çıkar, kurumsal evre ve aktör davranışlarını birlikte ele alan çok boyutlu yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

- Alexander, J. A. (2011). Is hospital patient safety a good candidate for resource dependence and transaction costs explanations?. *Health Care Management Review*, 36(4), 301-302.
- Alexander, J. A., & Wells, R. (2008). How do resource dependencies affect treatment practices? The case of outpatient substance abuse treatment programs. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 65(6), 729-747.
- Ansmann, L., Vennedey, V., Hillen, H. A., Stock, S., Kuntz, L., Pfaff, H., Mannion, R., Hower, K. I., & Cologne Research And Development Network CoRe-Net Study Group, C. R. A. D. N. C. S. G. (2021). Resource dependency and strategy in healthcare organizations during a time of scarce resources: evidence from the metropolitan area of cologne. *Journal of Health Organization And Management*, 35(9), 211-227.
- Astley, W. G., & Fombrun, C. J. (1983). Collective strategy: Social ecology of organizational environments. *Academy of Management Review*, 8(4), 576-587.
- Bacharach, S. B., & Lawler, E. J. (1981). Power and tactics in bargaining. *ILR Review*, 34(2), 219-233.
- Banaszak-Holl, J., Zinn, J. S., & Mor, V. (1996). The impact of market and organizational characteristics on nursing care facility service innovation: A resource dependency perspective. *Health Services Research*, 31(1), 97.
- Begun, J. W., & Kaissi, A. A. (2004). Uncertainty in health care environments: myth or reality? *Health Care Management Review*, 29(1), 31-39.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Casciaro, T., & Piskorski, M. J. (2005). Power imbalance, mutual dependence, and constraint absorption: A closer look at resource dependence theory. *Administrative Science Quarterly*, 50(2), 167-199.
- Conrad, D. A., Mick, S. S., Madden, C. W., & Hoare, G. (1988). Vertical structures and control in health care markets: a conceptual framework and empirical review. *Medical Care Review*, 45(1), 49-101.
- Daft, R. L. (2007). *Organization theory and design* (9th ed.). Thomson South-Western.
- Dalton, D. R., & Kesner, I. F. (1983). Inside/outside succession and organizational size: The pragmatics of executive replacement. *The Academy of Management Journal*, 26(4), 736-742.
- Dalton, D. R., & Kesner, I. F. (1985). Organizational performance as an antecedent of inside/outside chief executive succession: An empirical assessment. *The Academy of Management Journal*, 28(4), 749-762.
- Das, T. K., & Teng, B. S. (2000). A resource-based theory of strategic alliances. *Journal of Management*, 26(1), 31-61.

- Davis, G. F., & Cobb, J. A. (2010). Resource dependence theory: Past and future. *Stanford's Organization Theory Renaissance, 1970–2000*, 28, 21–42.
- Dikili, A. (2014). Örgütlerde güç kavramı: eleştirel yönetim çalışmaları ile kaynak bağımlılığı yaklaşımı'nın bakışlarına dair karşılaştırmalı bir analiz. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 12(23), 141–164.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160.
- Drees, J. M., & Heugens, P. P. (2013). Synthesizing and extending resource dependence theory: A meta-analysis. *Journal of Mmanagement*, 39(6), 1666–1698.
- Emerson, R. M. (1962). Power-dependence relations. *American Sociological Review*, 27(1), 31–41.
- Ezer, N. (2015). *Kaynak bağımlılığı teorisi: Türk bankacılığında sistem, performans ve kaynak olarak insan (2002–2013)*[Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi].
- French, J. R., Raven, B., & Cartwright, D. (1959). The bases of social power. *Studies in Ssocial Ppower*, 150, 167.
- Goldhamer, H., & Shils, E. A. (1939). Types of power and status. *American Journal of Sociology*, 45(2), 171–182.
- Gretzinger, S. (2008). Strategic outsourcing in the german engine building industry: An empirical study based on the resource dependence approach. *Management Revue*, 19(3), 200–228.
- Hillman, A. J., Withers, M. C., & Collins, B. J. (2009). Resource dependence theory: A review. *Journal of Mmanagement*, 35(6), 1404–1427.
- Ivanov, D., & Dolgui, A. (2021). A digital supply chain twin for managing the disruption risks and resilience in the era of Industry 4.0. *Production Planning & Control*, 32(9), 775–788.
- Jacobs, D. (1974). Dependency and vulnerability: An exchange approach to the control of organizations. *Administrative Science Quarterly*, 19(1), 45–59.
- Jones, G. R. (2013). *Organizational Theory, Design and Change* (7th ed.). Pearson.
- Kanter R. M. (1979). Power failure in management circuits. *Harvard Bbusiness Rreview*, 57(4), 65–75.
- Karakulle, İ. (2024). Örgütsel açıdan kaynak bağımlılığı kuramı perspektifinde stratejik halkla ilişkiler üzerine teorik bir inceleme. *Kastamonu İletişim Araştırmaları Dergisi*, (12), 201–218.
- Koca, G. Ş. (2019). Sağlık kurumlarında kaynak bağımlılığı yaklaşımı. Erigüç, G (Ed.), *Sağlık kurumlarında örgüt yapısı ve güncel yönetsel yaklaşımlar* (73–91). Siyasal Kitabevi.
- Korkutan, M., & Işık, Ü. (2021). Kaynak bağımlılığı teorisinin sağlık sektörü açısından değerlendirilmesi. In M. E. Kurt, Ö. Taylan, A. V. Koçal, & O. Tatlıcioğlu (Eds.), *COVID-19 pandemisinin sosyal bilimlerdeki yansımaları* (pp. 69–80).

Astana Yayınları.

- Kreiser, P. & Marino, L. (2002). Analyzing the historical development of the environmental uncertainty construct. *Management Decision*, 40(9), 895-905.
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). *Organization and environment: Managing differentiation and integration*. Harvard University, Division of Research, Graduate School of Business Administration.
- Meydan, C. (2012). Kaynak bağımlılığı kuramı, C. Sözen ve N. Basım. *Örgüt kuramları*. (S. 163-188). Beta Yayın, Ankara.
- Mücevher, M. H. (2021). Örgütlerde simbiyotik yaşam: İşbirlikçiler, sınıtlar ve asallıklar. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi (İKTİSAD)*, 6(15), 172-184.
- Oliver, C. (1990). Determinants of interorganizational relationships: Integration and future directions. *Academy of Management Review*, 15(2), 241-265.
- Ozegowski, S., & Sundmacher, L. (2012). Ensuring access to health care—Germany reforms supply structures to tackle inequalities. *Health Policy*, 106(2), 105-109.
- Pfeffer, J. (1972). Merger as a response to organizational interdependence. *Administrative Science Quarterly*, 382-394.
- Pfeffer, J. (1976). Beyond management and the worker: The institutional function of management. *The Academy of Management Review*, 1(2), 36-46.
- Pfeffer, J. (1981). *Power in Organizations*. Marshfield, MA: Pitman Publishing.
- Pfeffer, J. (1987) A Resource Dependence Perspective on Interorganizational Relations. In: Mizuchi, M.S. and Schwartz, M., Eds., *Intercorporate relations: The structural analysis of business*, Cambridge University Press, Cambridge, 25-55.
- Pfeffer, J. & Salancik, G. R. (2003). *The external control of organizations: A Resource dependence perspective*. Stanford University Press. Pfeffer, J. and Salancik, G.R. (2003) *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. Stanford Business Books, Stanford.
- Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. New York: Harper & Row.
- Provan, K. G., Beyer, J. M., & Kruytbosch, C. (1980). Environmental linkages and power in resource-dependence relations between organizations. *Administrative Science Quarterly*, 200-225.
- Rahim, M. A. (2002). Toward a theory of managing organizational conflict. *International Journal of Conflict Management*, 13(3), 206-235.
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2019). *Organizational behavior* (18th ed.). Pearson.
- Sarkis, J., Zhu, Q. and Lai, K.H. (2011) An Organizational theoretic review of green supply chain management literature. *International Journal of Production Economics*, 130, 1-15.
- Scott, W. R., & Davis, G. F. (2015). *Organizations and organizing: Rational, natural and open systems perspectives*. Routledge.

- Siegler, J. E., Patel, N. N., & Dine, C. J. (2015). Prioritizing paperwork over patient care: Why cCan't wWe dDo bBoth?. . *Journal of Graduate Medical Education*, 7(1), 16–18.
- Simonet D. (2010). Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe: the cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France. *International journal of Hhealth Ccare Qquality Aassurance*, 23(5), 470–488. <https://doi.org/10.1108/09526861011050510>
- Thomas, K. W., & Kilmann, R. H. (1974). *Thomas-Kilman conflict mode instrument*. Xicom.
- Thompson, J. D. (1967). *Oorganizations in action: social science bases of administrative theory*. New York: McGraw-Hill.
- Ulrich, D., & Barney, J. B. (1984). Perspectives in Organizations: Resource Dependence, Efficiency, and Population. *The Academy of Management Review*, 9(3), 471–481.
- Yeager, V. A., Menachemi, N., Savage, G. T., Ginter, P. M., Sen, B. P., & Beitsch, L. M. (2014). Using resource dependency theory to measure the environment in health care organizational studies: a systematic review of the literature. *Health care management review*, 39(1), 50–65.
- Zaccaro, S. J., & Horn, Z. N. (2003). Leadership theory and practice: Fostering an effective symbiosis. *The Leadership Quarterly*, 14(6), 769-806.
- Zengin, M. (2023). Kaynak bağımlılığının örgütlerde rekabet avantajı üzerine etkisi: Kavramsal bir inceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(40), 1472-1491.



TIBBİ SEKRETERLER AÇISINDAN SESSİZ İSTİFANIN ÖNCÜLLERİ VE SONUÇLARI

Simge SAMANCI¹

¹ Dr.Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, ORCID
ID: 0000-0002-1284-381X

1. GİRİŞ

Sessiz istifa kavramı, 2022 yılında sosyal medya paylaşımları ve kısa video içerikleri aracılığıyla geniş kitlelerin dikkatini çekmiş ve kısa sürede çalışma yaşamına ilişkin en çok tartışılan konulardan biri hâline gelmiştir (Marks, 2023). Özellikle çalışanların artan iş talepleri, uzun çalışma saatleri ve yeterince takdir edilmediklerine yönelik algıları, yalnızca görev tanımlarında yer alan sorumlulukları yerine getirmeyi tercih ettikleri yeni çalışma eğilimlerinin ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (Johnson, 2023). Sessiz istifa, çalışanların işlerine devam etmelerine rağmen ek görev ve sorumluluk almaktan kaçınmaları ve işin gerektirdiğinin ötesinde performans sergilememeleriyle ilişkilendirilmektedir (Pevce, 2023). Bunun yanı sıra çalışanların ekip üyelerinden uzaklaşmaları, toplantılara katılmalarına rağmen aktif katılım göstermemeleri (Rocha vd., 2023) ve fiziksel olarak iş yerinde bulunmalarına karşın zihinsel ve duygusal olarak işten uzaklaşmaları olarak değerlendirilmektedir (Atalay & Dağıstan, 2024). Bu bağlamda sessiz istifa, çalışanın işten fiilen ayrılmaması ve görevine devam etmesi nedeniyle gerçek istifa davranışından farklılaşmaktadır.

Kavrama yönelik akademik ilginin artmasıyla birlikte, araştırmacılar sessiz istifayı farklı kuramsal yaklaşımlar çerçevesinde incelemiş, davranışın öncülleri ve sonuçlarını açıklamaya yönelik çeşitli çalışmalar yürütmüşlerdir (Atalay & Dağıstan, 2024; Akça, 2025; Geng vd., 2026; Gürer vd., 2024; Pevce, 2023; Serenko, 2024). Bununla birlikte, sessiz istifa davranışını tıbbi sekreterlik mesleği bağlamında ele alan çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir.

Sessiz istifa davranışının meslek gruplarına göre farklı biçimlerde ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulduğunda yoğun iş yükü altında çalışan tıbbi sekreterler açısından da dikkate alınması gereken bir olgu olduğu değerlendirilmektedir. Bu çalışma, güncel araştırma bulguları ışığında sessiz istifa davranışının tıbbi sekreterlik mesleği açısından olası bireysel ve örgütsel öncülleri ile sonuçlarını değerlendirerek konuya ilişkin bütüncül bir bakış açısı sunmayı amaçlamaktadır.

2. ÖNCÜLLER

Çalışmada sessiz istifa davranışının öncülleri, bireysel ve örgütsel olmak üzere iki temel grupta incelenmiştir.

2.1. Bireysel Öncüller

2.1.1. Psikolojik İyi Oluş

Olumsuz yönetim uygulamalarının bir sonucu olarak çalışanlarda görülen stres ve tükenmişlik, psikolojik iyi oluş düzeyinin azalmasına yol açabilmekte ve azalan psikolojik iyi oluş ise sessiz istifa davranışını teşvik edebilmektedir (Karadas & Çevik, 2025; Xueyun vd., 2023). Priya ve arkadaşlarının (2025) çalışması da çalışan iyi oluşunun sessiz istifa üzerinde anlamlı ve negatif bir

etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, psikolojik iyi oluşun tıbbi sekreterlerin işe yönelik tutum ve davranışları üzerinde etkili olabileceği söylenebilir.

2.1.2. Kişi-İş Uyumu ve Kişi-Örgüt Uyumu

Çalışanların eğitim, deneyim ve becerilerine uygun olmayan, diğer bir ifadeyle kendilerine uygun olmayan görevlerde çalıştırılmaları sessiz istifa davranışının ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (Çalışkan, 2023). Sessiz istifa davranışı bazı çalışanlar açısından mevcut işlerinin beklentileri ile kişisel değerleri, ihtiyaçları ve kariyer hedefleri arasındaki uyumsuzluğa verilen bir tepki olarak değerlendirilmektedir (Dillard vd., 2025). Bu nedenle kişi-iş uyumunun düşük olması, çalışanların işe yönelik motivasyonlarının azalmasına yol açabilmekte, bu durum da sessiz istifa davranışını teşvik edebilmektedir. Benzer şekilde Sirén (2021), çalışanların daha yüksek düzeyde kişi-iş uyumu sağlayabilecekleri kariyer fırsatlarına yönelme eğiliminde olduklarını belirtmektedir.

Ayrıca araştırmalar, çalışanların kendilerine uygun olmayan örgütlerde çalışmalarının da sessiz istifa eğilimlerini artırabildiğini, buna karşılık kişi-örgüt uyumu arttıkça sessiz istifa eğilimlerinin azaldığını göstermektedir (Zhou vd., 2026). Bu durumun, kişi-örgüt uyumunun çalışanların örgütleriyle özdeşleşmelerini ve işlerine yönelik bağlılıklarını güçlendirmesiyle ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir (Udin, 2024).

2.1.3. İş-Aile Çatışması

İş-aile çatışması, iş ve aile rollerinden kaynaklanan taleplerin birbiriyle uyumsuz olması sonucu ortaya çıkan bir rol çatışması olarak tanımlanmaktadır (Greenhaus & Beutell, 1985). İş ve aile yaşamına ilişkin taleplerin aynı anda karşılanmaya çalışılması, çalışanların zaman, enerji ve duygusal kaynaklarını tüketerek stres ve duygusal tükenmişlik düzeylerinin artmasına neden olabilmektedir. Literatürde iş-aile çatışmasının işe yönelik bağlılığın azalması, duygusal tükenmişliğin artması ve işten psikolojik olarak uzaklaşma eğilimi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Ribeiro vd., 2023). Bu durum, çalışanların sahip oldukları sınırlı kaynakları koruyabilmek amacıyla işlerine yönelik gönüllü çaba ve katkılarını azaltmalarına neden olabilmekte, dolayısıyla sessiz istifa davranışına yönelmelerini kolaylaştırabilmektedir.

2.1.4. Tükenmişlik

Araştırmalar, çalışanların yoğun iş talepleri ve sürekli baskı altında çalışmalarının duygusal tükenmişliğe yol açarak sessiz istifa eğilimlerini artırdığını göstermektedir (Hamouche vd., 2023). Lu ve arkadaşları (2023) da tükenmişlik düzeyi ile sessiz istifa eğilimi arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, tükenmişlik yaşayan çalışan-

ların sahip oldukları fiziksel ve psikolojik kaynakları koruyabilmek amacıyla işlerine yönelik çaba ve katılımlarını sınırlandırabildiklerine işaret etmektedir. Bu bağlamda sessiz istifa, çalışanların işle ilgili stres faktörlerine karşı geliştirdikleri bir baş etme mekanizması olarak değerlendirilebilmektedir (Mahand & Caldwell, 2023). Bu nedenle tükenmişlik kavramının, yoğun hasta trafiği ve iletişim süreçlerini yönetmek durumunda olan tıbbi sekreterlerde sessiz istifa davranışının ortaya çıkmasında rol oynayabileceği düşünülmektedir.

2.1.5. İş Tatmini

Literatürde, iş tatmini düzeyi yüksek çalışanların sessiz istifa eğilimlerinin daha düşük olduğu ve iki değişken arasında negatif yönlü bir ilişkinin bulunduğu belirtilmektedir (Kim & Sohn, 2024). Bu durum, iş tatmininin çalışanların psikolojik kaynaklarını desteklemesiyle açıklanabilmektedir. İşlerinden memnuniyet duyan çalışanların işe yönelik motivasyonlarının ve örgütsel bağlılıklarının daha yüksek olabileceği, bunun da işlerinden psikolojik olarak uzaklaşma eğilimlerini azaltabileceği belirtilmektedir (Geng vd., 2026; Xueyun vd., 2024). Bu bağlamda, tıbbi sekreterlerin işlerinden duydukları memnuniyetin işe yönelik motivasyonlarını ve örgütsel süreçlere katılımlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

2.1.6. Düşük Motivasyon

Literatürde sessiz istifa davranışının temelinde, çalışanların işe yönelik motivasyonlarının azalması ve işlerine karşı isteksizlik geliştirmeleri gibi psikolojik süreçlerin yer aldığı ileri sürülmektedir (Yıldız & Özmenekşe, 2024). Motivasyon düzeyindeki azalma, çalışanların işlerine olan bağlılıklarını zayıflatabilmekte ve işten psikolojik olarak uzaklaşmalarına yol açabilmektedir. Bu süreçte çalışanlar, görev tanımlarının ötesinde çaba göstermekten kaçınmakta, ek sorumluluk üstlenmemekte ve yalnızca yerine getirmeleri gereken temel görevleri yerine getirmektedirler (Liu-Lastres vd., 2024). Bu nedenle motivasyon kaybının, tıbbi sekreterleri sessiz istifa davranışına yönelmelerinde etkili olabilecek faktörlerden biri olduğu değerlendirilmektedir.

2.1.7. İş Stresi

Çalışanların algıladıkları iş stresi, sessiz istifa davranışının açıklanmasında dikkate alınabilecek bireysel faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Yüksek düzeyde stres ve tükenmişlik yaşayan çalışanlar, psikolojik iyi oluşlarını korumak ve maruz kaldıkları zihinsel yıpranmayı azaltmak amacıyla sessiz istifa davranışına yönelebilmektedirler (Rocha vd., 2023). Diğer bir ifadeyle sessiz istifa, çalışanların yoğun iş talepleri ve stres karşısında geliştirdikleri bir baş etme mekanizması olarak değerlendirilebilmektedir (Arar vd., 2023; Hamouche vd., 2023). Bu bağlamda, iş stresinin tıbbi sekreterlerde sessiz istifa davranışının anlaşılmasında dikkate alınabilecek bireysel faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir.

2.1.8. İş-Yaşam Dengesi

İş-yaşam dengesinin bozulması, çalışanların sessiz istifa davranışına yönelmelerinde etkili olabilecek önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Aydın ve arkadaşları (2022), çalışanların bozulan iş-yaşam dengelelerini yeniden kurmak amacıyla sessiz istifa davranışına yönelebildiklerini belirtmiştir. Benzer şekilde Fathulaela ve arkadaşları (2025) da iş ve özel yaşam arasında sağlıklı bir dengenin kurulmasının sessiz istifa davranışını azaltmada önemli bir rol oynadığını ve bu etkinin bazı durumlarda tükenmişlikten daha belirleyici olabileceğini ileri sürmüştür. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, iş-yaşam dengesinin sessiz istifa davranışının açıklanmasında dikkate alınması gereken önemli değişkenlerden biri olduğu söylenebilir.

2.1.9. Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılığın, sessiz istifa davranışını azaltan önemli bireysel kaynaklardan biri olduğu değerlendirilmektedir. Bircan ve Karaman (2025), hemşireler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada psikolojik dayanıklılık ile sessiz istifa arasında negatif yönlü bir ilişki bulunduğunu, Moisoglou ve arkadaşları (2025) ise psikolojik dayanıklılığın sessiz istifa riskini azaltan koruyucu bir mekanizma olarak işlev görebileceğini ileri sürmektedir. Bu durum, psikolojik dayanıklılığı yüksek çalışanların iş yaşamında karşılaştıkları stres ve zorluklarla daha etkili şekilde başa çıkabilmeleri ve bu nedenle sessiz istifa davranışına daha az eğilim göstermelerleriyle açıklanabilir. Bu doğrultuda, elde edilen bulguların tıbbi sekreterler açısından da yol gösterici olabileceği düşünülebilir.

2.1.10. Psikolojik Sermaye

Literatürde psikolojik sermayenin sessiz istifa üzerinde anlamlı ve negatif yönde etkisinin bulunduğu, diğer bir ifadeyle çalışanların psikolojik sermaye düzeyleri arttıkça sessiz istifa eğilimlerinin azaldığı belirtilmektedir (Bircan & Karaman, 2025; Kaptangil & Korkmaz, 2025). Bu durumun, psikolojik sermayesi yüksek çalışanların işlerine yönelik daha olumlu tutumlar geliştirmeleri, örgüte gönüllü katkı sağlama eğilimlerinin artması ve iş yaşamında karşılaştıkları zorluklarla daha etkili biçimde başa çıkabilmeleriyle ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir.

2.1.11. İşe Adanmışlık

Gürer ve arkadaşları (2024), işe adanmışlık düzeyindeki azalmanın çalışanların işlerine yönelik gönüllü çaba ve katkılarının sınırlandırılmasına yol açarak sessiz istifa davranışını teşvik edebileceğini ileri sürmektedir. Benzer şekilde Siwela ve Tebele (2026), işe adanmışlık düzeyi yüksek çalışanların işlerine daha fazla enerji, bağlılık ve yoğunlaşma göstermeleri nedeniyle sessiz istifa davranışına daha az eğilim gösterdiklerini belirtmektedir. Bu bulgular doğrultusunda işe adanmışlık, sessiz istifa davranışının açıklanmasında dikkate

alınması gereken önemli bireysel faktörlerden biri olarak değerlendirilebilir. Benzer şekilde Akça (2025) da işe adanmışlığı sessiz istifa üzerinde etkili olan öncüller arasında göstermiştir.

2.1.12. İşe Yabancılaşma

Çalışanın işinden psikolojik olarak uzaklaşmasını ifade eden işe yabancılaşma, sessiz istifanın önemli öncüllerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Çalışanların işlerini anlamsız bulmaları ve örgüte yönelik aidiyet duygularının zayıflamasının örgütsel yabancılaşmayı artırabileceği, artan yabancılaşmanın ise çalışanların işlerine olan bağlılık ve sorumluluk duygularını zayıflatarak sessiz istifa davranışı sergilemelerine yol açabileceği öne sürülmüştür (Çoban, 2026). Benzer şekilde, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli görevler üstlenen tıbbi sekreterlerin yaptıkları işin değerini yeterince hissedememeleri veya örgütsel süreçlerden uzaklaştıklarını düşünmeleri durumunda, işe yabancılaşma yaşayabilecekleri ve bunun da sessiz istifa davranışının ortaya çıkmasında rol oynayabilecek faktörlerden biri olabileceği söylenebilir.

2.1.13. Duygusal Emek ve Duygusal Zekâ

Sürekli duygu düzenleme gerektiren iş ortamlarında duygusal emek, çalışanların mevcut psikolojik kaynaklarını tüketebilmekte ve buna karşılık duygusal zekâ, bireylerin bu taleplerle daha etkili biçimde başa çıkmalarını sağlayan önemli bir kişisel kaynak olarak işlev görebilmektedir (Alimmah, 2026). Bu kapsamda çalışanların kalan psikolojik ve duygusal kaynaklarını korumak amacıyla işlerine yönelik çaba ve katılımlarını azaltarak sessiz istifa davranışına yönelebilecekleri değerlendirilmektedir (Maheshwari, 2026). Bu bulgular, sessiz istifa davranışının çalışanların duygusal kaynakları ve duygu yönetimi becerileriyle de ilişkili olabileceğini göstermektedir.

2.2. Örgütsel Öncüller

2.2.1. Sistem Temelli Örgütsel Öncüller

2.2.1.1. Örgüt Kültürü

Örgüt kültürü, çalışanların işe ve örgüte yönelik tutumlarını şekillendiren önemli örgütsel unsurlardan biridir. Literatürde iş yerindeki olumsuz kültürel özelliklerin ve destekleyici olmayan çalışma ortamlarının sessiz istifa davranışını artırabildiği belirtilmektedir (Ülkü & Solmaz, 2025). Özellikle çalışanların kendilerini değerli hissetmedikleri, yeterince desteklenmedikleri ve adil olmayan uygulamalarla karşılaştıkları örgütlerde sessiz istifa davranışının daha yaygın görüldüğü ifade edilmektedir (Mahand & Caldwell, 2023). Bu bağlamda, örgüt kültürünün tıbbi sekreterlerin işe ve örgüte yönelik tutumlarını da etkileyebileceği düşünülmektedir.

2.2.1.2. Düşük Ücret ve Ödül Yetersizliği

Çalışanların çabalarının takdir edilmesi ve adil ücretlendirme uygulamalarının benimsenmesi, sessiz istifa davranışının azaltılmasına ve motivasyonu yüksek çalışanların örgütte tutulmasına katkı sağlayabilmektedir (Liu-Lastres vd., 2024). Özellikle asgari ücretle çalışanların toplam istihdam içerisindeki oranının yüksek olduğu ülkelerde, ücretlerden duyulan memnuniyetsizliğin sessiz istifa davranışıyla ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Çalışkan, 2023). Bu bağlamda ücret ve ödüllendirme sistemlerinin çalışanların emeklerinin karşılığını aldıklarına ilişkin algılarını etkilediği, bu algının da işe yönelik motivasyon ve bağlılık üzerinde belirleyici olabileceği söylenebilir.

2.2.1.3. Kariyer Gelişim Fırsatlarının Sınırlı Olması

Örgüt içerisinde kariyer gelişim fırsatlarının sınırlı olması, çalışanların mesleki gelişim ve ilerleme beklentilerinin karşılanamamasına neden olarak sessiz istifa davranışına zemin hazırlayabilmektedir (Lu vd., 2023). Diğer taraftan, kariyer geliştirme fırsatları ve mesleki eğitim uygulamalarının çalışanların işlerine yönelik ilgilerini ve mesleki kimliklerini güçlendirerek sessiz istifa davranışını azaltabileceği belirtilmektedir (Pevce, 2023). Bu doğrultuda, tıbbi sekreterlerin mesleki gelişimlerini destekleyen eğitim, sertifika ve kariyer ilerleme olanaklarının yetersiz olmasının işe yönelik motivasyonlarını etkileyebileceği ve sessiz istifa davranışının anlaşılmasında dikkate alınabilecek örgütsel faktörlerden biri olduğu söylenebilir.

2.2.1.4. İş Yükü Fazlalığı

Artan iş yükü ve çalışanlardan beklenen yoğun çalışma temposu, çalışanların işe yönelik motivasyonlarını azaltarak sessiz istifa eğilimlerini güçlendirebilmektedir (Hamouche vd., 2023). Çalışanların sahip oldukları zaman ve enerji kaynaklarını aşan taleplerle karşı karşıya kalmalarının, işe yönelik gönüllü katkılarını sınırlandırmalarına ve yalnızca temel görevlerini yerine getirmeye yönelmelerine neden olabileceği düşünülmektedir. Sağlık kurumlarında hasta ve hasta yakınlarıyla sürekli iletişim halinde olan tıbbi sekreterler de yoğun ve karmaşık iş yükü nedeniyle stres yaşayabilmektedirler (Saman- ci, 2025). Bu nedenle iş yükünün, tıbbi sekreterlerde sessiz istifa davranışının açıklanmasında dikkate alınabilecek örgütsel öncüllerden biri olduğu düşünülmektedir.

2.2.1.5. İş Güvencesizliği

İş güvencesizliği, çalışanların mevcut istihdamlarının sürekliliği ve istikrarına yönelik algıladıkları tehdit olarak tanımlanmaktadır (Shoss, 2017). Literatürde iş güvencesizliğinin çalışanların iş yerindeki refahını azaltarak sessiz istifa davranışı gösterme olasılığını artırabildiği belirtilmektedir (Lu vd., 2023). İşlerini veya sahip oldukları çalışma koşullarını kaybetme kaygısı

yaşayan çalışanların işe yönelik motivasyonlarının ve örgütsel bağlılıklarının azalabileceği, bunun da sessiz istifa davranışına zemin hazırlayabileceği düşünülebilir. Bu bağlamda, iş güvencesizliğinin tıbbi sekreterlerde sessiz istifa davranışının açıklanmasında dikkate alınabilecek örgütsel öncüllerden biri olduğu söylenebilir.

2.2.1.6. Rol Belirsizliği ve Rol Çatışması

Literatürde rol belirsizliği ve rol çatışmasının çalışanların iş memnuniyetini azaltan önemli stres kaynakları olduğu belirtilmektedir (Singh vd., 2025). Çalışanların rollerini daha net algıladıklarında ve işlerinden memnuniyet duyduklarında işlerinden psikolojik olarak uzaklaşma eğilimlerinin azaldığı ifade edilmektedir (Singh vd., 2025; Maheshwari, 2026). Bu doğrultuda rol belirsizliğini ve rol çatışmasının, çalışanların işe yönelik tutumlarını olumsuz etkileyerek sessiz istifa davranışına zemin hazırlayabilecek örgütsel öncüller olduğu söylenebilir. Sağlık kurumlarında tıbbi sekreterlerin görev ve sorumluluklarının net biçimde tanımlanmamasının rol belirsizliğine ve rol çatışmasına yol açabileceği düşünülmektedir.

2.2.1.7. Cam Tavan Sendromu

Literatürde cam tavan sendromunun, çalışanların sessiz istifa eğilimleriyle ilişkili olabileceği ve bu eğilimi artırabilen önemli örgütsel faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir (Priya & Sreejith, 2025; Özçatal, 2025). Özellikle kadın çalışanların kariyer ilerlemelerinin yapısal engeller nedeniyle sınırlandığını düşünmeleri, adaletsizlik algısı, tükenmişlik ve aidiyet kaybı yaşayarak sessiz istifa davranışına yönelebilmelerine neden olabilmektedir (Özçatal, 2025). Bu bağlamda cam tavan sendromu algısının, çalışanların örgüte yönelik bağlılık ve motivasyonlarını zayıflatarak sessiz istifa davranışını teşvik edebileceği düşünülmektedir. Kadın mesleği olarak tanımlanan mesleklerden biri olan tıbbi sekreterlikte de (Ulutaş, 2011), kariyer gelişimi ve yükselme olanaklarının sınırlandırılmasına yönelik algıların çalışanların işe yönelik tutumlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

2.2.2. Liderlik ve Yönetim Temelli Örgütsel Öncüller

2.2.2.1. Liderlik Tarzları

Araştırmalar, olumsuz yönetim uygulamalarının ve yetersiz liderlik davranışlarının çalışanların sessiz istifa eğilimlerini artırabildiğini göstermektedir (Moisoglou vd., 2025). Bu bağlamda, otantik liderlik (Oktan & Gürer, 2026) ve insan odaklı liderlik (Saygılı & Avcı, 2023) gibi olumlu liderlik yaklaşımlarının sessiz istifa davranışını azaltabildiği, buna karşın toksik liderlik (Tohum, 2026), karanlık liderlik (Bakan vd., 2025), yöneticilerin temel liderlik sorumluluklarını yerine getirememeleri (Mahand & Caldwell, 2023) ve kötü yönetim uygulamalarının (Aydın & Levent, 2025) çalışanların sessiz istifa eğilimlerini artırabildiği belirtilmektedir.

2.2.2.2. Algılanan Örgütsel Adalet

Çalışanların emeklerinin karşılığını alamadıklarını düşünmeleri ve örgütsel adalet algılarının zayıflaması, sessiz istifa davranışının ortaya çıkmasına katkıda bulunabilmektedir (Arar vd., 2023; Cashion, 2024). İş yerinde adaletsizlik algısının yaygınlaşması, çalışanların işe yönelik gönüllü çabalarını azaltarak yalnızca görev tanımlarında yer alan sorumlulukları yerine getirmelerine neden olabilmektedir (Atalay & Dağıstan, 2024; Xueyun vd., 2023). Diğer taraftan yönetim uygulamalarında adalet ve tutarlılığın sağlanamaması, çalışanların yönetime duydukları güveni zedeleyerek işe olan bağlılıklarını azaltabilmekte ve sessiz istifa davranışına zemin hazırlayabilmektedir (Çalışkan, 2023). Bu bağlamda, örgütsel adalet algısının tıbbi sekreterlerin işe ve örgüte yönelik tutumlarını da etkileyebileceği düşünülebilir.

2.2.2.3. Algılanan Örgütsel Destek

Algılanan örgütsel destek, sessiz istifa davranışının ortaya çıkmasında etkili olabilecek liderlik ve yönetim temelli örgütsel öncüllerden biri olarak değerlendirilmektedir. Lu ve arkadaşları da (2023), yaptıkları çalışmalarında örgütsel destek eksikliğinin çalışanların iş yerindeki refahını azaltarak sessiz istifa davranışı gösterme olasılığını artırabildiğini belirtmiştir. Bu durum, çalışanların örgüt tarafından yeterince desteklenmediklerini düşündüklerinde işlerine yönelik gönüllü katkılarını azaltmaları ve örgütsel süreçlerden uzaklaşmalarıyla ilişkili olabilir. Bu bağlamda algılanan örgütsel desteğin, sağlık kurumlarında görev yapan tıbbi sekreterlerin sessiz istifa davranışlarının anlaşılmasında dikkate alınabilecek önemli örgütsel faktörlerden biri olduğu değerlendirilmektedir.

2.2.2.4. Yönetici Desteği

Çalışanların bilgi, beceri ve yetkinliklerini ortaya koymalarına olanak tanıyan yönetsel desteğin yetersiz olması ve kendilerini kısıtlanmış hissetmeleri, sessiz istifa davranışını tetikleyebilmektedir (Çalışkan, 2023). Benzer şekilde Moisoglou ve arkadaşları (2025) da kötü yönetim uygulamalarının çalışanların sessiz istifa eğilimlerini artırabildiğini ortaya koymuştur. Bu durum, özellikle tıbbi sekreterlerin yöneticilerinden yeterli destek görmediklerinde örgütsel süreçlerden uzaklaşmaları ve işe yönelik gönüllü katkılarını azaltmalarıyla açıklanabilir.

2.2.2.5. Örgütsel Güven

Örgütsel güven, sessiz istifa davranışının ortaya çıkmasında etkili olabilecek bir diğer liderlik ve yönetim temelli örgütsel öncüllerden biri olarak değerlendirilmektedir. Çalışkan (2023), da çalışmasında iş yerinde iletişim eksikliği ve şeffaflığın sağlanamamasının çalışanlarda güvensizlik ve belirsizlik algısı oluşturarak sessiz istifa davranışına zemin hazırlayabildiğini belirtmiştir. Bu

bağlamda örgütsel güvenin, sağlık kurumlarında görev yapan tıbbi sekreterlerin sessiz istifa davranışlarının anlaşılmasında dikkate alınabilecek örgütsel faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir.

2.2.2.6. Örgütsel Bağlılık

Çalışanların örgütlerine duydukları bağlılığın azalması, sessiz istifa davranışının ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Atalay ve Dağıstan (2024), örgütsel bağlılığı düşük olan çalışanların iş tanımlarında belirtilen görevleri asgari düzeyde yerine getirdiklerini, ek sorumluluk almaktan kaçındıklarını ve örgütsel amaçlara yönelik gönüllü katkılarını azalttıklarını belirtmiştir. Bu durum, çalışanların kendilerini örgütün bir parçası olarak görme düzeylerinin azalması ve örgüte kurdukları duygusal bağın zayıflamasıyla ilişkili olabilir. Bu bulgular, örgütsel bağlılığın tıbbi sekreterlerin işe yönelik tutum ve davranışlarının şekillenmesinde önemli bir rol oynayabileceğine işaret etmektedir.

2.2.2.7. Örgütsel Sinizm

Artan sinizm, çalışanların örgüte ilişkin olumlu algılarını, aidiyet duygularını ve gönüllü çaba gösterme eğilimlerini olumsuz etkileyerek sessiz istifa davranışı sergileme olasılıklarını artırabilmektedir (Saklan vd., 2026). Literatürde de örgütsel sinizm ile sessiz istifa arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunduğu belirtilmektedir (Ülkü & Solmaz, 2025). Benzer şekilde Avcı (2023), çalışanların örgütsel sinizm algıları arttıkça sessiz istifa eğilimlerinin de arttığını ortaya koymuştur. Bu durum, çalışanların örgüte yönelik olumlu tutumlarının zayıflaması ve örgütsel amaçlara katkı sağlama isteklerinin azalmasıyla açıklanabilmektedir. Özellikle tıbbi sekreterlerin örgütlerine yönelik olumsuz algı ve değerlendirmelerinin artmasının, sessiz istifa davranışını etkileyebilecek unsurlardan biri olduğu söylenebilir.

2.2.2.8. Mobbing

Sessiz istifa davranışının ortaya çıkmasında etkili olabilecek bir diğer faktörün mobbing (psikolojik taciz) olduğu değerlendirilmektedir. Gözlu (2023) çalışmasında, mobbingin çözüme kavuşturulamadığı durumlarda çalışanların olumsuz etkilerden korunmak amacıyla sessiz istifa davranışına yönelebildiklerini belirtmiştir. Bu durum, çalışanların maruz kaldıkları olumsuz davranışlarla başa çıkabilmek amacıyla işlerine yönelik çaba ve katılımlarını sınırlandırmalarıyla ilişkili olabilir. Başlangıçta geçici bir başa çıkma yöntemi olarak ortaya çıkan sessiz istifa davranışı, zamanla gerçek istifaya dönüşebilmektedir.

3. SONUÇLAR

Çalışmada, sessiz istifa davranışının sonuçları bireysel ve örgütsel olmak üzere iki temel grupta ele alınmıştır.

3.1. Bireysel Sonuçlar

3.1.1. İş Tatmini

Sessiz istifa davranışı, çalışanların işlerine yönelik psikolojik bağlılıklarının azalmasına ve yalnızca görev tanımlarında yer alan temel sorumlulukları yerine getirmelerine yol açabilmektedir (Gonsiorowska & Zięba, 2023). Çalışanların işlerine yönelik gönüllü çaba ve katılımlarını sınırlandırmaları, zamanla işlerinden elde ettikleri memnuniyet duygusunun zayıflamasıyla ilişkilendirilebilir. Bu bağlamda sessiz istifanın çalışanların işe yönelik olumlu tutumlarını zayıflatılabildiği ve iş tatmini düzeylerini olumsuz yönde etkileyebildiği belirtilmektedir (Kim & Sohn, 2024). Her ne kadar sessiz istifa davranışı iş-yaşam dengesini korumaya yönelik bir yaklaşım olarak değerlendirilebilse de (Dominique-Ferreira vd., 2023), çalışanların işlerinden aldıkları tatmin düzeyinde azalmayla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

3.1.2. İşten Ayrılma Niyeti

Sessiz istifa davranışının tıbbi sekreterler açısından ilişkili olabileceği diğer bir sonuç, işten ayrılma niyetidir. Sessiz istifa davranışı, çalışanların işlerine yönelik çaba ve bağlılık düzeylerinin zamanla azalması ile uzun vadede işten ayrılma niyetlerinin artmasına ve nihayetinde gerçek istifa davranışına yönelmelerine neden olabilmektedir (Aydın & Levent, 2025). Özellikle çalışanların yeterince desteklenmediği ve olumsuz çalışma koşullarının hâkim olduğu ortamlarda sessiz istifa, mevcut durumla başa çıkabilmek ve kendilerini koruyabilmek amacıyla geliştirilen bir strateji olarak ortaya çıkabilmektedir (Moisoglou vd., 2025).

3.1.3. Psikolojik İyi Oluş

Literatürde sessiz istifanın, çalışanların iş ve özel yaşam sınırlarını belirginleştirerek psikolojik iyi oluşlarını korumalarına katkı sağlayabileceği belirtilmektedir (Dominique-Ferreira vd., 2023). Bazı araştırmalar, sessiz istifa davranışının zamanla psikolojik iyi oluş üzerinde olumlu etkiler gösterebileceğini ve çalışanlar tarafından iş-yaşam dengesini destekleyen bilinçli bir strateji olarak benimsenebildiğini ileri sürmektedir (Aydın & Levent, 2025; Harris, 2025). Bu doğrultuda, sessiz istifanın belirli koşullar altında tıbbi sekreterlerin psikolojik iyi oluşlarını da destekleyebileceği değerlendirilmektedir.

3.1.4. Motivasyonda Düşüş

Sessiz istifa, çalışanların işlerine yönelik motivasyonlarının azalması, örgütsel süreçlerden psikolojik olarak uzaklaşmaları ve yalnızca temel görevle-

rini yerine getirmeleri ile karakterize edilen karmaşık bir davranış örüntüsü olarak değerlendirilmektedir (Çelik & Kaya, 2025). Benzer şekilde Ambarwati ve Sutisna (2026) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da sessiz istifanın çalışan performansı üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı, buna karşın iş motivasyonu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hasta ve hasta yakınlarıyla sürekli iletişim hâlinde olmaları ve yoğun iş temposu içerisinde çalışmaları nedeniyle, tıbbi sekreterlerde sessiz istifa davranışının çalışanların motivasyonlarında, azalmaya yol açabileceği düşünülmektedir.

3.1.5. Kişi-Örgüt Uyumu

Kişi-örgüt uyumunun azalması, sessiz istifa davranışının önemli sonuçlarından biri olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda, Karayaman (2023) sessiz istifa davranışının kişi-örgüt uyumu üzerinde olumsuz bir etkisinin bulunduğunu belirlemiştir. Bu bulgu, sessiz istifa davranışının çalışan ile örgüt arasındaki uyumu olumsuz etkileyebileceğine işaret etmektedir. Diğer taraftan, tıbbi sekreterler açısından kişi-örgüt uyumunun örgütsel bağlılığın desteklenmesinde önemli bir unsur olabileceği düşünülmektedir.

3.2. Örgütsel Sonuçlar

3.2.1. Sosyal İlişkiler Temelli Örgütsel Sonuçlar

3.2.1.1. İş Arkadaşlarıyla İlişkilerin Zayıflaması

Sessiz istifa davranışının sosyal ilişkiler temelli örgütsel sonuçlarından biri, çalışanlar arasındaki ilişkilerin zayıflamasıdır. Sessiz istifanın çalışanlar arasındaki ilişkileri olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (Stefańska & Gaweł, 2024). Harris (2025) ise sessiz istifanın çalışanlar açısından arkadaş kaybı, dışlanma ve sosyal ilişkilerde zayıflama gibi sonuçlara yol açabileceğini ortaya koymuştur. Hasta bakım ve hizmet süreçlerinin ekip çalışmasına dayalı yapısı dikkate alındığında, tıbbi sekreterlerde iş arkadaşlarıyla ilişkilerin zayıflamasının kurum içi iletişim, koordinasyon ve hizmet sunum süreçlerinde aksamalara neden olabileceği değerlendirilmektedir.

3.2.1.2. Yönetici ve Çalışan Arasındaki İlişkilerin Zayıflaması

Sessiz istifa davranışının çalışan ve yönetici arasındaki ilişkileri de olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (Aydın & Levent, 2025). Sessiz istifaya karşılık olarak yöneticilerin çalışanlara yönelik daha katı ve hoşgörüsüz tutumlar sergileyebildikleri, çalışanların terfilerini erteleyebildikleri, yapıcı olmayan geri bildirimler verebildikleri ve iş yüklerini artırabildikleri ifade edilmektedir (Gürer vd., 2024; Karadas & Çevik, 2024). Bu tür uygulamalar sessiz işten çıkarma davranışları kapsamında değerlendirilmekte olup çalışanların yöneticilerine duydukları güveni ve örgütsel ilişkileri olumsuz etkileyebilmektedir (Anand vd., 2024). Bu durum, sessiz istifa ile sessiz işten çıkarma davranışlarının birbirini tetikleyebilen süreçler olabileceğine işaret etmektedir.

3.2.2. Sistem Temelli Örgütsel Sonuçlar

3.2.2.1. İş Performansında Düşüş

Sessiz istifa, bireyin temel iş sorumluluklarını yerine getirirken beklenen performans düzeyinin üzerine çıkmaması ve gerekli olanın ötesinde çaba göstermemesiyle ilişkili bir iş davranışı olarak değerlendirilmektedir (Scheyett, 2023). Bu nedenle sessiz istifa davranışının çalışan performansını olumsuz etkileyebileceği ve örgütler açısından çeşitli zararlı sonuçlara yol açabileceği belirtilmektedir (Lestari vd., 2024). Sağlık hizmetlerinin sunumunda kritik rol üstlenen tıbbi sekreterlerin sessiz istifa davranışı sergilemelerinin, iş performanslarını ve hizmet sunum süreçlerinin etkinliğini olumsuz etkileyebileceği değerlendirilmektedir.

3.2.2.2. Verimlilik Kaybı ve İş Kalitesinde Düşüş

Sistem temelli örgütsel sonuçlardan bir diğeri verimlilik kaybı diğer bir ifadeyle iş kalitesinde düşüş yaşanmasıdır. Sessiz istifanın verimlilik düzeylerinde azalma ve iş kalitesinde düşüş ile ilişkilendirildiği, buna bağlı olarak örgütlerin etkinliği ve işleyişinin zarar görebileceği belirtilmektedir (Pevce, 2023; Karrani vd., 2024). Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli görevler üstlenen tıbbi sekreterlerin sessiz istifa davranışı sergilemelerinin, idari işleyişin etkinliğini ve sunulan sağlık hizmet süreçlerinin koordinasyonunu olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

3.2.2.3. Örgütsel Vatandaşlık Davranışında Azalma

Örgütsel vatandaşlık davranışında azalma, sessiz istifanın bir diğer sistem temelli örgütsel sonucudur. Çalışanların biçimsel görev tanımlarının ötesine geçen davranışlardan kaçınmaları ve örgüte yönelik gönüllü katkılarını sınırlandırmaları sessiz istifa davranışının temel özellikleri arasında yer almaktadır (Atalay & Dağistan, 2024). Bu bağlamda, sessiz istifa davranışının örgütsel vatandaşlık davranışlarının sergilenme düzeyini azaltabileceği değerlendirilmektedir. Buna paralel olarak, sessiz istifa davranışı sergileyen bireylerin biçimsel iş tanımlarının ötesine geçen davranışları göstermeye daha az eğilimli oldukları belirtilmektedir (Klotz & Bolino, 2022).

3.2.2.4. Örgütsel Bağlılıkta Azalma

Literatürde sessiz istifa davranışı sergileyen çalışanların işe ve örgüte yönelik psikolojik bağlılık düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Anand vd., 2024). Benzer şekilde, sessiz istifanın örgütsel bağlılığı azaltarak çalışanların örgüte yönelik aidiyet duygularını zayıflatabileceği ifade edilmektedir (Dominique-Ferreira vd., 2023). Tıbbi sekreterlerde de örgütsel bağlılığın azalmasının, kuruma aidiyet duygusunu ve hizmet sunum süreçlerine aktif katılımı olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

3.2.2.5. Olumsuz Örgüt Kültürü

Sessiz istifa davranışının sağlık kurumlarındaki bir diğer sonucu, örgüt kültürü üzerinde yaratabileceği olumsuz etkilerdir. Çalışanların örgütsel amaçlara yönelik gönüllü katkılarının azalması, iş birliği ve iletişim süreçlerinin etkinliğini olumsuz etkileyebilmektedir (Aydın & Levent, 2025). Özellikle tıbbi sekreterlerin sessiz istifa davranışı sergilemeleri, ekip içi koordinasyonu ve hizmet süreçlerinin etkinliğini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda Boy ve Sürmeli (2023), sessiz istifa eğiliminin sağlık kurumlarında toksik bir örgüt kültürünü tetikleyerek hizmet kalitesini olumsuz etkileyebileceğini belirtmektedir. Bu nedenle sessiz istifa, sağlık kurumlarında örgüt kültürünün sürdürülebilirliği açısından önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.

3.2.2.6. Psikolojik Geri Çekilme

Psikolojik geri çekilme, sessiz istifa davranışının önemli sonuçlarından biri olarak değerlendirilmektedir. Cashion (2024), sessiz istifayı çalışanların aşırı emek beklentileri ve karşılıksız çaba algısı karşısında, geliştirdikleri psikolojik geri çekilme ve sınır koyma davranışı olarak tanımlamıştır. Diğer bir ifadeyle, çalışanların emeklerinin yeterince karşılık bulmadığını ve çeşitli nedenlerle sınırlandırıldıklarını algıladıkları durumlarda, örgütten tamamen ayrılmak yerine sessiz istifa davranışı sergileyerek işlerine yönelik psikolojik olarak geri çekilmeyi tercih edebilecekleri ileri sürülmüştür (Aydın & Levent, 2025).

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma kapsamında sessiz istifa davranışının bireysel ve örgütsel öncülleri ile olası sonuçları, güncel literatür doğrultusunda tıbbi sekreterlik mesleği bağlamında değerlendirilmiştir. İncelenen çalışmalar, sessiz istifa davranışının farklı meslek gruplarında giderek daha fazla araştırıldığını, ancak tıbbi sekreterlerde bu konuyu doğrudan ele alan çalışmaların oldukça sınırlı olduğunu göstermektedir. Literatür bulguları, sessiz istifa davranışının sağlık hizmetlerinin etkinliği ve sürekliliği üzerinde çoğunlukla olumsuz sonuçlar doğurabileceğine işaret etmektedir. Bununla birlikte, bazı çalışanlar açısından sessiz istifa davranışının psikolojik iyi oluşun korunmasına ve iş-yaşam sınırlarının yeniden düzenlenmesine katkı sağlayabileceği de göz ardı edilmemelidir. Bu doğrultuda, gelecekte tıbbi sekreterlerde sessiz istifa davranışının yaygınlığı, belirleyicileri ve sağlık hizmetlerinin etkinliği üzerindeki etkilerinin nicel ve nitel araştırmalarla incelenmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Akça, C. (2025). Sessiz İstifanın Anatomisi: Teorik Temeller, Öncüller ve Sonuçlar. *Journal of Organizational Behavior Review*, 7(2), 251-269.
- Alimmah, B. B., Adawiyah, W. R., & Wulandari, S. Z. (2026). The effect of emotional labour on quiet quitting among millennials and Gen Z: burnout and EI roles. *International Journal of Organizational Analysis*, 1-24.
- Ambarwati, W. S., & Sutisna, D. (2026). Analysis of The Effect of Quiet Quitting and Competence on Employee Performance With Work Motivation As A Mediating Variable Among Generation Z Employees. *International Journal of Science and Environment (IJSE)*, 6(1), 237-248.
- Anand, A., Doll, J., & Ray, P. (2024). Drowning in silence: a scale development and validation of quiet quitting and quiet firing. *International Journal of Organizational Analysis*, 32(4), 721-743.
- Arar, T., Çetiner, N. & Yurdakul, G. (2023). Sessiz İstifa: Kapsamlı Bir Teorik Çerçeve Oluşturma. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 15(28), 122-138.
- Atalay, M., & Dağıstan, U. (2024). Quiet quitting: a new wine in an old bottle?. *Personnel Review*, 53(4), 1059-1074.
- Avcı, N. (2023). Örgütsel sinizm, örgütsel sessizlik, işte sözde var olma ve sessiz istifa arasındaki ilişkiler: İstanbul Maltepe Belediyesi örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(39), 968-989.
- Aydın, E., Azizoğlu, Ö., Aydın, E., & Azizoğlu, Ö. (2022, October). A new term for an existing concept: Quiet quitting—a selfdetermination perspective. Paper presented at the International Congress on Critical Debates in Social Science (pp. 285-295).
- Aydın, M., & Levent, A. F. (2025). This Is Not Me! How Quiet Quitting Becomes Real Resignation?. *Psychology in the Schools*, 62(10), 3804-3819.
- Bakan, İ., Erşahan, B., & Demir, S. (2025). Karanlık Liderlik ve Bilgi İfşasının Sessiz İstifaya Etkisi Üzerine Bir Alan Çalışması. *GAB Akademi*, 5(2), 135-146.
- Bircan, H., & Karaman, M. (2025). Hemşirelerde Psikolojik Sermayenin Sessiz İstifa Üzerindeki Etkisi. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 11(2), 141-150.
- Boy, Y., & Sürmeli, M. (2023). Quiet quitting: A significant risk for global healthcare. *Journal of Global Health*, 13, 03014.
- Cashion, H. (2024). The struggle for work-life balance: Quiet quitting as a hyperindividualized tool of neoliberal resistance (Unpublished master's thesis). University of Arkansas, Fayetteville, AR.
- Çalışkan, K. (2023). Sessiz İstifa: Sonun Başlangıcı mı Yeniden Diriliş mi?. *Journal of Organizational Behavior Review*, 5(2), 190-204.
- Çelik, Ş., & Kaya, Ş.D. (2025). Sessiz İstifa: Türkiye'deki Araştırmaların İncelenmesi. *Sustainable Welfare*, 3(1), 22-39.

- Çoban, N. O. (2026). Örgütsel Yabancılaşma-Sessiz İstifa İlişkisinde Bir Model Önerisi. *Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 10(1), 64-82.
- Delery, J. E., Magrizos, S., Roumpi, D., Aydinliyim, L., Phillips, J., & Porter, C. (2023). Special issue call for papers: The disquiet of quiet quitting: Understanding and applications of a popular trend in HRM scholarship & practice. *Human Resource Management*, 1-6.
- Dillard, N., Cavallo, T., & Zhang, P. (2025). A return to humanism: A multi-level analysis exploring the positive effects of quiet quitting. *Human Resource Development Review*, 24(2), 127-156.
- Dominique-Ferreira, S., Oliveira, M., & Prentice, C. (2023, November). *Organizational commitment: the role of organizational happiness and quiet quitting*. In *International Conference on Tourism, Technology and Systems* (pp. 61-70). Singapore: Springer Nature Singapore.
- Fathulaela, D. R., Nuraulia, A. F., & Sunimah, S. (2025). The Effect of Burnout Management and Work-Life Balance on Quiet Quitting in Hospitals XYZ. *Indonesian Interdisciplinary Journal of Sharia Economics*, 8(2), 7228-7243.
- Geng, R., Geng, X., & Geng, S. (2026). Identifying key antecedents of quiet quitting among nurses: A cross-profession meta-analytic review. *Journal of Advanced Nursing*, 82(1), 913-933.
- Gonsiorowska, M., & Zięba, M. (2023). *Quiet Quitting and its Link With Knowledge Risks in Organizations—Theoretical Insights*. In *Proceedings of the TAKE 2023—Theory and Applications in the Knowledge Economy Conference* (pp. 310-319). Porto, Portugal.
- Gözlü, K. (2023). Tükenmişlik bağlamında yeni bir kavram olarak sessiz istifa ve sağlık sektöründeki etkileri. *Meyad Akademi*, 4(2), 213-241.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10(1), 76-88.
- Gürer, A., Solmaztürk, A. B., & Gökçe, F. (2024). Sessiz istifa: Literatür incelemesi. *Toplum ve Kültür Araştırmaları Dergisi*, (13), 1-41.
- Hamouche, S., Koritos, C., & Papastathopoulos, A. (2023). Quiet quitting: relationship with other concepts and implications for tourism and hospitality. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 35(12), 4297-4312.
- Harris, L. C. (2025). Commitment and quiet quitting: a qualitative longitudinal study. *Human Resource Management*, 64(2), 565-582.
- Johnson, J. R. (2023). What's new about quiet quitting (and what's not). *The Transdisciplinary Journal of Management*, 1-14.
- Kaptangil, K., & Korkmaz, Ö. (2025). Kişilik özellikleri ve psikolojik sermayenin sessiz istifa ile ilişkisel analizi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (69), 299-313.
- Karadas, A., & Çevik, C. (2025). Psychometric analysis of the quiet quitting and quiet firing scale among Turkish healthcare professionals. *Journal of Evaluation in*

Clinical Practice, 31(2), e14136.

- Karrani, M. A., Bani-Melhem, S., & Mohd-Shamsudin, F. (2024). Employee quiet quitting behaviours: conceptualization, measure development, and validation. *The Service Industries Journal*, 44(3-4), 218-236.
- Kim, K. T., & Sohn, Y. W. (2024). The impact of quiet quitting on turnover intentions in the era of digital transformation: The mediating roles of job satisfaction and affective commitment, and the moderating role of psychological safety. *Systems*, 12(11), 460.
- Klotz, A. C., & Bolino, M. C. (2022). When quiet quitting is worse than the real thing. *Harvard Business Review*, 1, 1-5.
- Lestari, N. S., Zainal, V. R., Chan, S., & Nawangsari, L. C. (2024). Impact of career development, job insecurity, and tech awareness on the quiet quitting of hospitality employees in Indonesia. *Problems and Perspectives in Management*, 22(3), 427.-439.
- Liu-Lastres, B., Karatepe, O. M., & Okumus, F. (2024). Combating quiet quitting: implications for future research and practices for talent management. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 36(1), 13-24.
- Lu, M., Al Mamun, A., Chen, X., Yang, Q., & Masukujjaman, M. (2023). Quiet quitting during COVID-19: The role of psychological empowerment. *Humanities and Social Sciences Communications*, 10(1), 35-47.
- Mahand, T., & Caldwell, C. (2023). Quiet quitting – Causes and opportunities. *Business and Management Research*. 12(1), 9-19.
- Maheshwari, G. (2026). Quiet quitting in the contemporary workplace discourse: a systematic literature review of antecedents, sectoral dynamics, and strategic interventions. *Management Review Quarterly*, 1-46.
- Marks, A. (2023). The great resignation in the UK–reality, fake news or something in between?. *Personnel Review*, 52(2), 408-414.
- Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Katsapi, A., Konstantakopoulou, O., & Galanis, P. (2025). Poor nurses' work environment increases quiet quitting and reduces work engagement: A cross-sectional study in Greece. *Nursing Reports*, 15(1), 19.
- Oktan, M., & Güner, A. (2026). Otantik liderlik algısının sessiz istifa davranışı üzerindeki etkisi: Bir kamu kurumu örneği. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(1), 132-154.
- Özçatal, E. Ö. (2025). *Quiet quitting and the glass ceiling: Organisational reflections on gender-based discrimination. In Proceedings of the 15th International Bas-kent Congress: Social, humanities, administrative, and educational sciences* (pp. 2055–2068).
- Shoss, M. K. (2017). Job insecurity: An integrative review and agenda for future research. *Journal of Management*, 43(6), 1911–1939
- Siwela, S., & Tebele, C. (2026). A Moderated Mediation Model of Mentoring and Coa-

- ching and Quiet Quitting Behaviour: The Mediating Role of Work Engagement and the Moderating Role of Job Insecurity. *Behavioral Sciences*, 16(5), 829.
- Pevec, N. (2023). The Concept of Identifying Factors of Quiet Quitting in Organizations: An Integrative Literature Review. *Challenges of the Future/Izzivi Prihodnosti*, 8(2), 128-147.
- Priya, S., Jha, R., & Chaudhary, N. S. (2025). Quiet quitting: impact of performance and well-being. *International Research Journal of Multidisciplinary Scope*, 6(2), 1181-1195.
- Priya, P., & Sreejith, S. S. (2025). Are workplace gender microaggressions a quiet contributor to quiet quitting? A conceptual framework. *International Journal of Organizational Analysis*, 33(11), 4183-4201.
- Ribeiro, N., Gomes, D., Oliveira, A. R., & Dias Semedo, A. S. (2023). The impact of the work-family conflict on employee engagement, performance, and turnover intention. *International Journal of Organizational Analysis*, 31(2), 533-549.
- Rocha, H. C. F., Duarte, M., & Dominique-Ferreira, S. (2023, November). *The impact of work-life conflict on employees' emotional well-being and the adoption of quiet quitting: A study case applied to the Portuguese hospitality industry*. In *International Conference on Tourism, Technology and Systems* (pp. 229–239). Singapore: Springer Nature Singapore.
- Saklan, E., Eranıl, A. K., Erginer, A., & Erginer, E. (2026). Unpacking the Pathway to Quiet Quitting Among Teachers: The Serial Mediating Roles of Dark Leadership and Organizational Cynicism in the Link Between Psychological Well-Being and Employee Withdrawal. *Psychological Reports*, 1-28.
- Samancı, S. (2025). Tibbi Sekreterlerin İş Stresi ile Mutluluk Algıları Arasındaki İlişkiye Dayanıklılığın Aracı Rolü. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 17(4), 2820-2837.
- Saygılı, Z., & Avcı, N. (2023). Çalışanların görev odaklı ve insan odaklı liderlik tarzı algılarının adanmışlıktan sessiz istifaya değin farklılaşması üzerine bir inceleme. *Anlambilim MTÜ Sosyal ve Beşerî Bilimler Dergisi*, 3(1), 212-227.
- Scheyett, A. (2023). Quiet quitting. *Social Work*, 68(1), 5-7.
- Serenko, A. (2024). The human capital management perspective on quiet quitting: recommendations for employees, managers, and national policymakers. *Journal of Knowledge Management*, 28(1), 27-43.
- Singh, S., Bhatt, A. S., Valliammal, M., Bhalla, R., Sinha, A., & Bahadur, S. (2025). The Influence of Perceived Organizational Support and Role Conflict on Employee Quiet Quitting: The Mediating Role of Job Satisfaction. *International Review of Management and Marketing*, 15(6), 52.
- Sirén, C., Thorgren, S., Järlström, M. (2021). Self-directed career management and mobility: The risk of lock-in effects from person–job fit. *International Journal of Human Resource Management*, 32(6), 1368–1389.
- Stefańska, M., & Gawel, A. (2024). *Employees from Generation Z about quiet quitting. In International Scientific Conference: Accounting, Audit, Analysis – The Modern*

Economic, Technological and Societal Trends: New Challenges or Opportunities (pp. 63–65).

- Tohum, E. U. (2026). Toksik Liderlik Algısının Sessiz İstifa Üzerine Etkisi: Araştırma Görevlileri Üzerine Bir Araştırma. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (42), 129-149.
- Toska, A., Dimitriadou, I., Togas, C., Nikolopoulou, E., Fradelos, E. C., Papathanasiou, I. V., ... & Saridi, M. (2025). Quiet quitting in the hospital context: Investigating conflicts, organizational support, and professional engagement in Greece. *Nursing Reports*, 15(2), 38.
- Ülkü, A., & Solmaz, S. A. (2025). Örgütsel sinizmin sessiz istifa üzerindeki etkisi: Otel işletmeleri örneği, *Journal of Gastronomy, Hospitality and Travel*, 8(2), 492-510.
- Xueyun, Z., Al Mamun, A., Masukujjaman, M., Rahman, M. K., Gao, J., & Yang, Q. (2023). Modelling the significance of organizational conditions on quiet quitting intention among Gen Z workforce in an emerging economy. *Scientific Reports*, 13(1), 15438.
- Xueyun, Z., Yang, Q., & Al Mamun, A. (2024). Predicting the quiet quitting intention among the generation Z workforce in hotel industry. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 1-30.
- Udin, U. (2024). Transformational leadership and organizational citizenship behavior: The role of person-job fit and person-organization fit in social exchange perspective. *Human Systems Management*, 43(3), 325-339.
- Ulutaş, Ç. Ü. (2011). Sağlıkta dönüşümün kadın sağlık çalışanlarına temel yansımaları. In *I. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Bildiri Kitabı* (ss. 22–26). Denizli, Türkiye.
- Yıldız, S., & Özmenekşe, Y. O. (2024). Kaçınılmaz Son: Sessiz İstifa. *Al-Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(4), 14-24.
- Zhou, J., Soo, H. S., & Aziz, A. B. (2026). From multi-level stressors to quiet quitting: the mediating role of job burnout among vocational college lecturers. *Frontiers in Psychology*, 17, 1815670.