

DECEMBER '25

**SAĞLIK YÖNETİMİ ALANINDA
ULUSLARARASI DERLEME,
ARAŞTIRMA VE ÇALIŞMALAR**



**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 • © Aralık 2025

ISBN • 978-625-8671-31-5

© 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.seruvenyayinevi.com

e-mail: seruvenyayinevi@gmail.com

Baskı & Cilt / Printing & Volume

Sertifika / Certificate No: 47083

SAĞLIK YÖNETİMİ ALANINDA ULUSLARARASI DERLEME, ARAŞTIRMA VE ÇALIŞMALAR

Editör

DOÇ. DR. HİLAL KUŞCU KARATEPE

İÇİNDEKİLER

PEDİATRİK YOĞUN BAKIM VE YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMI YATIRIMINDA TIBBİ CİHAZ PAYININ DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR HASTANE UYGULAMASI

Ümmühan MUTLU, İbrahim MUTLU, Baki YAR

İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE SAĞLIK YÖNETİMİ 29

Kenan GÖZLÜ

KALKINMA KÜTÜPHANESİ KAYNAKLARI ÇERÇEVESİNDE TRAKYA
BÖLGESİ'NDE SAĞLIK TURİZMİ..... 41

Pınar ÖZDEMİR KARACA

SAĞLIK HİZMETLERİNDE NÖROTEKNOLOJİ ÇAĞI: BEYİN-
BİLGİSAYAR ARAYÜZLERİ VE NEURALİNK..... 63

Serkan ŞAHİN, Emin DEMİR

SAĞLIKTA MARKA DEĞERİ VE AKREDİTASYON: KURUMSAL İMAJIN
KALİTE STANDARTLARIYLA İNŞASI..... 81

Hafize Nurgül DURMUŞ ŞENYAPAR

SAĞLIK YÖNETİMİNDE VERİ ODAKLI DÖNÜŞÜM: BÜYÜK VERİ VE
YAPAY ZEKÂ ENTEGRASYONU 117

Emin Demir, Serkan ŞAHİN

DİJİTAL SAĞLIKTA ERİŞİLEBİLİRLİK: ENGELLİ BİREYLER İÇİN
TEKNOLOJİ DESTEKLİ SAĞLIK YÖNETİMİ..... 133

Figen ÖZŞAHİN, Muhlise CANLI

SAĞLIK YÖNETİMİ VE SAĞLIK HUKUKU AÇISINDAN İŞ
KAZALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 145

İlkay Sevinç TURAÇ

SAĞLIK YÖNETİMİ BAĞLAMINDA ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ 157

Abdulsamet Duran

TÜRKİYE’DE KORUYUCU VE ÖNLEYİCİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: DSÖ PERFORMANS GÖSTERGELERİ İLE
SWOT ANALİZİ 171

Özlem ALADAĞ BAYRAK

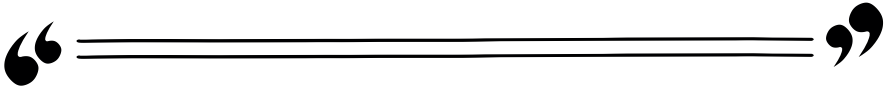
SAĞLIĞIN SESSİZ AKTÖRLERİ: SOSYOEKONOMİK VE KÜLTÜREL
BELİRLEYİCİLERİN GÜCÜ 189

Nadide Sevil TULÜCE

Mustafa KÖSE



PEDİATRİK YOĞUN BAKIM VE YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMI YATIRIMINDA TIBBİ CİHAZ PAYININ DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR HASTANE UYGULAMASI¹



Ümmühan MUTLU²

İbrahim MUTLU³

Baki YAR⁴

1 Bu çalışma Baki YAR adlı biyomedikal mühendisliği tezsiz yüksek lisans öğrencisinin proje dersi çalışmasından türetilmiştir. Ayrıca bu çalışma 2019 IMASCON Güz dönemi kongresinde özet bildiri şeklinde sunulmuştur.

2 Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi, Kandıra MYO, Finans Bankacılık ve Sigortacılık Bölümü, Kocaeli, ummuhan.mutlu@kocaeli.edu.tr (ORCID: 0000-0002-6277-228X)

3 Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Teknoloji Fakültesi, Biyomedikal Mühendisliği Bölümü, Kocaeli, ibrahim.mutlu@kocaeli.edu.tr (ORCID: 0000-0003-3864-3725)

4 Acıbadem Sağlık Hastaneleri, Biyomedikal Birimi, İstanbul, yarbaki@gmail.com (ORCID: 0000-0002-7970-8540)

1. Giriş

Son yıllarda birçok ülke, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken maliyetleri düşürmeye yönelik yeni yöntem ve uygulamalar geliştirmeye çalışmaktadır. Yaşam standartlarının yükselmesi ve bilgi-iletişim teknolojilerindeki hızlı gelişmeler, sağlık hizmeti alan bireylerin daha kaliteli, güvenli ve erişilebilir hizmet talep etmelerine yol açmaktadır (WHO, 2023). Bu artan talepler doğrultusunda hem kamu hem de özel sektör, sağlık alanında önemli yatırımlar gerçekleştirmektedir (OECD, 2022).

Bir yatırım fikrinin ortaya çıkmasının ardından yatırım projesi hazırlanmakta ve proje finansmanına ilişkin çalışmalar yürütülmektedir. Bu süreçte yatırım projelerinin planlanması ve tasarımı, teknik ve ekonomik açıdan özel uzmanlık gerektirmektedir (Götze & Bloech, 2015). Projenin teknik boyutunu yönetebilecek uzmanlık alanlarının doğru tanımlanması ise yatırımın başarısı açısından kritik öneme sahiptir.

Bu uzmanlık alanlarından biri, tıbbi cihaz teknolojileri ve bu cihazların yönetimini üstlenebilecek klinik mühendislik disiplini. Klinik mühendislik, yalnızca cihazların teknik yönetimini değil, aynı zamanda yatırım süreçlerinin rasyonel biçimde planlanmasını, cihaz yaşam döngüsü maliyetlerinin analizini ve uygun teknoloji seçimini desteklemektedir (David, 2019). Uygun satın alma yöntemlerinin kullanılması, tıbbi cihaz yatırımlarının toplam maliyetini önemli ölçüde azaltabilmektedir (WHO Medical Device Technical Series, 2020).

Türkiye’de tıbbi cihaz sektöründe faaliyet gösteren firmaların büyük çoğunluğunun küçük ve orta ölçekli işletmelerden oluşması, yatırım projelerinin planlanması ve değerlendirilmesine yönelik çalışmaların artırılmasını gerekli kılmaktadır. Bu durum, hem sektörün rekabet gücünün artırılması hem de sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir teknoloji yönetiminin sağlanması açısından önem taşımaktadır.

Öte yandan, yetersiz teknoloji seçimi ve dağıtımı hem verimsizlik ve israfa hem de COVID-19 döneminde görüldüğü gibi sağlık hizmeti kalitesinde ciddi risklere yol açabilmektedir. Bu nedenle tıbbi cihazların güvenliğini sağlamak için tasarım kılavuzları ve düzenleyici gereklilikler uygulanmakta, ardından cihazlar klinik ve ekonomik etkileri açısından değerlendirilmektedir. Ancak literatürde daha az ele alınan kritik aşama, cihazların sağlık sistemi tarafından satın alınması ve tedarik edilmesidir. Bu süreç, kullanıcı ihtiyaçları, teknik bakım, eğitim ve sarf malzemeleri gibi unsurların bütüncül biçimde dikkate alınmasını gerektirmektedir (Hinrichs-Krapels et al., 2022).

Bu çalışmada yenidoğan ve pediatrik yoğun bakım ünitesi yatırımı için alanında uzman biyomedikal yöneticileri tarafından gerekli alt yapı çalışmaları yapılarak bir fizibilite çalışması yapılmıştır. Böylece yoğun bakım ünite-

leri için tıbbi cihaz dâhil olmak üzere yapılan yatırım maliyetlerinin, yatırım içindeki payları ortaya konmuştur. Sonuç olarak, yapılan fayda maliyet analizine göre, yatırımın uygulanabilirliğine ilişkin bilgiler verilmiştir.

Yatırım projelerini hazırlamada kurum kapasitesi, sağlık sektörünün yapısı, borçlanma alternatifleri, rakiplerin konumları, toplumsal sağlık belirteçleri ve gelecek tahminleri şeklindeki araştırmalar ele alınmalıdır (Ceydeli, 2006). Bunlar sağlık hizmetlerinin sunumunda gerek duyulan duran varlık yatırımları, sermaye bütçelemesi çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu süreç temelde, söz konusu yatırımların yol açacağı nakit çıkışları ile ileride sağlanacak nakit girişlerinin analitik bir değerlendirmesini kapsamaktadır (Gapenski; 2008).

Sermaye bütçeleme yöntemleri paranın zaman değerini dikkate alanlar ile paranın zaman değerini göz önünde bulunduranlardan oluşmaktadır (Ağırbaş, 2014; Akbulut ve Doğanay, 2013; Sarıaslan, 2010; Akgüç, 1998). Bu çalışmada; paranın zaman değerini göz önünde bulunduran yöntemlerden fayda maliyet analizi yöntemi kullanılmıştır.

Son olarak, sağlık kuruluşlarının hizmet kalitelerini sürdürebilmek, kârlılığı artırmak ve hedeflerine ulaşmak için sınırlı kaynaklarını etkin bir şekilde değerlendirmeleri gerekmektedir (Yadin & Jahnke, 2003). Modern sağlık sistemlerinin önemli bir ögesini oluşturan hastaneler, toplam sağlık harcamalarından büyük bir pay almaktadır (Toraman, 1999). Bu nedenle hastane ve sağlık yöneticilerinin stratejik karar verme süreçlerinde bilgi teknolojileri karar destek sistemlerinden yararlanması kritik bir unsur olarak öne çıkmaktadır (Tengilimoğlu, 2009).

Tıbbi cihaz kısaca; bireylerin ilaç kullanmadan iyileşmesini sağlayan, tanı ve tedavi amaçlı kullanılmak üzere üretim faaliyetleri gerçekleştirilen tıbbi ürünlerdir. Daha geniş bir tanımla ifade edildiğinde; insanların üzerinde kullanılması durumunda, metabolik, farmakolojik ya da immünolojik etki yaratmayan, fakat kullanılması durumunda bu etkiler tarafından desteklenen tıbbi malzemelerdir (Ankara Kalkınma Ajansı, 2013).

Sağlık kurumlarında ve hastanelerde de tıbbi cihaz yönetimi birtakım faaliyetlerin oluşturduğu bir süreçtir. Bu sürecin amacı, sağlıkta kullanılacak teknolojinin uygun olması, maksimum kapasitede teknoloji kullanımı, doğru kullanım ve cihazların uzun ömürlü kullanılmasını sağlar. Bu bağlamda tıbbi cihaz yönetim döngüsü oluşturulmuştur. Bu döngü; planlama, değerlendirme, bütçeleme, satın alma, montaj, eğitim, çalışma, bakım ve onarım, faaliyetin sonlanması süreçlerini kapsamaktadır (Yıldırım, 2008). Bu kapsamlı döngünün etkin biçimde uygulanabilmesi, sağlık kuruluşlarında tıbbi cihaz yönetiminin her aşamasında verimliliği sağlayacak kurumsal mekanizmaların devreye alınmasını zorunlu kılmaktadır. Sağlık kuruluşlarında tıbbi cihaz yönetim sürecinin her aşamasında etkinlik ve verimlilik sağlanmalı;

teknolojik altyapısının sürekliliğini sağlamak, en uygun donanımları tedarik etmek ve cihazların seçiminden kabul testlerine kadar olan süreci yönetmek amacıyla Biyomedikal ve Klinik Mühendisliği Birimi'nin desteğine başvurulmalıdır (T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2005).

Tıbbi Cihaz Sanayisi, dünyada hızla gelişmekte, şırınga ve bandajlar gibi klasik ürünlerden nano teknoloji ürünlerine kadar yüzbinlerce ürün bu sanayide geniş bir ürün yelpazesi oluşturmaktadır. Her yıl ortalama 100 ürün piyasaya sürülerek bu yelpaze sürekli genişletilmektedir. Bu yüzden sağlık sanayi ile mikro elektronik, enstrümantasyon, biyo teknoloji, nano teknoloji, mikro mekanik gibi birçok alan da gelişmekte ve fayda sağlamaya devam etmektedir (Ökem, 2011). Bu çok yönlü teknolojik gelişmeler, sağlık alanındaki yeniliklerin tıbbi cihazlara yansımaları hızlandırarak hizmet sunumunda belirleyici bir unsur hâline getirmektedir. Tıbbi cihaz teknolojileri, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta tercihlerini doğrudan etkileyerek hizmet sunumunda önemli bir rol oynamaktadır. Ancak sürekli teknolojik yenilenme ihtiyacı, sağlık kuruluşlarının finansman dengesi üzerinde baskı yaratmakta ve hizmetlerin sürdürülebilirliği için mali dengenin korunması kritik önem taşımaktadır (Arık vd., 2016).

2. Gereç ve Yöntem

2.1 Araştırma Türü

Çalışma bir nicel araştırma olarak yapılmıştır. İkincil verilerden yararlanılarak geleceğe yönelik tahminlerde bulunmak üzere analizler gerçekleştirilmiştir.

2.2 Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma; İstanbul ilinde yer alan özel bir sağlık kuruluşunun Ocak 2015 / Haziran 2015 tarihleri arasındaki yaptığı yatırımların verileri ile yapılmıştır.

2.3 Evren, Örneklem ve Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın evrenini, ilgili özel hastanede sunulan biyomedikal mühendisliği hizmetleri ve bu hizmetlerin yürütüldüğü tüm klinik birimler oluşturmaktadır. Ancak çalışmanın kapsamı, hastane direktörlüğü, biyomedikal müdürlüğü ve diğer ilgili birimlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda, biyomedikal mühendisliği hizmetlerine ilişkin güvenilir ve ayrıntılı veri sağlayabilecek iki klinikle sınırlandırılmıştır. Bu nedenle araştırmanın örnekleme, seçilen bu iki klinikte yürütülen biyomedikal mühendisliği faaliyetleri ve bu süreçlere ilişkin kayıtlar üzerinden oluşturulmuştur.

Araştırmada, klinik yöneticileri, biyomedikal mühendisliği birimi ve ilgili teknik personelden elde edilen bilgiler doğrultusunda mevcut süreçler analiz edilmiştir. Böylece biyomedikal mühendisliği hizmetlerinin işleyişi,

tıbbi cihaz yönetimi ve klinik destek süreçleri hakkında derinlemesine ve güvenilir veri elde edilmesi amaçlanmıştır.

2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veriler, ilgili özel hastanenin hasta takip sisteminde kayıtlı olan maliyet ve gelir bilgilerinden elde edilmiştir. Bu kapsamda, Ocak 2015 – Haziran 2015 döneminde sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin tüm gider kalemleri ile bu hizmetler sonucunda düzenlenen fatura tutarları incelenmiştir. Veriler; tıbbi cihaz kullanımına bağlı maliyetler, sarf malzemeleri, bakım-onarım giderleri ve hizmet sunumundan elde edilen gelirleri içermektedir.

2.5 Veri Toplama Süreci

Veri toplama sürecinde hastanenin yenidoğan yoğun bakım ve pediatrik yoğun bakım birimlerine ait Ocak 2015 – Haziran 2015 dönemine ilişkin kayıtlar detaylı biçimde analiz edilmiştir. Bu iki birimde kullanılan tıbbi cihazlar da dâhil olmak üzere tüm maliyet unsurları değerlendirilmiş; personel giderleri, cihaz bakım-onarım kayıtları, sarf malzemeleri ve diğer işletme giderleri kapsam altına alınmıştır. Böylece ilgili dönem boyunca yoğun bakım hizmetlerinin maliyet yapısı ve gelir-gider ilişkisi bütüncül bir şekilde ortaya konmuştur.

2.6 Etik Hususlar

Bu çalışma için etik kurul izni gerekmemektedir.

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde bölüm bazında değerlendirme yapılmıştır. Gider ve gelirlerin hesaplamasında, yatan hastanın ameliyat olup olmaması ve sosyal güvenlik kurumu(SGK) ya da özel sağlık sigortalı olması etkileyen faktörlerdir. Gider kalemleri doktor giderleri, ilaç giderleri, sarf giderleri, konsinye giderleri, laboratuvar giderleri, diğer giderler ve personel giderleridir. Belirlenen bu kalemlerden toplam doğrudan maliyet tutarı belirlenir. Kullanılan verilerin sayısal hesaplamaları ve ortaya çıkan sonucun yorumlanmasında, birleştirilmesinde Microsoft Excel 2010 programı kullanılmıştır. Veriler tablo haline getirilerek çalışmaya aktarılmıştır.

3. Bulgular

Yenidoğan yoğun bakım birimi 14 yataklı bir ünitedir. Ünitede üç doktor, yirmi bir hemşire ve dört bakım destek personeli çalışmaktadır. Pediatrik yoğun bakım birimi 6 yataklı bir ünitedir. Ünitede iki doktor, on üç hemşire ve bir bakım destek personeli çalışmaktadır. Ünitenin tüm tıbbi yatırımları eksiksiz yapılmıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde, Ocak 2015 / Haziran 2015 dönemi içerisinde geceleme sayısı Tablo 1’de verilmektedir.

Tablo 1. Yenidoğan Yoğun Bakım Geceleme Sayısı

Yenidoğan Yoğun Bakım Geceleme Sayısı						
	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran
Geceleme Sayısı	450	439	466	411	443	498

Tablo 2’de verilen değerler Ocak 2015 / Haziran 2015 dönemi içerisinde yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki toplam doğrudan maliyetleri ve sağlık hizmeti sonrasında kesilen fatura tutarını içermektedir. Bu bilgilerin sonucunda brüt katkı oranı, personel giderinin dâhil olduğu ve personel giderlerinin dâhil olmadığı durumlar için belirlenmiştir.

Tablo.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Maliyet Bilgileri

SERVİS	KURUM	DURUM	TOPLAM DİREKT MALİYET (TL)	TOPLAM FATURA TUTARI (TL)	BRÜT KATKI ORANI (Personel Gideri Hariç)	BRÜT KATKI ORANI (Personel Gideri Dâhil)
Yenidoğan Yoğun Bakım	Diğer	Ameliyat Yok	30.909	38.849	% 35	% 20
	TOPLAM DİĞER		30.909	38.849	% 35	% 20
	SGK	Ameliyat Var	110.854	129.895	% 45	% 15
	SGK	Ameliyat Yok	831.386	1.151.408	% 66	% 28
	TOPLAM SGK		942.240	1.281.303	% 63	% 26
Toplam Yenidoğan Yoğun Bakım			973.149	1.320.152	% 63	% 26

Tablo 2’de görüldüğü üzere yenidoğan yoğun bakım ünitesinde brüt katkı oranı personel giderleri dâhil edilmediğinde %63, personel giderleri dâhil edildiğinde ise %26 olarak gerçekleşmiştir. Hastanesi SGK dışında olan ve personel giderinin dâhil olmadığı yatışlarda brüt katkı oranı %35 iken, personel gideri dâhil edildiğinde brüt katkı oranı %20 olarak hesaplanmıştır. Personel gideri hariç tutulan SGK anlaşmalı yatışlarda katkı oranı %63 olarak gerçekleşirken personel gideri dâhil edildiğinde brüt katkı oranı %26 olarak gerçekleşmektedir.

İncelenen ikinci yoğun bakım ünitesi olan pediatrik yoğun bakım ünitesinde, Ocak 2015 / Haziran 2015 dönemi içerisinde geceleme sayısının aylara göre dağılımı Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3. Pediatrik Yoğun Bakım Geceleme Sayısı

Pediatrik Yoğun Bakım Geceleme Sayısı						
	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran
Geceleme Sayısı	255	236	277	269	271	260

Tablo 4'te verilen değerler Ocak 2015 / Haziran 2015 dönemi içerisinde pediatri yoğun bakım ünitesindeki toplam doğrudan maliyetleri ve sağlık hizmeti sonrasında kesilen fatura tutarını içermektedir. Bu bilgilerin sonucunda brüt katkı oranı, personel giderinin dâhil olduğu ve personel giderinin dâhil olmadığı durumlar için belirlenmiştir.

Tablo 4. Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesi Maliyet Bilgileri

SERVIS	KURUM	DURUM	TOPLAM	TOPLAM	BRÜT KATKI	BRÜT KATKI
			DİREKT	FATURA	ORANI	ORANI
			MALİYET	TUTARI	(Personel	(Personel
			(TL)	(TL)	Gideri Hariç)	Gideri Dâhil)
Çocuk Yoğun Bakım	Diğer	Ameliyat Var	161.408	226.283	% 46	% 29
	Diğer	Ameliyat Yok	462.096	707.868	% 56	% 35
	TOPLAM DİĞER		623.504	934.151	% 54	% 33
	SGK	Ameliyat Var	204.571	298.726	% 48	% 32
	SGK	Ameliyat Yok	256.192	296.818	% 32	% 14
	TOPLAM SGK		460.763	595.543	% 40	% 23
Toplam Çocuk Yoğun Bakım			1.084.267	1.529.695	% 48	% 29

Tablo 4'te görüldüğü üzere pediatri yoğun bakım ünitesinde brüt katkı oranı personel giderleri dâhil edilmediğinde %48, personel giderleri dâhil edildiğinde ise % 29 olarak gerçekleşmiştir. SGK dışında olan ve personel giderinin dâhil olmadığı yatışlarda brüt katkı oranı %54 iken, personel gideri dâhil edildiğinde brüt katkı oranı %33 olarak hesaplanmıştır. Personel gideri hariç tutulan SGK anlaşmalı yatışlarda katkı oranı %40 olarak gerçekleşirken personel gideri hesaba katıldığında brüt katkı oranı %23 olarak gerçekleşmektedir.

Toplam doğrudan maliyet gideri ve gelirlerin bilgisi dâhilinde bakıldığında tüm yoğun bakımların brüt katkı oranları personel giderlerinin dâhil edildiği ve edilmediği durumlara göre hesaplanmıştır.

İncelenen iki yoğun bakım ünitesi için genel değerlendirme yapıldığında, personel giderinin dâhil olmadığı brüt katkı oranı %44 olarak gerçekleşirken, personel gideri dâhil olduğunda brüt katkı oranının %20 olarak gerçekleştiği

görülmektedir. İncelenen Yeni doğan yoğun bakım ve pediatrik yoğun bakım bölümlerinde geceleme sayılarının kapasite planına göre yeterli olduğu ve çoğu zamanda aşırı talebi karşılayamadığı belirlenmiştir. Hastanenin bulunduğu bölgede yer alan diğer kamu hastanelerinde de geceleme sayılarının benzerlikler gösterdiği düşünülmektedir.

Diğer yandan iki yoğun bakım ünitesinin de hastanenin brüt katkısına, gelir ve gider dağılımına faydalarının olduğu belirlenmiştir. Elde edilen katkının kapasite artırımı ile artması beklenmektedir.

Sonuç olarak incelemesi yapılan hastane yoğun bakım kapasite artırımı projesine gelen taleplerin doluluk nedeniyle karşılanamaması, kısıtlamanın kurum kullanım alanı olduğundan gerekli yatırımın tüm yoğun bakımlarda belirlenen talepler ölçüsünde yapılabileceği belirlenmiştir.

Yapılan analizler sonucunda, yenidoğan yoğun bakım yatak kapasitesinin 28 olarak artırılmasına karar verilmiştir. Oluşan yeni proje ile yenidoğan yoğun bakım medikal cihaz yatırım tutarı, medikal cihaz bakım giderleri, artan personel ve bağlı olarak personel giderleri, malzeme ve ilaç giderleri, işletme giderleri ve diğer giderler incelenerek yatırım yapılmıştır.

Tablo 5'te görüldüğü üzere yenidoğan yoğun bakım ünitesini maliyetleri cihaz, malzeme ve ilaç giderleri, personel giderleri ve işletme giderleri olmak üzere üç ana başlıkta toplanmıştır. Cihaz, malzeme ve ilaç giderlerini oluşturan gider kalemleri, biyomedikal malzeme, sarf malzeme, konsinye malzeme, ilaç, medikal dışı ürünler, tıbbi alet ve cihaz bakım onarım giderleridir. Personel giderleri çalışan personel giderleri ile personele ait olan giyim, yiyecek ve içecek giderlerini de kapsamaktadır. Son gider başlığımız ise işletme giderleridir ve bölümün faaliyetini sürdürmesi için gerekli olan hizmetlere ait giderleri kapsamaktadır.

Tablo 5. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Maliyetleri (TL)

Yenidoğan Yoğun Bakım Maliyet							
Maliyet Başlıkları	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Σ
Cihaz, Malzeme ve İlaç Gideri	62.963	56.400	61.103	58.533	56.130	55.503	350.632
Biomedikal Malzeme Gideri							
Sarf Malzeme Gideri							
Konsinye Malzeme Gideri							
İlaç Gideri							

Non-Medikal Malzeme Gideri							
Tıbbi Alet ve Cihaz Bakım Onarım							
Personel Giderleri	115.432	116.599	112.023	112.690	117.095	118.245	692.084
Doktor ve Hemşire Bordro Giderleri							
Diğer Personel Bordro Gideri							
Tüm Personel Servis Gideri							
Tüm Personel Giyim Gideri							
Tüm Personel Yiyecek-İçecek Gideri							
İşletme Giderleri	27.284	24.440	25.522	26.636	27.677	27.949	159.508
Hasta Yiyecek- İçecek Gideri							
Temizlik Gideri							
Teknik Bakım Onarım Giderleri							
Elektrik, su, gaz gideri							
Tıbbi Atık Giderleri							
Yurtdışı Hasta ve Refakatçi Giderleri							
Haberleşme Gideri							
Sigorta Gideri							Σ=1.202.224

Tablo 6’da görüldüğü üzere yenidoğan yoğun bakım ünitesinin artan kapasitesi ile gerekli olan medikal cihaz yatırımlarına ait cihaz bilgileri ve cihaz yatırım tutarı yer almaktadır. Buna belirlenen cihaz tiplerinde artan kapasiteye göre yatırım yapılmış ve finanse edilmiştir.

Tablo 6. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Cihaz Yatırımı

Yenidoğan Yoğun Bakım Cihaz Yatırımı		
Cihaz Tipi	Cihaz Özellik	Cihaz Yatırım Bedeli
Aspiratör	Elektrikli	2.050.000 TL
Vakum Regülatörü	Vakum Regülatörü	
Open Bed	Fototerapi	
Open Bed	Open Bed	
Bilirubin Cihazı	Bilirubin Cihazı	
Oksijen Flowmetre	Tekli-Yetişkin	
Oksijen Flowmetre	Tekli-Pediyatrik	
Oksijen Flowmetre	Tüpe Monte	
Oksijen Flowmetre	Oksijen Flowmetre	
Fototerapi Cihazı	Standart	
Fototerapi Cihazı	Tünel Tipi	
Kanşeker Ölçüm Cihazı	Kanşeker Ölçüm Cihazı	
Isıtıcı	Biberon	
Isıtıcı	Enjektör Isıtıcı	
Karıştırıcı	Karıştırıcı	
Küvöz	Standart	
Küvöz	Transport	
Larengoskop Seti	Larengoskop Seti	
Merkezi Monitör Sistemi	Merkezi Monitör Sistemi Monitörü	
Hastabaşı Monitörü	Standart	
Müdahale - Muayene Lambası	Standart	
Negatoskop	Tekli	
Nemlendirici	Nemlendirici	
Otoskop Oftalmoskop Seti	Seyyar	
Paketleme Cihazı	Paketleme Cihazı	
PC	Merkezi Monitör Sistemi Bilgisayarı	
Perfüzör	Perfüzör	
Pulse Oximeter	Seyyar	
Süt Çekme Pompası	Süt Çekme Pompası	
Tartı	Bebek	
Termometre	Seyyar	
Termometre	Duvar Tipi	
Ventilatör	Transport Kuvöz	
Ventilatör	Neonatal	

Görüldüğü üzere 34 cihaz tipi belirlenmiş ve kapasiteye göre adetleri belirlenmiştir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi için belirlenen cihazların gerekli olan adetler ile yapılan yatırım tutarı 670.000 –EUR karşılığı 2.050.000 TL olmuştur. Cihaz yatırımı sırasında yenidoğan yoğun bakım sorumlu hekimi, Satınalma, Lojistik ve Biyomedikal Hizmetler Direktörlüğü ortak çalışarak cihazları belirlemiş ve alımları gerçekleştirmiştir. Medikal cihaz yatırımı sırasında var ise cihaz ile kullanılacak sarf malzeme bedelleri, garanti süresi,

garanti sonrası bakım ve kalibrasyon maliyetleri, bakım ve kalibrasyon sırasında var ise değişmesi gereken bakım kitleri, filtre, batarya vb. ürünlerinde fiyatları incelenmiştir. Tüm bu çalışmalar sonucu marka model seçimi yapılmıştır.

Tablo 7’de görüldüğü üzere pediatrik yoğun bakım ünitesini maliyetleri cihaz, malzeme ve ilaç giderleri, personel giderleri ve işletme giderleri olmak üzere üç ana başlıkta toplanmıştır. Cihaz, malzeme ve ilaç giderlerini oluşturan gider kalemleri, biyomedikal malzeme, sarf malzeme, konsinye malzeme, ilaç, medikal dışı ürünler, tıbbi alet ve cihaz bakım onarım giderleridir. Personel giderleri çalışan personel giderleri ile birlikte personele ait olan giyim, yiyecek ve içecek giderlerini de kapsamaktadır. Son gider başlığımız ise işletme giderleridir ve bölümün faaliyetini sürdürmesi için gerekli olan hizmetlere ait giderleri kapsamaktadır.

Tablo 6. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Cihaz Yatırımı

Yenidoğan Yoğun Bakım Cihaz Yatırımı		
Cihaz Tipi	Cihaz Özelliği	Cihaz Yatırım Bedeli
Aspiratör	Elektrikli	2.050.000 TL
Vakum Regülatörü	Vakum Regülatörü	
Open Bed	Fototerapi	
Open Bed	Open Bed	
Bilirubin Cihazı	Bilirubin Cihazı	
Oksijen Flowmetre	Tekli-Yetişkin	
Oksijen Flowmetre	Tekli-Pediyatrik	
Oksijen Flowmetre	Tüpe Monte	
Oksijen Flowmetre	Oksijen Flowmetre	
Fototerapi Cihazı	Standart	
Fototerapi Cihazı	Tünel Tipi	
Kanşekerı Ölçüm Cihazı	Kanşekerı Ölçüm Cihazı	
Isıtıcı	Biberon	
Isıtıcı	Enjektör Isıtıcı	
Karıştırıcı	Karıştırıcı	
Küvöz	Standart	
Küvöz	Transport	
Larengoskop Seti	Larengoskop Seti	
Merkezi Monitör Sistemi	Merkezi Monitör Sistemi Monitörü	
Hastabaşı Monitörü	Standart	
Müdahale - Muayene Lambası	Standart	
Negatoskop	Tekli	
Nemlendirici	Nemlendirici	
Otoskop Oftalmoskop Seti	Seyyar	
Paketleme Cihazı	Paketleme Cihazı	
PC	Merkezi Monitör Sistemi Bilgisayarı	
Perfüzör	Perfüzör	
Pulse Oximeter	Seyyar	
Süt Çekme Pompası	Süt Çekme Pompası	
Tartı	Bebek	
Termometre	Seyyar	
Termometre	Duvar Tipi	
Ventilatör	Transport Kuvöz	
Ventilatör	Neonatal	

Tablo 8’de görüldüğü üzere pediatrik yoğun bakım ünitesinin artan kapasitesi ile gerekli olan medikal cihaz yatırımına ait cihaz bilgileri yer almaktadır. Buna belirlenen cihaz tiplerinde artan kapasiteye göre yatırım yapılmış ve finanse edilmiştir.

Tablo 8. *Pediyatrik Yoğun Bakım Ünitesi Cihaz Yatırımı*

Pediyatrik Yoğun Bakım Cihaz Yatırımı		
Cihaz Tipi	Cihaz Özellik	Cihaz Yatırım Bedeli
ACT Cihazı	ACT Cihazı	1.170.000 TL
Aspiratör	Elektrikli	
Aspiratör	Şarjlı	
Vakum Regülatörü	Vakum Regülatörü	
Open Bed	Fototerapi	
BIPAP Cihazı	BIPAP Cihazı	
Defibrilatör	Biphasic + Pacemaker	
EEG Cihazı	EEG Cihazı	
Oksijen Flowmetre	İkili	
Oksijen Flowmetre	Tekli-Yetişkin	
Oksijen Flowmetre	Tüpe Monte	
Kanşekeri Ölçüm Cihazı	Kanşekeri Ölçüm Cihazı	
Hemodiyaliz Cihazı	Hemodiyaliz Cihazı	
Havalı Yatak	Havalı Yatak	
Isıtıcı	Hasta Altı	
Isıtıcı	Hasta Üstü	
Isıtıcı	Cold - Warm Nebulisation	
Kan Gazı Cihazı	Kan Gazı Cihazı	
Larengoskop Seti	Larengoskop Seti	
Merkezi Monitör Sistemi Monitörü	Merkezi Monitör Sistemi Monitörü	
Hastabaşı Monitörü	Standart	
Mama Pompası	Mama Pompası	
Negatoskop	Tekli	
Nemlendirici	Nemlendirici	
Nemlendirici	Yüksek Akışlı Tedavi	
Ördek Sürgü	Öğütme	
Otoskop Oftalmoskop Seti	Seyyar	
Hasta Yatağı	Pediyatrik	
PC	Merkezi Monitör Sistemi	
Perfüzör	Perfüzör	
Pulse Oximeter	Seyyar	
Tansiyon Aleti	Manuel	
Tartı	Yetişkin	
Tartı	Bebek	
Komot	Standart	
Termometre	Timpanik	
Ventilatör	Neonatal-Pediyatrik-Yetişkin	
Ventilatör	Yetişkin	
Ventilatör	Ventilatör	

Tablo 8' e göre 40 cihaz tipi belirlenmiş ve kapasiteye göre adetleri belirlenmiştir. Pediyatrik yoğun bakım ünitesi için belirlenen cihazların gerekli olan adetler ile yapılan yatırım tutarı 385.000 –EUR karşılığında 1.170.000 TL

olmuştur. Cihaz yatırımı sırasında pediatrik yoğun bakım sorumlu hekimi, Satın alma, Lojistik ve Biyomedikal Hizmetler Direktörlüğü ortak çalışarak cihazları belirlemiş ve alımları gerçekleştirmiştir. Medikal cihaz yatırımı sırasında var ise cihaz ile kullanılacak sarf malzeme bedelleri, garanti süresi, garanti sonrası bakım ve kalibrasyon maliyetleri, bakım ve kalibrasyon sırasında var ise değişmesi gereken bakım kitleri, filtre, batarya vb. ürünlerinde fiyatları incelenmiştir. Tüm bu çalışmalar sonucu marka model seçimi yapılmıştır.

Araştırmada ele alınan yoğun bakımlar artırım projesi kapsamında yapılan toplam yatırım tutarının 9.945.000 TL olması planlanmıştır. Yoğun bakımlarda yapılacak toplam yatırım bütçesinde tıbbi cihaz için ayrılacak pay 5.470.000 TL'dir. Yoğun bakımlar gerek kullanılan tıbbi cihaz gerekse alt yapı bakımından teknoloji yoğun bölümlerdendir. Oluşturulan kapasitelerinin tıbbi cihazların sayısı, yüksek teknoloji olması ve sürekli kullanımının sağlanması ile doğru orantılıdır. Bu nedenler ile tıbbi cihaz alımında, ileri teknoloji seçimi, yeterli sarf malzeme kullanımı, bakım ve kalibrasyon anlaşmalarının yapılması, yedek parça temin süresi ve kullanıcı eğitim desteğinin alınmasını içermektedir. Yapılan alımlarda bu şartlar değerlendirilerek bütçe planlaması yapılmaktadır.

Ele alınan tercih edilme nedenleri ile, yapılan tıbbi cihaz teknoloji yatırımı, personel gelişimi için kurum içi ve kurum dışı eğitim programları, bireysel gelişim analizleri, hizmet sunumunda mükemmeliyetçi yaklaşım, fiziksel alan projelerinde modern yaklaşımlar, yüksek düzeyde sunulan otelcilik hizmeti ve diğer etki eden faktörlerin yapılması ve gelişimi için yatırımlar planlanarak eksiksiz uygulanmalıdır.

Yenidoğan yoğun bakım için yapılan yatırım tutarı ve giderlerin hesaplanarak başa baş noktası analizi yapılmıştır. Toplam inşaat yatırım tutarı 1.450.000 TL dir. Medikal cihaz yatırım tutarı 2.050.000 TL dir. Yenidoğan yoğun bakım için işletme giderleri altı aylık 510.000 TL dir.

Diğer yoğun bakım bölümü olan pediatrik yoğun bakım için yapılan yatırım tutarı ve giderlerin hesaplanarak başa baş noktası analizi yapılmıştır. Toplam inşaat yatırım tutarı 1.280.000 TL dir. Medikal cihaz yatırım tutarı 1.170.000 TL dir. Pediatrik yoğun bakım için işletme giderleri altı aylık 568.000 TL dir.

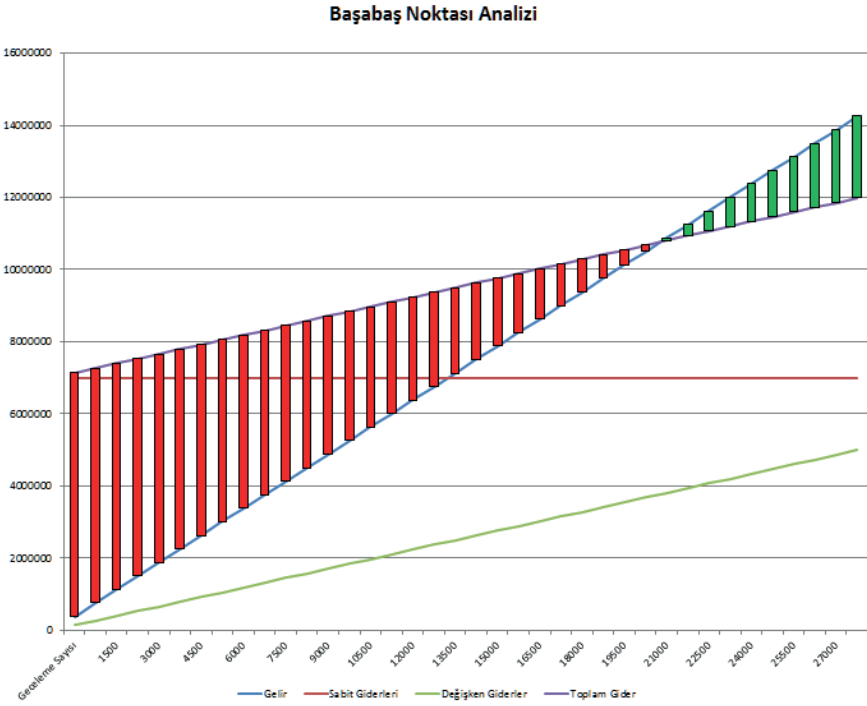
Tablo 9' da detaylı olarak verilen başlıklar kapsamında Sabit giderler, Doktor ve Hemşire Bordro Giderleri, Diğer Personel Giderleri, Tüm Personel Servis Giderleri, Tüm Personel Giyim Gideri, Tüm Personel Yiyecek- İçecek Gideri kapsamında ele alınmaktadır. Değişken giderler, Biyomedikal malzeme gideri, sarf malzeme gideri, konsinye malzeme gideri, ilaç gideri, non-medikal malzeme gideri, tıbbi alet ve cihaz bakım onarım gideri, hasta yiyecek içecek, temizlik gideri teknik bakım onarım giderleri, elektrik, su, gaz gideri,

tıbbi atık gideri, yurtdışı hasta ve refakatçi giderleri, haberleşme giderleri ve sigorta giderleri kapsamında değerlendirilmektedir. Ayrıca yatırım bedelleri hesaplanmaktadır.

Tablo 9. Yoğun Bakımlar Gider ve Gelirler

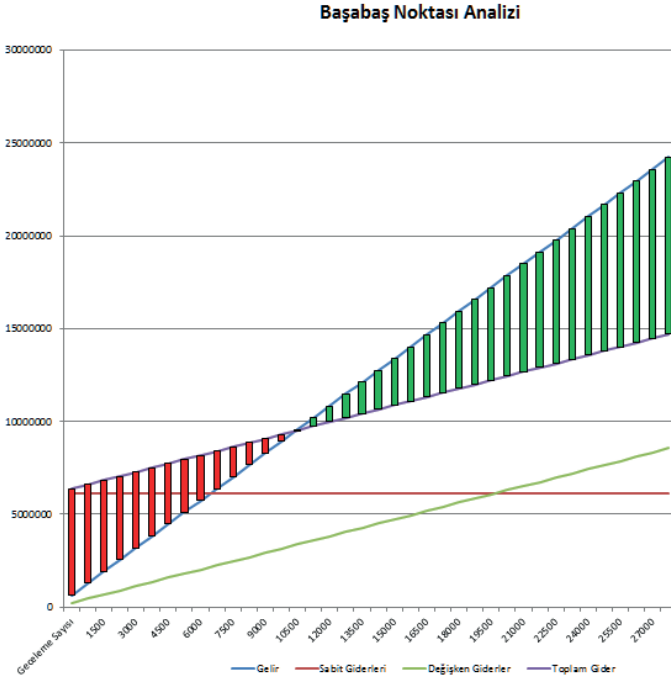
Sabit Giderler	Değişken Giderler	
Personel Giderleri	Cihaz, Malzeme ve İlaç Gideri	İşletme Giderleri
Doktor ve Hemşire Bordro Giderleri	Biyomedikal Malzeme Gideri	Hasta Yiyecek-İçecek Gideri
Diğer Personel Bordro Gideri	Sarf Malzeme Gideri	Temizlik Gideri
Tüm Personel Servis Gideri	Konsinye Malzeme Gideri	Teknik Bakım Onarım Giderleri
Tüm Personel Giyim Gideri	İlaç Gideri	Elektrik, su, gaz gideri
Tüm Personel Yiyecek-İçecek Gideri	Non-Medikal Malzeme Gideri	Tıbbi Atık Giderleri
Yatırım Bedeli	Tıbbi Alet ve Cihaz Bakım Onarım	Yurtdışı Hasta ve Refakatçi Giderleri
Medikal Cihaz Yatırım Gideri		Haberleşme Gideri
İnşaat Yatırım Gideri		Sigorta Gideri

Şekil 1’de görüldüğü üzere Yenidoğan yoğun bakım için başabaş noktası grafiği elde edilmiştir. Toplam yatırım bedeli inşaat yatırım bedeli ve medikal cihaz yatırım bedeli toplamı olarak 3.500.000 TL belirlenmiştir. Ayrıca sabit personel giderleri altı aylık 500.000 TL olmuştur. Toplam sabit gider 7.000.000 TL olmuştur. Birim değişken maliyetimiz 175 TL hesaplanırken, birim gelirimiz 500 TL olarak hesaplanmıştır. Tüm bu verilerin kullanımı ile başabaş noktası 21.538 geceleme olmaktadır.



Şekil 1. Yenidoğan Yoğun Bakımlar Başa baş noktası

Şekil 2’de görüldüğü üzere pediatrik yoğun bakım için başabaş noktası grafiği elde edilmiştir. Toplam yatırım bedeli inşaat yatırım bedeli ve medikal cihaz yatırım bedeli toplamı olarak 2.450.000 TL belirlenmiştir. Ayrıca sabit personel giderleri altı aylık 570.000 TL olmuştur. Toplam sabit gider 6.150.000 TL olmuştur. Birim değişken maliyetimiz 300 TL hesaplanırken, birim gelirimiz 850 TL olarak hesaplanmıştır. Tüm bu verilerin kullanımı ile başabaş noktası 11.181 geceleme olmaktadır.



Şekil 2. Pediatrik Yoğun Bakımlar Başa baş noktası

Projede detaylarında belirtilen maliyet ve faydalar; hastane bilgi sisteminde ve satın alma biriminden elde edilen veriler doğrultusunda hesaplanmıştır. Beklenen fayda ve beklenen maliyetin hesaplanmasında 6 aylık verilerden yola çıkılarak aylık ortalama değerler elde edilmiştir. Tahmin edilen gelir ve giderlerin bugünkü değere indirgenmesinde araştırma verilerinin ele alındığı 2015 yılı itibarıyla maliye bakanlığının 2015 yılı yeniden değerlendirme oranlarının ortalaması olan yaklaşık %6 oranı, iskonto oranı olarak kabul edilmiştir.

3.1 Yoğun Bakım Üniteleri için Fayda Maliyet Analizi Hesaplama

Hesaplamalar aşağıdaki formüllere göre yapılmıştır.

$$\text{Bugünkü Değere İndirgenmiş Toplam Maliyet} = \frac{\text{Beklenen Maliyet}}{(1 + \text{İskonto Oranı})} \quad (1)$$

$$\text{Bugünkü Değere İndirgenmiş Toplam Fayda} = \frac{\text{Beklenen Fayda}}{(1 + \text{İskonto Oranı})} \quad (2)$$

$$\text{Fayda Maliyet Oranı (FMO)} = \frac{\text{Projeden Sağlanacak Faydanın Bugünkü Değeri}}{\text{Proje Maliyetinin Bugünkü Değeri}} \quad (3)$$

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi için hesaplama yapıldığında aylık toplam maliyet= 973.149/6=162.194,5 TL, Beklenen Yıllık Toplam Ma-

liyet= $162.194,5 \times 12 = 1.946.298$ TL olarak bulunur. 1 numaralı formüle göre “bugünkü değere indirgenmiş toplam maliyet” değeri $= \frac{1.946.298}{(1+0,06)}$

= hesabına göre 1.836.130,00 TL olarak hesaplanmıştır. Benzer şekilde aylık toplam fayda= $1.320.152/6 = 220.025,33$ TL, beklenen yıllık toplam fayda= $220.025,33 \times 12 = 2.640.304$ TL olarak bulunur. 2 numaralı formüle göre

“bugünkü değere indirgenmiş toplam fayda” değeri $= \frac{2.640.304}{(1+0,06)}$ hesabına göre 2.490.853,00 TL olarak bulunmuştur. 3 numaralı formüle göre “fayda Maliyet

oranı” değeri $= \frac{2.490.853}{1.836.130}$ hesabına göre 1,36 olarak bulunmuştur.

Pediyatrik Yoğun Bakım Ünitesi için hesaplama yapıldığında aylık toplam maliyet= $1.084.267/6 = 180.711$ TL, beklenen yıllık toplam maliyet= $180.711 \times 12 = 2.168.534$ TL olarak bulunur. 1 numaralı formüle göre “bugünkü değere indirgenmiş toplam

maliyet” değeri $= \frac{2.168.534}{(1+0,06)}$ hesabına göre 2.045.787,00 TL olarak hesaplanmıştır.

Benzer şekilde aylık toplam Fayda= $1.529.695/6 = 254.949$ TL, beklenen yıllık toplam fayda= $254.949 \times 12 = 3.059.390$ TL olarak bulunur. 2 numaralı formüle göre

“bugünkü değere indirgenmiş toplam fayda” değeri $= \frac{3.059.390}{(1+0,06)}$ = hesabına göre 2.886.217 TL olarak bulunur. 3 numaralı formüle göre “fayda Maliyet oranı” değeri

$= \frac{2.886.217}{2.045.787}$ hesabına göre 1,41 olarak bulunur.

4. Tartışma

İktisadi olarak sınırlı kaynakların en yüksek faydayı sağlayacak şekilde yönlendirilmesi gerektiğinden, Modigliani ve Miller’ın (1958) doğru yatırım kararlarının firma değerini artırdığına ilişkin yaklaşımı doğrultusunda, sağlık kurumlarının karlılık, süreklilik ve büyüme hedeflerine ulaşabilmeleri için yatırım projelerini titizlikle hazırlayıp değerlendirmeleri beklenmektedir.

Küreselleşme ile birlikte tıp teknolojilerindeki gelişmeler, daha önce tedavisi olmayan birçok hastalığa çözüm sunarken; yüksek maliyetli cihazların sınırlı sayıda hastanede bulunması Türkiye’de tedaviye erişimi kısıtlamaktadır. Bu sorunun aşılması için yerli üretim kritik görülmekte, son yıllarda yapılan yatırımlar sayesinde ileri teknoloji içeren bazı tıbbi cihazların Türkiye’de üretimi başlamış ve maliyetleri düşürerek erişimin iyileştirilmesi hedeflenmektedir. Türkiye’de hızla gelişen tıbbi cihaz sektörü, dışa bağımlılığın azaltılması ve yerli üretimin artırılmasıyla, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır (Arık vd., 2016). Sağlık harcamaları 2020’de %24,3 artmış ve büyük ölçüde kamu sektörü tarafından karşılanmıştır (U.S. ITA, 2024). OECD ortalamasının altında kalmasına rağmen, Türkiye’nin ev-

rensel sağlık sistemi nüfusun %95'ini kapsamaktadır (U.S. ITA, 2024).

Uygulaması yapılan sağlık kuruluşunun yoğun bakımlarının mevcut kapasite ile gelen talepleri doluluk nedeniyle karşılayamaması, kurumun hizmet sunum bütünlüğüne olumsuz etki etmektedir. Yatırımın kullanım alanı olması nedeniyle, yenidoğan yoğun bakım ve pediatrik yoğun bakım için proje geliştirilmiş ve gerekli olan yatırımın tüm yoğun bakımlarda belirlenen talepler ölçüsünde yapılabileceği belirlenmiştir. Yapılan tıbbi cihaz yatırım projesinin değerlendirilmesinde, fayda maliyet analizi değerlendirme tekniğinden yararlanılmıştır. Fayda maliyet analizi yöntemi sağlık kurumlarının yatırımlarının değerlendirilmesine uygunluk gösterdiğinden, değerlendirmelerde bu yöntem ele alınmıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi için yapılan fayda maliyet analizinde oran 1,36 bulunmuştur. Pediatrik yoğun bakım ünitesi için yapılan fayda maliyet analizinde ise bu oran 1,41 olarak hesaplanmıştır.

5. Sonuç ve Öneriler

Tıbbi cihaz yatırımları, yüksek maliyetleri ve hızlı teknolojik eskime riski nedeniyle stratejik bir karar alanı olarak görülmekte; ancak hastanelerde yapılan sistematik derlemeler, bu yatırımlara ilişkin satın alma kararlarının çoğu zaman yapılandırılmış değerlendirme modellerinden ziyade parçalı bilgi, klinisyen talepleri ve bütçe baskıları altında şekillendiğini ortaya koymaktadır (Pimenta, J. F., and Vieira, 2025).

Sağlık kuruluşu yönetimi açısından değerlendirildiğinde, yatırımın fayda maliyet analizine göre belirlenmesi durumunda, kaynakların rasyonel kullanımına ve maksimum faydasına erişilmiş olacaktır (Soylular, 2015). Oranın 1' in üzerinde olması projenin uygunluğunu göstermektedir.

Sonuç olarak inceleme yapılan sağlık kuruluşunda, yukarıda belirtilen ve detaylandırılan faktörler üzerinden tıbbi cihaz yatırımına ilişkin yapılan projenin fayda maliyet faktörü dikkate alınarak yapılan analizinde projenin uygulanmasının uygun olduğu tespit edilmiştir.

Tıbbi cihazların yatırımı ile kurumun tıbbi cihaz yönetimi etkin olarak sağlanarak en yüksek kapasitede kullanılması ile oluşturulacak sağlık hizmetinin kurumun birim maliyetlerini azaltması ve kurum yönetiminin verimliliğini de artırıcı etkide bulunması beklenmektedir.

Gelecek araştırmalarda diğer yoğun bakım ünitelerinde de tıbbi cihaz yatırımının analizine yönelik araştırmalar önerilmektedir.

Kaynaklar

- Ağırbaş İ. (2014). Sağlık kurumlarında finansal yönetim ve maliyet analizi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Akbulut Y., Göktaş B., Ağırbaş İ., Aldoğan E.U., Payziner P.D. (2013) Sağlık kurumlarında finansal yönetim, Editör: İsmail Ağırbaş, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 2863, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 1820, Eskişehir; ss 112-138
- Akgüç, Ö. (1998). Finansal yönetim. İstanbul: Avcıol Basım Yayın; 753.
- Ankara Kalkınma Ajansı. (2013). Ankara bölgesi tıbbi cihaz sektörü raporu. Ankara: Ankara Kalkınma Ajansı Yayınları.
- Arık, Ö., İleri, Y. Y., & Kaya, B. (2016). Sağlık hizmetlerinde tıbbi cihaz sektörü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2).
- Ayanoğlu K., Düzyol, M.C., İlter, N., Yılmaz, C. (1996) Kamu Yatırım Projelerinin Planlanması ve Analizi; DPT, İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Proje, Yatırımları Değerlendirme ve Analiz Dairesi, Ankara.
- Ceydeli N. (2006). Hastane işletmelerinde yenileme yatırım kararları ve bir üniversite hastanesi radyoloji bölümünde uygulama. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi).Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- David, Y. (2019). Strategic planning for health technology. E. Iadanza (Ed.), *Clinical engineering handbook* içinde (2. baskı, ss. 245-250). Academic Press.
- Ertuğrul, E. (2013). Ankara tıbbi cihazlar sektör analizi. Türkiye kalkınma bankası A.Ş. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Müdürlüğü. Ankara. Erişim: <https://www.kalkinmakutuphanesi.gov.tr/assets/upload/dosyalar/ankara-tibbi-cihazlar-sektor-analizi.pdf>
- Kiper M. (2013). Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi Cihaz Sektörü ve Strateji Önerisi. Ankara: Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı.
- Gapenski, L.C.(2007) Healthcare Finance: An Introduction to Accounting and Financial Management, Fourt Edition, Health Administration Press, Chicago.
- Götze, U., Northcott, D., & Schuster, P. (2015). Investment appraisal: Methods and models (2. baskı). Berlin, Almanya: Springer-Verlag.
- Hinrichs-Krapels, S., Ditewig, B., Boulding, H., Chalkidou, A., Erskine, J., & Shokraneh, F. (2022). Purchasing high-cost medical devices and equipment in hospitals: a systematic review. *BMJ open*, 12(9), e057516.
- Hughes, D., McGuire, (2003).A. Stochastic Demand, Production Responses and Hospital Costs. *Journal of Health Economics*. 22(6), 999-1010
- İlter, E. (2001). Yatırım projelerinin hazırlanması ve değerlendirilmesi ve izlenmesi. 305 sayfa. ISBN: 975-96967-1-1.Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Modigliani, F., Miller, M.H. (1958). The cost of capital corporation finance and the theory of investment, *The American Economic Review* 48(3) , 261-297.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2022). *Health at a glance 2022: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Ökem, Z. G. (2011). Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyelik Sürecinde Sağlıkta İnovasyon. TÜSİAD Yayınları İstanbul. 71-8.
- Pimenta, J. F., & Vieira, A. C. (2025). Selection and Prioritization of Medical Devices for HTA Evaluation: A Systematic Review of Existing Approaches. *Applied health economics and health policy*, 23(6), 1005.
- Sarıaslan H. 2010. Yatırım Projelerinin Hazırlanması ve Değerlendirilmesi, Gözden Geçirilmiş 6. Bası, Ankara: Turhan Kitabevi;
- Soylular, B., & Ağırbaş, İ. (2015). Tıbbi Cihaz Yatırım Kararlarının Maliyet Fayda Endeksine Göre Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 68(1), 24-32.
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2005, "Performans Denetim Raporu: Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi", Ankara.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, S.:363-366.
- Toraman, A.R., Bakır, B., Özer, M., Dinçer, T. (1999). İnguinal Hernia'lı Vakaların Ortalama Yatış Sürelerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Klinik Bilimler & Doktor, 5 (2): 170-174.
- U.S. International Trade Administration, (2024). Turkey – Medical technologies and health IT. Country Commercial Guides. Retrieved from <https://www.trade.gov/country-commercial-guides/turkey-medical-technologies-and-health-it>.
- World Health Organization (WHO). (2023). *World health statistics 2023*. Geneva: WHO.
- Yadin, D., Jahnke, E. (2003). Planning Medical Technology Management in a Hospital. Biomedical Engineering.
- Yıldırım, H. H. (2008). Sağlık Teknolojisi Yönetimi: Türkiye Resmin Neresinde?, *Hastane Dergisi*, S:51, s. 110-111.

Beyanlar

Bu çalışmada herhangi bir finansal destek bulunmamaktadır. Yazarların herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır. Bu çalışma Baki YAR adlı biyomedikal mühendisliği tezsiz yüksek lisans öğrencisinin proje dersi çalışmasından türetilmiştir. Ayrıca bu çalışma 2019 IMASCON Güz dönemi kongresinde özet bildiri şeklinde sunulmuştur.



İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE SAĞLIK YÖNETİMİ

“ ”

Kenan GÖZLÜ¹

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü,
kenangozlu@mersin.edu.tr ORCID: 0000-0002-1777-7495

1. Giriş

İnsanlık tarihi ekonomik, sosyal, politik, çevresel ve tıbbi birçok krize şahit olmuştur. Hem doğal hem de insan kaynaklı olarak çıkabilen, hayatın akışını değiştiren ve istenmeyen bu durumlarda çevre zarar görmüş, insanlar ise hayatını kaybetmiş, göç etmek zorunda kalmış ya da yaşam konforunda azalmalar ile mücadele etmek zorunda kalmıştır. Çoğu zaman insan kaynaklı olan bu krizler günlük hayatı etkilediği gibi bireylerin ve toplumların sağlık durumunu da doğrudan etkileyebilmektedir. Yakın dönemde yaşanan ve kısa sürede pandemiye dönüşen COVID-19 krizinde tecrübe edilenler birçok ülkenin aslında krizlere hazır olmadığı gerçeğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda tüm dünyayı etkileyen iklim değişikliğinin başta sağlık olmak üzere çok yönlü bir kriz olarak kabul edilmesi, bu krize karşı önlem alınması ve gerekli planlamaların yapılması, sağlık yöneticilerinin de çözüm üretme çabalarına katılması son derece önemlidir.

İklim değişikliği, 21. yüzyılın en büyük küresel sağlık tehdididir. Sağlık, değişen iklimden (sıcak hava dalgaları, kuraklıklar, şiddetli fırtınalar ve deniz seviyesinin yükselmesi) dolayı doğrudan veya dolaylı (vektör ve solunum yolu hastalıkları, gıda ve su güvensizliği, yetersiz beslenme ve zorunlu yerinden edilmeler) olarak etkilenmektedir. İklim değişikliği artık uzak bir tehdit değil; insan sağlığı üzerinde derin etkileri olan günümüzün bir gerçeğidir. Şiddetlenen aşırı hava olaylarından bulaşıcı hastalık modellerindeki farklılığa kadar, değişen iklimin sağlık üzerindeki etkileri karmaşık ve geniş kapsamlıdır (Pan American Health Organization, [PAHO], 2025).

2020'den bu yana iklim değişikliğinin önlenmesine yönelik finansmandaki artışlara rağmen, özellikle gelişmekte olan ülkeler için finansman yetersiz kalmaya devam etmektedir. İklim değişikliği politikası ile sağlık arasındaki kopukluk, toplumları savunmasız bırakmakta; daha sağlıklı, daha sürdürülebilir bir gelecek yaratma fırsatları kaçmaktadır (World Health Organization [WHO], 2025). İklim değişikliğinden kaynaklanan sağlık riskleri, bölgeler ve topluluklar arasında büyük sosyal eşitsizliklere de katkıda bulunmaktadır. İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri toplumlarda hızla daha belirgin hale gelmektedir. Etkili sağlık hizmeti sunmak için iklim değişikliği gibi önemli sağlık sorunlarına neden olabilen durumlar hakkında en son kanıtlarla bilgi sahibi olmak önemlidir (WHO, 2024).

Sağlık sektörü, iklim değişikliğinden en fazla zarar görecektir, en çok etkilenecek ve toplumun geleceğini etkileyecek kırılganlık düzeyine sahip olan sektördür. Bunun nedeni sağlığı koruma, hastalıkları önleme, sağlığı geliştirme ve erken tanı koyma hizmetlerinin iklim değişikliğinin etkileri karşısında savunmasız kalmasıdır. En kötü senaryoya hazır olmak için insan kaynaklarına ve savunma bütçesine yatırım yapılması gerekmektedir (Evcî Kiraz, 2022).

Bu bölümde iklim değişikliği ve sağlık yönetimi ele alınmıştır. İlk olarak iklim değişikliği kavramı ve iklim değişikliği ile mücadelenin tarihsel gelişimi açıklanmıştır. Daha sonra sağlık yönetimi perspektifinden yapılması gerekenler belirtilmiş, öneriler sunulmuştur.

2. İklim Değişikliği

İklim; bir yerde uzun bir süre boyunca gözlemlenen sıcaklık, rüzgar, hava basıncı, nem, yağış, yağış şekli gibi meteorolojik olayların ortalamasıdır. İklimin hava durumundan farkı, bir yerin meteorolojik olaylarının uzun süreler içinde gözlemlenmesidir. Bir yerin iklimi o yerin yükseltisine, yer şekillerine, enlemine, denizlere olan uzaklığına ve kalıcı kar durumuna bağlıdır. Belli bir bölgenin gelecek iklimine yönelik yorum yapılabilmesi için o bölgede meydana gelmesi olası çevresel değişikliklerin de bilinmesi gereklidir. İklim değişikliği ise “nedeni ne olursa olsun iklimin değişkenliğinde ve/ya da ortalama durumunda onlarca yıl ya da daha uzun süre boyunca gerçekleşen değişikliklerdir.” (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015). Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi’ne göre iklim değişikliği “karşılaştırılabilir zaman dilimlerinde gözlenen doğal iklim değişikliğine ek olarak, doğrudan veya dolaylı olarak küresel atmosferin bileşimini bozan insan faaliyetleri sonucunda iklimde oluşan değişikliktir” (T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, 2025).

İklim değişikliğinin temelinde, bilim insanlarının atmosferdeki belirli gazların, gezegenin yüzeyinden uzaya doğru yayılacak ısıyı hapsetme şeklini tanımlamak için kullandıkları “sera etkisi” adı verilen olgu yatmaktadır. Sera etkisi olmasaydı, dünya soğuk ve yaşanmaz olacağı için dünyadaki yaşamın varlığı için sera etkisi gereklidir. Ancak 19. yüzyılın ortalarından sonlarına doğru, insan faaliyetleri sera etkisini yeni seviyelere taşımaya başlayınca insanlık tarihindeki herhangi bir noktadan daha sıcak olan ve giderek daha da ısınan bir gezegen söz konusu olmuştur. Bu küresel ısınma, doğal döngüleri ve hava modellerini önemli ölçüde değiştirmiş ve aşırı sıcaklık, uzun süreli kuraklık, artan seller, daha şiddetli fırtınalar ve yükselen deniz seviyeleri gibi etkilere yol açmıştır. Bu acınası ve bazen ölümcül etkiler bir araya geldiğinde iklim değişikliği olarak bilinen durum ortaya çıkmıştır (Turrentine, 2022).

İklim değişikliği Pearce (2007) tarafından Tip I iklim ve Tip II iklim olmak üzere iki tip biçiminde açıklanmaktadır. Tip I iklim, doğal iklim değişikliklerini ifade etmektedir. Tip I’de güneş döngüleri, volkanik patlamalar ve doğal sera gazı değişiklikleri gibi doğal olaylarla belirlenen iklim değişiklikleri söz konusudur. İklim değişiklikleri doğal döngüler ve jeolojik süreçler tarafından yönlendirilir ve genellikle uzun zaman dilimlerinde ortaya çıkar. Tip II iklim ise insan faaliyetlerinin neden olduğu değişiklikleri içerir. Tip II’de değişiklikler daha radikal ve keskindir. Bu tip değişikliğe ormansızlaşma, sanayi devrimi sonrası fosil yakıtların yakılması ve diğer insan faaliyet-

leri neden olmaktadır. Pearce'a göre, bu tür değişiklikler, özellikle son birkaç yüzyılda dramatik bir şekilde artmış ve küresel ısınma gibi ciddi çevresel sorunlara yol açmıştır. Günümüzde Tip II değişim potansiyelinin daha büyük olduğu düşünülmektedir. İklim değişikliğinin krize dönüşmesinde insan faaliyetlerinin itici güç olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu kriz insanın, doğanın olağan sürecine müdahalesinin sonucu olarak görülmektedir (Yılmaz Altun, 2025).

İklim değişikliği sıcak hava dalgaları, orman yangınları, seller, tropikal fırtınalar ve kasırgalar gibi insani acil durumlara doğrudan katkıda bulunmakta ve bu acil durumların ölçeği, sıklığı ve yoğunluğu giderek artmaktadır. Araştırmalar, 3,6 milyar insanın halihazırda iklim değişikliğine karşı oldukça hassas bölgelerde yaşadığını göstermektedir (WHO, 2023). İklim değişikliği gelecek nesiller için de bir sorundur. Her yıl daha yüksek ortalama sıcaklıklar kaydedilmekte ve daha fazla insan afetlerden, iklime duyarlı hastalıklardan, diğer sağlık sorunlarından etkilenmektedir. İklim değişikliği, mevcut bazı sağlık tehditlerini daha da kötüleştirmekte ve yeni halk sağlığı sorunları yaratmaktadır. Dünya genelinde, yalnızca birkaç sağlık göstergesi dikkate alındığında, iklim değişikliğinin bir sonucu olarak gelecek on yıllarda yılda 250.000 ek ölüm meydana geleceği öngörülmektedir. Bununla birlikte küresel olarak, çok taraflı iklim finansmanının yalnızca yaklaşık %0,5'inin sağlık projelerine aktarıldığı belirtilmektedir (PAHO, 2025).

3. İklim Değişikliği İle Mücadelenin Tarihsel Gelişimi

Birleşmiş Milletler tarafından 1972'de düzenlenen Stockholm Konferansı, küresel ölçekte çevre konusunda yapılan ilk değerlendirme olarak görülmektedir. Stockholm Konferansı'nda tek olan dünyadan faydalanmanın eşit hak ve sorumluluklar getirdiği ortak kabul görmüş, "bir tek dünyamız var" sloganıyla bu durum pekiştirilmiştir. Bu konferans sonucunda Birleşmiş Milletler çevre faaliyetlerini koordine etmek için Birleşmiş Milletler Çevre Programını başlatmıştır. Bu program ile çevreye yönelik bir dizi konferans 1970'lerde düzenlenmiş ve çevre uluslararası kamuoyunda gittikçe daha fazla tartışılan bir konu olmuştur. Ekim 1985'de küresel ısınmanın önemi ile ilgili ilk bilimsel uzlaşısı Dünya İklim Programı tarafından Avusturya'nın Villach kentinde toplanan uluslararası konferans ile gerçekleşmiştir. Konferansın amacının, iklim ve iklim değişikliği ile ilgili bilgileri arttırmak ve sera gazının iklim değişikliğindeki etkisine dikkat çekmek olduğu ifade edilmiştir. İklim değişikliği Villach Konferansı ile gündeme gelen önemli konulardan biri olmuştur (Engin, 2012).

İnsanların iklim sistemi üzerindeki olumsuz etkisini ve baskısını azaltmak adına 1980'li yılların sonlarından itibaren, Birleşmiş Milletler ve uluslararası kuruluşların öncülüğünde yapılan çalışmalar 1992'de Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi (BMİDÇS), 1997'de Kyoto Proto-

kolü, 2015’de ise Paris Anlaşmasını oluşturmuştur. Bahsedilen dokümanlar ile insan kaynaklı sera gazı emisyonlarını sınırlandırma ve uluslararası emisyon ticareti, sermaye hareketleri ve teknoloji konusu daha fazla ele alınmaya başlamıştır. İklim değişikliği ile mücadele için oluşturulan BMİDÇS’nin yürürlüğe girmesiyle birlikte sözleşmeye taraf ülkelerin etkin olarak katıldığı Taraflar Konferansı düzenlenmeye başlanmıştır. Her yıl Kasım ayında Sözleşmenin uygulanabilirliğine dair müzakereler farklı ülkelerin ev sahipliğinde gerçekleştirilmektedir (T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı, 2024).

Uluslararası sözleşmelerle devletler iklim değişikliğine karşı taahhütlerde bulunsalar da daha sonra sözleşmelerden geri çekilebilmeleri bu mücadeleye zarar vermektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri Başkanı Trump’ın Paris Antlaşmasından geri çekildiklerini duyurması diğer devletlerin de iklim değişikliğine karşı bağlayıcı sözleşmelere mesafeli yaklaşmasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte sağlık başta olmak üzere iklim değişikliğinin etkileri ise uzlaşma ile yol alınması gerekliliğini göz önüne sermektedir.

4. İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerindeki Etkileri

İklim değişikliği, insan sağlığı için temel bir tehdit oluşturmaktadır. Fiziksel çevreyi, sosyal ve ekonomik koşullar ile sağlık sistemlerinin işleyişi de dahil olmak üzere hem doğal sistemlerin hem de insan sistemlerinin tüm yönlerini etkilemektedir. Bu nedenle, iklim değişikliği onlarca yıllık sağlık ilerlemesini baltalayan ve potansiyel olarak tersine çeviren bir tehdit çarpanıdır. İklim koşulları değiştikçe fırtınalar, aşırı sıcaklar, seller, kuraklıklar ve orman yangınları gibi daha sık ve daha yoğun hava ve iklim olayları gözlemlenmektedir. Bu hava ve iklim tehlikeleri, sağlığı hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkileyerek ölüm, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkması ve yayılması riskini artırmaktadır. İklim duyarlı sağlık riskleri kadınlar, çocuklar, etnik azınlıklar, yoksul topluluklar, göçmenler veya yerinden edilmiş kişiler ve yaşlı nüfus olmak üzere en savunmasız ve dezavantajlı gruplar tarafından orantısız bir şekilde hissedilmektedir. Diğer taraftan sağlığa doğrudan zarar veren maliyetlerin (tarım, su ve sanitasyon gibi sağlığı belirleyen sektörlerdeki maliyetler hariç) 2030 yılına kadar yılda 2-4 milyar ABD doları arasında olacağı tahmin edilmektedir. Sağlık altyapısı zayıf olan bölgeler (çoğunlukla gelişmekte olan ülkelerde) hazırlık ve müdahale desteği olmadan başa çıkamayacak durumdadır (WHO, 2023). Bununla birlikte yönetimdeki en büyük sorunlardan biri, iklim değişikliği ile mücadele hakkındaki politikalarda sağlık etkilerinin yeterince incelenmemesidir (Akan, 2025). Diğer önemli bir sorun da kapitalist yapılar içindeki çıkar gruplarının insanların refahından ziyade kârı ön plana çıkarmaya devam etmesidir (van Daalen vd, 2024).

İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri, iklim değişikliğinin temel göstergeleri (maruziyet, tehlike, riskler ve uyum, etkilenebilirlik) ile sağlık

göstergeleri (sağlığın bireysel, sosyal, hizmet, ekonomi ve politika belirleyicileri) dengede olduğu zaman görünmemekte, bu hassas denge bozulduğunda ise kriz ortaya çıkmaktadır (Evcir Kiraz, 2022). Küresel ortalama sıcaklıklar bir takvim yılında (2024'te) ilk kez 1,5°C eşiğini aşmış ve gelecekte daha da sıcak olma olasılığı yüksek görölmektedir. Su kıtlığı, gıda güvensizliği ve bölgeler genelinde toplulukları zorlayan sağlık sorunlarının sonuçları şimdiden görölmektedir. İklim değişikliğine karşı yavaş müdahaleler ve hızlanan bozulmanın bu birleşimi dünyanın daha sonra karşı karşıya olduğu seçimleri belirlemektedir (United Nations Climate Change Secretariat, 2025).

İklim değişikliği, küresel olarak insan ve diğer canlıların sağlığının yanı sıra ekosistemler için de en önemli tehditlerden birini oluşturmaktadır. İklim değişikliğinin etkilerini azaltmayı, uyum sağlamayı ve bunlara müdahale etmeyi amaçlayan mevcut yasal ve düzenleyici çerçevelere rağmen insan faaliyetleri olumsuz sonuçlara yol açmaya devam etmektedir. Biyolojik çeşitliliğin kaybı da iklim değişikliğiyle ilişkili olup, kötü sağlık sonuçlarına sebep olmuştur. İklim değişikliği nedeniyle küresel olarak yaklaşık bir milyon tür yok olma tehlikesiyle karşı karşıyadır ve değişen iklim, bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkma ve yayılma riskini artırmaktadır. Fosil yakıtların yakılması gibi iklim değişikliğinin nedenleri de önemli sağlık sorunlarına katkıda bulunmaktadır. İklim değişikliğini hafifleten ve uyum sağlayan önlemler de dahil olmak üzere iklim değişikliğiyle mücadele için acil ve ortak bir eylemde bulunulmazsa, bu sağlık riskleri hem kapsam hem de şiddet açısından artmaya devam edecektir. Bunun önemli sosyo-ekonomik maliyetleri vardır ve iklim değişikliğine karşı en az katkıda bulunan nüfuslar genellikle en kötü sonuçlarla karşı karşıya kalmaktadır (Nuffield Council on Bioethics, 2025).

İklim değişikliği, evrensel sağlık kapsamı sağlama kapasitesini azaltarak sağlık çalışanlarını ve sağlık altyapısını da etkilemektedir. Daha temelde iklim şokları, değişen sıcaklık ve yağış düzenleri, kuraklık, seller ve yükselen deniz seviyeleri gibi artan stresler, sağlığın çevresel ve sosyal belirleyicilerini bozmaktadır. Temiz hava, su ve topraktan gıda sistemlerine ve geçim kaynaklarına kadar sağlığın tüm yönleri iklim değişikliğinden etkilenmektedir. İklim değişikliğiyle mücadelede daha fazla gecikme, sağlık risklerini artıracak küresel sağlık alanında onlarca yıllık iyileştirmeleri baltalayacak ve herkes için sağlık hakkını güvence altına alma konusundaki ortak taahhütlere aykırı olacaktır (WHO, 2023).

5. Sağlık Yönetimi Perspektifinden İklim Değişikliğine Karşı Stratejiler

Sağlık sektörü, iklim değişikliğine neden olan sera gazı emisyonlarının azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Güneş panelleri, enerji tasarruflu ekipman kullanımı, atık yönetimi, sağlık tesislerinin yeşillendirilmesi gibi adımlara ihtiyaç vardır (PAHO, 2025). Sağlık sistemleri, bireysel ve toplumsal

düzeyde dayanıklılığın temelini oluşturmaktadır. Sağlık sistemleri önemli bir yapı görevi görerek, olumsuz sağlık sonuçlarını önlemede ve tüm dünya vatandaşlarını korumada genellikle ilk savunma hattı olarak kabul edilmektedir (Lugten ve Hariharan 2022). Bu bağlamda küresel sağlık aktörü olan Dünya Sağlık Örgütü'nün (2023) iklim değişikliğine karşı verdiği yanıt 3 ana hedef ve bu hedeflere yönelik eylemler etrafında şekillenmektedir:

- Hem karbon emisyonlarını azaltan hem de sağlığı iyileştiren eylemleri teşvik etmek

- Temiz enerji ekonomisine hızlı ve adil bir geçişi desteklemek

- İklim değişikliğini azaltma politikasının merkezinde sağlığın yer almasını sağlamak

- En büyük sağlık kazanımlarını getiren azaltma eylemlerini hızlandırmak

- Politika değişikliğini yönlendirmek ve kamuoyu desteği oluşturmak için sağlık topluluğunun gücünü harekete geçirmek.

- Daha iyi, iklim değişikliğine daha dayanıklı ve çevresel olarak sürdürülebilir sağlık sistemleri oluşturmak

- Temel hizmetleri, çevresel sürdürülebilirliği ve iklim direncini evrensel sağlık kapsamının ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezi bileşenleri olarak sağlamak

- Yüksek emisyonlu sağlık sistemlerini karbondan arındırırken sağlık sistemlerinin daha ucuz, daha güvenilir ve daha temiz çözümlere ulaşmasını desteklemek

- İklim direncini ve çevresel sürdürülebilirliği, sağlık iş gücünün kapasitesi de dahil olmak üzere, sağlık hizmeti yatırımlarına entegre etmek.

- Sağlığı iklim değişikliğinin geniş yelpazedeki etkilerinden korumak

- Sağlık kırılganlıklarını değerlendirmek ve sağlık planları geliştirmek

- İklim riskini entegre etmek, aşırı sıcaklık ve bulaşıcı hastalık gibi temel riskler için iklim bilgisine dayalı gözetim ve müdahale sistemleri uygulamak

- Su ve gıda gibi sağlığı belirleyici sektörlerde dayanıklılığı ve uyumu desteklemek

- Sağlık uyumu ve dayanıklılığı için finansman açığını kapatmak.

Sağlık profesyonelleri toplumda birçok rol üstlenmektedir; bunlardan biri de güvenilir bir toplumun sesi olmaktır. Bu, bir sağlık profesyonelinin

insan sağlığını iklim değişikliğinden korumaya yardımcı olacak şekilde iletişim kurmak için iyi bir konumda olduğu anlamına gelir (WHO, 2024). Dünya Sağlık Örgütü (2023) ofisleri aracılığıyla, sektörler arası işbirliğine, güncellenmiş rehberliğe, uygulamalı eğitime, proje hazırlığı ve yürütülmesinin yanı sıra iklim ve sağlık finansmanının sağlanmasına odaklanarak sağlık bakanlıklarına destek vermektedir. DSÖ aynı zamanda iklim değişikliğine dayanıklı ve düşük karbonlu sağlık sistemlerine yönelik taahhütlerini yerine getirmelerinde ülkeleri desteklemek amacıyla çeşitli sağlık ve kalkınma ortaklarını bir araya getiren İklim ve Sağlıkta Dönüştürücü Eylem İttifakına liderlik etmektedir.

Gelişmiş ülkelerde dayanıklı sağlık sistemleri oluşturmaya yönelik çabalar, iklim değişikliğinin sağlık politikalarına entegre edilmesiyle umut verici ilerlemeler kaydetmiştir. Yenilikçi teknolojilere, erken uyarı sistemlerine ve iklim değişikliğine dayanıklı altyapıya yapılan önemli yatırımlar, iklim risklerine karşı proaktif önlemleri yansıtmaktadır. Eş zamanlı olarak, yüksek riskli popülasyonlar için sağlık hizmeti sunumunu ve erişimini iyileştirmeye, sağlık çalışanlarının refahına öncelik vermeye ve iklim değişikliğinin ortaya koyduğu zorlukların üstesinden gelmek için gerekli kanıtları ve sağlam veri sistemlerini üreten kurumsal kapasiteyi geliştirmeye odaklanılmıştır. Bununla birlikte, sağlık sistemlerinin iklim risklerine uyum sağlamasında önemli engeller devam etmektedir. Zorluklar arasında iklim risklerinin düşük algılanması, yetersiz politika uygulama ve değerlendirme mekanizmaları ile sosyo-ekonomik eşitsizlikler yer almaktadır. Sağlık sistemlerinin iklim uyum stratejilerinin küresel olarak haritalandırılması kanıta dayalı karar verme süreçlerini bilgilendirmek, en iyi uygulamaları belirlemek ve iklim değişikliğine yönelik mevcut yanıtlardaki boşlukları ve zorlukları ele almak için önemli bir çaba olabilir. DSÖ'nün dayanıklılık çerçevesiyle uyumlu çözümler, iklimle ilgili krizler sırasında temel sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlayabilir (Ansah vd, 2024).

6. Sonuç

İklim değişikliği uzun yıllardır var olmasına rağmen, bugün küresel bir zorluktur. Sağlık sistemlerinin dayanıklılığına ilişkin çalışmaların bilimsel düzeyde benimsenmesi ve entegre edilmesi, gelecekteki sağlık etkilerini değerlendirmek ve tahmin etmek için çok disiplinli bir yaklaşımın vurgulanması gerekmektedir. Politika ve müdahale arasındaki boşluk, kriz zamanlarında sağlık sistemlerini etkin bir şekilde yönetmek için gerekli olan uyarlanabilir ve dönüştürücü değişiklikler yapılarak azaltılabilir (Gkouliaveras vd, 2025).

Sağlık topluluğu, iklim değişikliği ile mücadelede geçici başarıları kutlarken mevcut ve gelecek nesillerin sağlığını koruma ihtiyacını vurgulamaya devam etmelidir. Temel sosyal değişim olmadan, fosil yakıtlar aşamalı olarak ortadan kaldırılmadan ve iklim adaleti sağlanmadan iklim değişikliği için

sağlık anlatısının vaat ettiği “herkes için sağlık” durumunu gerçekleştirmesi zordur (van Daalen, 2024).

Sağlık yöneticilerinin tüm dünyayı ilgilendiren iklim değişikliğine karşı birlikte hareket etmesi, zaman geçirmeden politikalar üretmesi, sağlık sistemlerini izlemesi ve değerlendirmesi gerekmektedir. Her geçen gün kaybedilmiş yaşamlar ve daha büyük zorluklarla mücadele anlamına gelmektedir. Bu nedenle sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen sektör temsilcileri, yerel yönetimler, medya kuruluşları, politikacılar ile daha fazla ortak çalışmaya imza atmak ve sinerji oluşturmak son derece önemlidir. Bu aktörler arasında medya kuruluşlarının sürekli olarak iklim değişikliğini gündemde tutması ve politikacıların daha eşgüdümlü çalışması da önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

- Akan, H. (2025). İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerindeki Etkileri ve Küresel Sağlık Diplomasisinin Rolü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 67.
- Ansah, E.W., Amoadu, M., Obeng, P. et al. (2024). Health Systems Response to Climate Change Adaptation: A Scoping Review of Global Evidence. *BMC Public Health* 24, 2015.
- Engin, B. (2012). İklim Değişikliği ile Mücadelede Uluslararası İşbirliğinin Önemi. *Sosyal Bilimler Dergisi* (2), 71-82.
- Evcı Kiraz, E.D. (2022). İklim Değişikliğinin Sağlık Etkilerinin Yükü. M. Bulut ve C. Korkut (Ed). *Döngüsel Ekonomi ve Sürdürülebilir Hayat* (s. 339-358). Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları.
- Gkouliaveras, V., Kalogiannidis, S., Kalfas, D., & Kontsas, S. (2025). Effects of Climate Change on Health and Health Systems: A Systematic Review of Preparedness, Resilience, and Challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(2), 232.
- Lugten E, Hariharan N. (2022). Strengthening Health Systems for Climate Adaptation and Health Security: Key Considerations for Policy and Programming. *Health Security*, 20(5), 435-439.
- Nuffield Council on Bioethics, (2025). Climate Change and Health: Embedding Ethics into Policy and Decision Making.
- Pan American Health Organization, (2025). Climate Change and Health. Erişim Tarihi: 01.09.2025, <https://www.paho.org/en/topics/climate-change-and-health>
- Pearce, F. (2007). *With Speed and Violence: Why Scientists Fear Tipping Points in Climate Change*. Beacon Press.
- T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, (2025). İklim Değişikliği Nedir? Erişim Tarihi: 02.09.2025, <https://iklim.gov.tr/ssss/temel-kavramlar>
- T.C. Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı, (2024). İklim Değişikliği ve Uluslararası Müzakereler. Erişim Tarihi: 02.09.2025, <https://enerji.gov.tr/bilgi-merkezi-iklim-degisikligi-ve-uluslararasi-muzakereler>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2015). İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerinin Azaltılması Ulusal Programı ve Eylem Planı. Bakanlık Yayın No: 998, 1. Baskı, Ankara.
- Turrentine, J. (2022). What Are the Causes of Climate Change? Erişim Tarihi: 01.09.2025, <https://www.nrdc.org/stories/what-are-causes-climate-change>
- United Nations Climate Change Secretariat, (2025). Yearbook of Global Climate Action 2025, Marrakech Partnership for Global Climate Action, Bonn.
- van Daalen KR, Wyma N, Schauer-Berg J, et al. (2024). The Global Health Community at International Climate Change Negotiations. *BMJ Global Health*, 9:e015292.

- World Health Organization. (2023). Climate Change. Erişim Tarihi: 02.09.2025, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
- World Health Organization, (2025). Climate Change and Health Draft Global Action Plan on Climate Change and Health. Seventy-eighth World Health Assembly.
- World Health Organization. (2024). Communicating on Climate Change and Health: Toolkit for Health Professionals. Geneva.
- Yılmaz Altun, Ö. (2025). İklim Değişikliğinin Sosyolojisi Neden Gereklidir? Beykoz Akademi Dergisi, 13(1), 148-175.



KALKINMA KÜTÜPHANESİ KAYNAKLARI ÇERÇEVESİNDE TRAKYA BÖLGESİ'NDE SAĞLIK TURİZMİ

“ ”

Pınar ÖZDEMİR KARACA¹

¹ , Dr. Öğr. Üyesi, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, Kırklareli, Türkiye. ORCID: 0000-0002-6952-8028. E-mail: pinar.ozdemir@klu.edu.tr.

Giriş

Küreselleşme ile birlikte birçok sektör önemli ve köklü değişimler yaşamaktadır. Ulaşımın yaygınlaşması, çeşitlenmesi ve nispeten ucuzlaması, internet ve bilgi teknolojilerinin istenilen her türlü bilgiyi kısa zamanda insanların hizmetine sunması, medya kanallarının artması gibi faktörler hem insanların yeni yerler görme, yeni deneyimler yaşama isteğini artırarak ufku açmış, hem de tanımak ve seyahat etmek istedikleri uzak ülkeleri onlara yakınlaştırmıştır. Küresel pazar kavramının ülkeler arasındaki sınırları ortadan kaldırmasıyla, insan yaşamında iki önemli kavram olarak karşımıza çıkan sağlık ve turizm de sektörel bazda önemli ölçüde gelişmeler yaşamıştır (Tengilimoğlu ve Kurumlu, 2016).

Günden güne artan yüksek bir ekonomik potansiyele sahip alternatif bir turizm türü olan sağlık turizmi genel olarak, yaşanılan yerin dışındaki bir ülkeye veya bölgeye tıbbi veya tıbbi olmayan hizmetleri almak üzere yapılan seyahatleri ve bu süreçte turistik faaliyetlere katılımı ifade etmektedir (Aydın ve Karamehmet Aydın, 2015). Hastalar, şehirlerinde ya da ülkelerinde bulunmayan ya da bulunsu dahi daha kaliteli şekilde alacaklarını düşündükleri sağlık hizmetlerini ve katılacakları turizm faaliyetlerini birer fırsat olarak görürken; gelişmiş ülkelerdeki hükümetler ve sağlık sigortası acentaları ise bu durumu sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürmek için bir fırsat olarak değerlendirmektedir. Öte yandan gelişmekte olan ülkeler ise, bu yeni endüstriden büyük bir pay almak için çalışmaktadırlar.

Bu çalışmanın amacı kalkınma ajanslarının yayınlamış olduğu bölgesel plan ve program, sektör proje ve raporları ile etki analizleri gibi dokümanları Kalkınma Kütüphanesi aracılığıyla inceleyip Trakya Bölgesi'nin yerel sağlık turizmi potansiyeline, sağlık turizminin mevcut durumuna, sağlık turizmi uygulamalarına vb. dair bir inceleme ve değerlendirme yapmaktır. Kalkınma Kütüphanesi, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Kalkınma Ajansları Genel Müdürlüğüne bağlı olan ve 26 Kalkınma Ajansının hazırlamış olduğu dokümanlara tek bir internet sayfasından ulaşılmasını sağlayan interaktif bir portal ve bir e-kütüphanedir (Kalkınma Kütüphanesi, 2025). Bu amaçla yola çıkılarak literatürde yapılan incelemede Trakya Bölgesi'nde sağlık turizmi potansiyeli, sağlık turizminin mevcut durumunu, bölgesel ve iller bazında destinasyon pazarlamasında kullanılabilecek alternatif mecraları ve sağlık turizmi uygulamalarını çeşitli rapor/dokümanlar ve dijital kütüphaneler arasında yer alan kalkınma kütüphanesi aracılığıyla ortaya koyan bir çalışmaya rastlanılmamış olması bu çalışmanın önemini ortaya koymaktadır. Çalışmada, "Trakya Bölgesi'nin sağlık turizmi potansiyeli nedir ve bu potansiyeli ortaya çıkarmak amacıyla ne gibi uygulamalar yapılmıştır?" sorusuna yanıt aranmaktadır. Bu kapsamda, öncelikle sağlık turizmi kavram ve kapsamı incelendikten sonra; Kalkınma Kütüphanesinde yer alan Trakya Bölgesi'nin sağlık turizmi potansiyelini ortaya koymak amacıyla hazırlanan analiz, plan, program ve

raporlar değerlendirilmiştir. Çalışma, bu dokümanlara ilişkin değerlendirme sonuçları ve bu sonuçlar çerçevesinde Trakya Bölgesi'nde sağlık turizminin gelişmesine yönelik çeşitli önerilerle tamamlanmıştır. Bu değerlendirme sonuçları ile öneriler bölgede faaliyet gösteren kurum ve kuruluşların yararına sunulmuştur.

Temel amacı Trakya Bölgesi'nin sağlık turizm potansiyelini ve mevcut uygulamaları incelemek olan bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden doküman analizi yöntemi kullanılarak, Kalkınma Kütüphanesinde yer alan Trakya Bölgesi'ndeki sağlık turizmine yönelik dokümanlar incelenmiştir. Doküman analizi, matbu ve elektronik belgelerin incelenmesi ve değerlendirilmesinde kullanılan işlemler bütünüdür (Bowen, 2009). Çalışma kapsamında 2025 yılı Ağustos ve Eylül aylarında T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığının uygulamalarından biri olan Kalkınma Kütüphanesi içeriği, kütüphanenin ana sayfasındaki “kategori ve illere göre filtrele” açılır menüsünde yer alan 13 kategorinin hepsi (çalıştay raporu, etki değerlendirme, fizibilite raporu, il raporları, ilçe raporları, istatistik-göstergeler, iyi uygulama örnekleri, ön fizibilite raporu, planlar, sektör raporları, tanıtım dokümanı, ülke raporu ve yatırım rehberi) ile 81 il arasından Trakya Bölgesi'nde yer alan Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ, “tema/sektör ve bölgelere göre filtrele” açılır menüsünden ise 27 tema/sektör arasından “sağlık” ve “turizm” ile 27 bölge içerisinden Kırklareli, Edirne ve Tekirdağ illerinden oluşan TR21 filtrelenerek detaylı arama yapılmıştır. Bu filtrelemlere göre yapılan arama sonucunda ekrana gelen 24 doküman arasından “sağlık” ve “turizm” kavramlarını birlikte ele alan dokümanlar belirlenip aşağıda sıralanmış ve çalışma kapsamına dahil edilmiştir (Kalkınma Kütüphanesi, 2025).

- Edirne’de Alternatif Turizm Türlerinin Geliştirilmesine Yönelik Eylem Planı

- Sağlık Turizmi: Trakya Destinasyonu
- Trakya Bölgesi Mevcut Durum Raporu (2012)
- 2012 Trakya Bölgesi Turizm Potansiyeli Araştırması
- 2013-2023 Trakya Bölgesi Turizm Master Planı
- TR21 Düzey-2 Bölgesi Trakya Bölge Planı (2014-2023)
- TR21 Düzey-2 Bölgesi Bölge Planı (2024-2028)

Kalkınma Kütüphanesinde yer alan dokümanlar aracılığıyla Trakya Bölgesi'ndeki sağlık turizm potansiyelini ve bu potansiyeli ortaya çıkarmak amacıyla ne gibi uygulamalar yapıldığını vurgulamayı amaçlayan bu çalışmanın çeşitli sınırlılıkları da bulunmaktadır. Bu sınırlılıkları şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Çalışma yalnızca Trakya Bölgesi'ne odaklandığından ulaşılan bulgular sadece bu bölge için geçerlidir ve diğer bölgelere genellenemez.
- Çalışma kapsamında yalnızca Kalkınma Kütüphanesindeki dokümanlar incelendiğinden veri kaynağı Kalkınma Kütüphanesi ile sınırlıdır.
- Çalışmada incelenen dokümanlar 2025 yılı Eylül ayı sonuna kadar Kalkınma Kütüphanesinde yayınlanmış olan dokümanlar ile sınırlıdır.
- Çalışmada kullanılan dokümanlar, Kalkınma Kütüphanesinin arama kısmındaki filtrelerle elde edilen ve “sağlık” ve “turizm” kavramlarını birlikte ele alan arama sonuçları ile sınırlıdır.
- Dokümanlarda yer alan veriler genellikle nitel özellikte olduğundan sağlık turizmi alanındaki potansiyeli ve mevcut durumu sayısal olarak ölçme ya da karşılaştırma konusunda sınırlıdır.

Sağlık Turizmi Kavramı

Küreselleşmeyle ülkeler arasındaki ekonomik, sosyal ve kültürel alan-daki sınırların ortadan kalmasıyla birlikte, turizm faaliyetlerinin kapsamı genişlemiş ve yeni turizm türleri ortaya çıkmıştır. Katılımcılarının amaçlarına göre turizm çeşitlerini geleneksel turizm ve alternatif turizm olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. Sadece kumsal ve deniz keyfi yaşamak üzere tatil yapmak geleneksel turizm, bunlar dışındaki amaçlarla yapılan ve son yıllarda gittikçe popülerleşen eko turizm, kongre ve fuar turizmi, golf turizmi, vb. gibi turizm türleri ise alternatif turizm türleridir. Alternatif turizm türlerinden biri olan sağlık turizmi, ülkeler arasında işbirliği ve ortaklıkların artması, bireylerin sınır ötesi seyahat imkanlarının çoğalması, yüksek kalitedeki sağlık hizmetleri ve profesyonel insan kaynağına olan talebin artması, hizmet maliyetlerinin ülkeler arasında farklılaşıyor olması, tedavi amacı ile yapılan seyahatlerin tatil yapma arzusuyla birleşmesi gibi nedenlerle son yıllarda sıkça gündeme gelmektedir. Diğer turizm türleri gibi sezonluk olmayan sağlık turizmi, sağlığı koruma, geliştirme veya iyileştirme amacıyla tıbbi ya da tıbbi olmayan sağlık hizmetlerini belirli bir süre için yaşanan yerin dışındaki bir ülkeye veya bölgeye seyahat ederek almayı ifade eder. Hastalar ve hasta ailelerinin rahatlığını sağlayarak tıbbi seçenekler sunmanın yanı sıra tatil olanaklarından da faydalanmayı sağlayan sağlık turizmi, yurt dışından gelen hasta talebinden yararlanarak sağlık kurumlarının gelişimini ve büyümesini sağlamaktadır (Akdu, Bostan ve Akdu, 2016; Altın, Bektaş, Antep ve İrban, 2012; Aslan ve Şahin, 2016; Aydın ve Karam Mehmet Aydın, 2015; Çeken, Karadağ ve Dalgın, 2007; Çetin, 2011; Gökdayı ve Polat, 2015; Hacıoğlu, Şahin ve Şahin, 2008; Kantar ve Işık, 2014; Kördeve, 2016; Mustafazade ve Mustafazade, 2016; Özer ve Songur, 2012; Tengilimoğlu ve Kurumlu, 2016; Toprak, Elsaied ve Mahmood, 2014).

Sağlık Turizminin Genel Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin yanı sıra ulaşım, finans, haberleşme gibi birçok sektör ve paydaşı ilgilendiren geniş ve karmaşık bir alanı kapsayan sağlık turizminin, diğer turizm türlerinden ayrılan yanlarıyla birlikte kendisine has özelliklerini aşağıdaki şekilde açıklamak mümkündür (Aslanova, 2013; Özalp, 2005; Altın ve ark., 2012):

- Teknolojik altyapı ve nitelikli insan kaynağına ihtiyaç duyan bir turizm türüdür.
- Hizmet veren sağlık kuruluşunun, küresel standartlara uygun biçimde hizmet sunması önemlidir.
- Hizmet veren sağlık kuruluşunda, hastalarla ortak bir dilde iletişim kurabilen çalışan olması gereklidir.
- Değer yaratma potansiyeli yüksek olan bu turizm türü, hasta ve refakatçileri yönelik çeşitli turizm seçeneklerinin geliştirilmesini desteklemektedir.
- Belirlenen hedef pazara yönelik çok dilde desteklenen tanıtım ve pazarlama uygulamaları gerekmektedir.

Sağlık Turizmi Türleri

Sağlık turizmi türleri 4 başlık altında incelenebilir (Hospitality Health & Travel, 2016):

- Medikal (tıp) turizm
- Termal turizm
- Üçüncü yaş (55 yaş üstü) turizmi
- Yaşlı (ileri yaş, geriatrik) ve engelli (rehabilitasyon) turizmi

Literatür incelendiğinde kimi zaman sağlık turizmi kavramıyla aynı anlamda kullanıldığı da görülen medikal turizm kavramının, aynı ülkede şehirlerarası ya da uluslararası alanda sınır ötesi seyahat eden hastaların, daha ucuz ya da daha ileri teknolojiyle tıbbi sağlık hizmeti (yüksek standarttaki medikal uygulamalar, ileri teknoloji içeren cerrahi operasyonlar, diş tedavileri, transplantasyon, estetik cerrahi uygulamaları, göz tedavileri, infertilite ve diyaliz tedavisi, vb.) almak amacıyla gerçekleştirdikleri turistik hareketleri kapsamaktadır. Genelde hastaların kendi ülkelerindeki yüksek tedavi masrafları, uzun bekleme süreleri gibi sebeplerle, ikamet ettikleri ülkelerden başka ülkelere giderek gerçekleştirilen turizm hareketleridir. Medikal turizm için ziyaret edilen ülkede, hastalar için organize edilmiş özel seyahat programları da düzenlenebilir (Barca, Akdeve ve Balay, 2013; Dinçer ve Aydoğan Çifçi, 2016; Kantar ve Işık, 2014; Kördeve, 2016; Özer ve Songur, 2012).

Sağlık turizminin alt kategorilerinden olan termal turizm, kaplıca ve “sudan gelen sağlık” anlamına gelen SPA ve zihinsel, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden esenlik içinde olmayı ifade eden Wellness’ı da kapsayan bir sağlık turizmi türüdür. Termal turizm, kaplıca ve SPA merkezlerinde konaklama hizmetlerinin sunumunun yanı sıra termal suların, çamurların ve çevresindeki iklim/doğa şartlarının hep birlikte ve uzman sağlık personeli eşliğinde, egzersiz programları, fizik tedavi, rehabilitasyon, psikoterapi, diyet uygulamaları gibi tedavilerle uyum içinde yapılan kür uygulamalarını kapsayan, medikal masaj gibi tıbbi uygulamalarında yapıldığı tedavi edici ve sağlığı koruyucu uygulamaları içermektedir. Türkiye’de jeotermal kaynaklardan elde edilen sular, sıcaklıkları, debileri, kimyasal özellikleriyle vücudun su ve tuz dengesinin ayarlanmasına, yorgunluğun ve ağrıların hafiflemesine, bedenin enerji kazanmasına yardımcı olmaktadır, dolayısıyla kaliteli ve yaygın bir termal ağa sahip olan termal turizm, Türkiye sağlık turizmi sektöründe hızla artan bir potansiyele sahiptir (Aktepe, 2013; Kantar ve Işık, 2014; Kördeve, 2016; Türkiye Sağlık Vakfı, 2010).

Üçüncü yaş (55 yaş üstü) turizmi, ülkelerin gelişmişlik seviyesinin artması ve bununla beraberinde sağlık koşullarının da iyileşmesiyle birlikte doğumda beklenen yaşam süresi artmış, ömür uzamıştır. Bu durum dinamik, fiziken aktif ve rekreatif aktivitelere katılma isteği bulunan bir nüfusun ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu turizm türü emeklilik yaşı ile ilişkilendirildiğinden ve emeklilik yaşının ülkeden ülkeye farklılık göstermesi sebebiyle ortalama 55 yaş üstü bireylerin keyif amaçlı çıktıkları seyahatler üçüncü yaş turizmi olarak ifade edilmeye başlanmıştır. Üçüncü yaş turistleri çalışma dönemlerinde erişemedikleri doyumunu emeklilikte yakalamak amacıyla dost-akraba ziyaretlerinin yanı sıra medikal turizme, kültürel ve doğal güzelliklere yönelik turizme yönelerek seyahat tercihlerini şekillendirmektedir (Patterson, 2006; Yıldırım, 1997; Zsarnoczky, 2017).

Yaşlı (ileri yaş, geriatrik) ve engelli (rehabilitasyon) turizmi ise yaşlı ve engellilerin bakımı, rehabilitasyonu, meşguliyet terapisi gibi çeşitli terapi hizmetlerinin ve medikal tedavilerinin birlikte verildiği gezi turlarını da içeren bir sağlık turizmi türüdür. İleri yaş turizmi, bilhassa 65 yaş üstü bakıma muhtaç yaşlıların, bakım ihtiyaçlarını ve tedavileri kapsayan seyahatler yapmasıdır. Engelli turizmi ise, engelli bireylerin gezi, seyahat, eğlence ve tedavi gereksinimlerini karşılamaya yönelik olarak geliştirilen bir sağlık turizmi türüdür. Gelişmiş ülkelerde insan ömrünün uzaması beraberinde, yaşlı bakım maliyetlerinin sağlık harcamaları içindeki payının da artmasına neden olmaktadır. Dünya nüfusunun hızla yaşlanması nedeniyle önemli bir potansiyele sahip olan bu turizm türünde, hizmet yeri olarak klinik oteller/konukevleri, geriatrik tedavi merkezleri, rehabilitasyon merkezleri, eğlence ve dinlenme alanları, bakım merkezleri ve tatil köyleri kullanılmaktadır (Acar ve Turan, 2016; Kantar ve Işık, 2014; Mustafazade ve Mustafazade, 2016; Öz-sarı ve Karatana, 2013).

Trakya Bölgesi'nin Genel Özellikleri

Trakya Bölgesi, Türkiye'nin kuzey batısında yer alan, Bulgaristan ve Yunanistan'a sınırı bulunan, doğusunda İstanbul, kuzeyinde Karadeniz, güneyinde Marmara Denizi ve batısında Ege Denizi'ne kıyısı bulunan tek bölgedir. Kırklareli, Edirne ve Tekirdağ'ı kapsayan bu bölgede, Avrupa Birliği üyesi ülkeler ile Asya kıtası arasında bağlantı kurmaya imkan tanıyan Edirne'de 4 sınır kapısı (Kapıkule, Hamzabeyli, İpsala, Pazarkule), Kırklareli'nde ise bir sınır kapısı (Dereköy) bulunmaktadır. Bölge halkının büyük bir bölümünün Balkan Ülkeleri'nden göçerek bölgeye yerleşmesi nedeniyle, bölge fiziki rolünün ötesinde, kültürel ve sosyal etkileşim bağlamında bir köprü işlevi de taşımaktadır (Edirne İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2025; Kırklareli İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2025; T.C. Ticaret Bakanlığı, 2025).

Ülkemizin en batısında yer alan, Avrupa ile sınırlarımızı oluşturan ve üç denize de kıyısı bulunan tek bölge niteliği taşıyan Trakya Bölgesi, jeo-stratejik öneminin yanı sıra birçok doğal, kültürel ve tarihi değeri de bünyesinde barındırmaktadır. Bölgede bulunan sınır kapılarının aktif şekilde çalışması ve bölgeye/ülkeye çok sayıda turistin giriş-çıkışına imkan tanınması turizm açısından önemli bir unsurdur. Diğer turistik bölgelere göre nispeten bakir kalmış ancak kayda değer bir potansiyele sahip olan bu bölgemizin doğal güzellikleri incelendiğinde, Edirne'nin Enez ve İpsala ilçeleri sınırlarında yer alan Gala Gölü Milli Parkı, Saroz Körfezi, Meriç, Tunca ve Arda nehirleri, Tuz Gölü, anıt ağaçları; Tekirdağ'ın Ganos ve Istranca Dağlarının bir bölümünü sınırları içerisinde barındırması, sahilleri, plajları ve anıt ağaçları; Kırklareli'nin Istranca Dağları ve Ormanları, İğneada Longoz (su basar) Ormanları Milli Parkı, gölleri, Demirköy, Kastro Körfezi, Kıyıköy, İğneada ve Limanköy sahilleri, Dupnisa Mağarası, orman köyleri, höyükleri, anıt ağaçları, tümülüsleri ile dikkat çeken bir bölge olduğu görülmektedir (Boğaziçi Üniversitesi & Trakya Kalkınma Ajansı [TRAKYAKA], 2013; Çiftci, Çakır ve Çakır, 2016; Doğa Koruma ve Milli Parklar Genel Müdürlüğü, 2025; Edirne İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2025; Kırklareli İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2025; Morgül, 2014; Tekirdağ İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2025).

Bölgenin kültürel ve tarihi yapısı ele alındığında ise, Avrupa ile Asya kıtaları arasında bir geçiş noktası ve tarih boyunca çok sayıda medeniyetin yaşam alanı olması nedeniyle Perinthos (Tekirdağ, Marmara Ereğlisi), Hadrinapolis Antik Kenti (Edirne), Ainos Antik Kenti (Edirne, Enez) ve Bizya Antik Kenti (Kırklareli, Vize) ile geçmiş dönemlerde önemli yerleşim yerleri olarak göze çarpmaktadır. Ayrıca özellikle Edirne'nin Osmanlı İmparatorluğu'na başkentlik yapmış bir şehir olması sebebiyle zengin bir tarihe ve kültürel yapıya sahip olduğu görülmektedir. UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) Kültür Mirası Listesi'nde yer alan Selimiye Camii ve Külliyesi, UNESCO Geçici Miras Listesi'ndeki Uzunköprü gibi tarihi varlıkların dışında Şükrü Paşa Anıtı ve Balkan Savaşları Müze-

si, Edirne Müzesi, Edirne Kent Müzesi, Selimiye Vakfı Müzesi, Edirne Türk İslam Eserleri Müzesi, Hıdırlık Tabya Balkan Tarihi Müzesi, Necmi İğe Evi Etnografya Müzesi, Edirne Sarayı, Ekmekçizade Ahmet Paşa (Tunca) Köprüsü, Mecidiye (Meriç) Köprüsü gibi birçok tarihi köprü, çeşme, hamam, tabya, kale, Selimiye Arastası ve diğer kapalı çarşılar, Eski Camii, Üç Şerefeli Camii gibi birçok camiinin de bulunduğu ilde ayrıca, turistik değere sahip olan çok sayıda festivalin de düzenlendiği bilinmektedir. Bunlar arasında en bilinenleri UNESCO İnsanlığın Somut Olmayan Kültürel Mirası Listesi'ndeki Tarihi Kırkpınar Yağlı Güreşleri ve Hıdrellez ve Kakava Şenlikleri ile Geleneksel Bocuk Gecesi, Bando ve Ciğer Festivali, Klarnet Festivali'dir. Bu festivallerin yanı sıra Tekirdağ'da Kiraz Festivali, Geleneksel Yağlı Pehlivan Güreşleri, Ergene Boza Festivali, Hayrabolu Tepreş Şenlikleri, Uçmakdere Yamaç Paraşütü Şenlikleri; Kırklareli'nde Karagöz Kültür Sanat ve Kakava Festivali, Trakya Gastronomi Festivali, Karahıdır Kiraz Şenliği, Hamitabat Sucuk Festivali, Kırklareli Topçubaba Törenleri ve Pavli Panayırı gibi birçok festival ve şenlik yerli ve yabancı turistleri bölgeye çekmektedir. Kırklareli'nde Kırklareli Atatürk Evi, Kırklareli Müzesi, Kaynarca Kaya Manastırı, Kıyıköy Aya Nikola Manastırı, Aşağıpınar Höyüğü, Kanlıgeçit Höyüğü, Seyfioğlu Tabyası, Vize Mağara Manastırları (Asmakayalar), Vize Kalesi ve Surları, Vize Küçük Ayasofya Kilisesi, Vize Anfi Tiyatro, Vize Kalesi, İğneada Deniz Feneri, Fatih Sultan Mehmet'in İstanbul'un fethi sırasında kullandığı topların döküldüğü Demirköy Fatih Demir Dökümhanesi, Lüleburgaz Tarihi Sokullu Mehmet Paşa Külliyesi ve köprüsü, Pınarhisar'da Yaşar Erdil tarafından çizilen ve Guinness Rekorlar Kitabı'na girmiş dünyanın en büyük karikatürü olan "Galaksiye Notumuz Var" karikatürü; Tekirdağ'da ise Namık Kemal Evi, Rakoczi Müzesi, Açık hava Müzesi, Marmara Ereğlisi Kaya Mezarları, Tarihi Fener, Hora Feneri, St. Ioannis Theologos Manastırı, Kutman ve Aker Şarap Müzeleri, Tekirdağ Arkeoloji ve Etnografya Müzesi, Tekirdağ Şehitler Abidesi gibi birçok kültürel ve tarihi varlık yer almaktadır. Bölgeye has yiyecek-içeceklere bakıldığında ise, hardaliye, şarap, pancar pekmezi, üzüm suyu, peynir helvası, Edirne ciğeri, badem ezmesi, Hayrabolu tatlısı, Tekirdağ köftesi, Tekirdağ rakısı gibi ürünler dikkat çekmektedir (Boğaziçi Üniversitesi & TRAKYA-KA, 2013; Çiftci ve ark., 2016; Edirne İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2025; Kırklareli İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2025; Kültür Varlıkları ve Müzeler Genel Müdürlüğü, 2025; Tekirdağ İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2025).

Tüm bu doğal, kültürel ve tarihi varlıkların yanı sıra Edirne'de bulunan II. Beyazid Camii ve Külliyesi-Sağlık Müzesi çalışmamız bakımından önem taşıması nedeniyle ayrıca değerlendirilmesi gereken bir varlık olarak karşımıza çıkmaktadır. II. Beyazid Camii ve Külliyesi Osmanlı döneminin en büyük dini, sosyal ve hayır müesseselerinin toplandığı büyüklü küçüklü 100 kubbesi bulunan, dünyada akıl hastalarına müzikle tedavi uygulanan ilk Darüşşifa merkezidir. Bugün UNESCO Dünya Mirası Geçici Listesi'ndeki Sultan II.

Beyazid Külliyesi asıl listeye geçmek için sıradadır. Trakya Üniversitesi tarafından restore edilerek Sağlık Müzesi'ne dönüştürülmüş olan II. Beyazid Külliyesi'ndeki Şifahane ve Tıp Medresesi 2004'te "Avrupa'nın En İyi Sağlık Müzesi Ödülü'nü kazanmıştır. Darüşşifalar bir sağlık turizmi ürünü olarak Türk sağlık bilgi birikimini yeniden keşfedip canlandırmak açısından değerlendirilebilecek kurumlardır (Boğaziçi Üniversitesi & TRAKYAKA, 2013; Ergüven ve Yılmaz, 2017).

Trakya Bölgesi'nde Sağlık Turizmi

Bakır doğası, zengin tarihi ve kültürel yapısıyla Trakya Bölgesi birçok türde turizm faaliyetini gerçekleştirmek için elverişli bir bölgedir. Bu turizm türlerini kültür turizmi, arkeoloji turizmi, festival turizmi, şarap turizmi, spor turizmi, doğa ve doğa yürüyüş turizmi, mağara turizmi, bitki inceleme turizmi, kuş gözlemciliği turizmi, yaban hayatı gözlemciliği turizmi, doğa fotoğrafçılığı turizmi, av turizmi, kamp ve karavan turizmi, bisiklet turizmi, inanç turizmi, sağlık turizmi, gastronomi turizmi, eko-agro turizmi, kıyı ve deniz turizmi olarak sıralamak mümkündür (Boğaziçi Üniversitesi & TRAKYAKA, 2013; Çiftçi ve ark., 2016; Kırklareli İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü, 2025).

Trakya Bölgesi'nde ilk jeotermal su kaynağına, 2014 yılında Kırklareli ili Asilbeyli mahallesinde ulaşılmıştır. Ardından Tekirdağ'ın Saray ilçesinde ve yine Kırklareli'nin Vize ilçesinde de jeotermal su kaynakları tespit edilip sondajla çıkarılmıştır. Ayrıca Tekirdağ'ın Hayrabolu ilçesinin Emiryakup mahallesi mevki jeotermal araştırma sondaj çalışmaları yapılacağı belirtilmektedir (Jeotermal Haberler, 2017; 2025). Edirne ilinde bulunan ve yazın bataklık ve sazlık alanlara dönüşen haline gelmekte ve romatizmal hastalıklarına iyi geldiği düşüncesiyle ziyaret edilen Göl Baba Gölü de sağlık turizmi bakımından değerli bir bölge olarak öne çıkmaktadır (Edirne Ticaret ve Sanayi Odası, 2015).

Kalkınma Kütüphanesi Dokümanlarında Trakya Bölgesi'nde Sağlık Turizmi

Trakya Bölgesi'nde mevcut sağlık turizm potansiyeli böyle iken, varolan potansiyeli ortaya çıkarmak, turizmin planlı şekilde gelişimini sağlamak ve yol haritası oluşturmak amacıyla Trakya Kalkınma Ajansı (TRAKYAKA) çeşitli kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak bölgeye yönelik çeşitli planlar ve raporlar hazırlamıştır. Kalkınma Kütüphanesi aracılığıyla TRAKYAKA tarafından hazırlanan bu dokümanlar tek bir web sitesi üzerinden kullanıma açılmıştır. Kalkınma Kütüphanesinde yer alan TR21 bölgesiyle ilgili "sağlık" ve "turizm" kavramlarını birlikte ele alan dokümanlar sağlık turizmi çerçevesinde değerlendirilmiş ve bu dokümanlara ilişkin ayrıntılı bilgilere izleyen başlıklarda yer verilmiştir.

Edirne’de Alternatif Turizm Türlerinin Geliştirilmesine Yönelik Eylem Planı

Bu eylem planı, TRAKYAKA’nın “2014 yılı Doğrudan Faaliyet Desteği Programı” çerçevesinde finanse edilen ve Edirne Ticaret ve Sanayi Odası tarafından uygulanan “Edirne’de Alternatif Turizm Türlerinin Geliştirilmesi” projesi dahilinde hazırlanmış bir eylem planıdır. Ülkemizde, kalkınmaya yön veren önemli bir sektör konumunda olan turizm sektörü gelirlerinin önemli bir bölümünü deniz turizmi kapsamında elde edilmekte, bu durum da turizmin belli bölgelerde yoğunlaşmasına sebep olmaktadır. Turizmin kalkınmadaki rolünün artırılması, bölgeler arası dengesizliklerin gidermesi ve değişen turist taleplerinin karşılanarak rekabetçi avantajı elde edilebilmesi için turizm ürünlerinin çeşitlendirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda doğal, tarihi ve kültürel varlıkları açısından önemli bir potansiyele sahip olmasına rağmen bunu gelire çeviremeyen Edirne’nin, bu potansiyelleri yeterince kullanabilmesi, gelire ve rekabet avantajına dönüştürebilmesi ve sektörel gelişmişlik farkı yaratabilmesi için alternatif turizm türlerinin belirlenmesi ve bunların değerlendirilmesi amacıyla bu eylem planı hazırlanmıştır. Eylem planı hazırlanırken, hem detaylı bir literatür taraması yapılmış hem de Edirne’de faaliyet gösteren 105 turizm işletmesine anket uygulanmıştır. Anket sonuçlarıyla önemli bulgular elde edildiği; örneğin, nitelikli insan kaynağı eksikliğinin (%30) ile turizme yönelik finansal desteğin yetersizliğinin (%28) işletmelerin en önemli sorunlarının başında geldiği, alternatif turizm potansiyelinin yeterince değerlendirilememesi (%26) ve turizm değerlerinin yeterince tanıtılamamasının (%23) ise turizmin gelişmesini olumsuz şekilde etkileyecek olan faktörler arasında başı çektiği görülmektedir. Bunlara ek olarak ankete katılan işletmelerin Edirne’de geliştirilmesi gereken en önemli alternatif turizm türünün “Festival ve Yeme İçme Turizmi” (%85) olduğu ve markalaşma değerini artırmak için öncelikli olarak “ilin ulusal ve uluslararası düzeyde tanıtımının yapılması” (%35) gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir. Anket çalışmasının yanı sıra eylem planı hazırlıkları kapsamında tüm paydaş kuruluşların iştirakiyle bir odak grup toplantısı yapılmıştır. Bu grup toplantısı öncesinde bir taslak plan hazırlanıp ilgili taraflara iletilmiş ve bu taslak üzerine çalışmaları istenmiştir. Bu taslak eylem planında Edirne turizmini geliştirmeye yönelik 8 stratejik amaç ve eylem bulunmaktadır. Bunlar; ilin turizm değerlerinin ulusal ve uluslararası alanda tanınırlığının artırılması, alternatif turizm türlerinin geliştirilmesi, mevcut turizm işletmelerinin rekabetçiliğinin artırılması, özel sektör yatırımlarının artırılması, turizmde insan kaynaklarının geliştirilmesi, yerel halkta ve işletmelerde turizme yönelik farkındalık oluşturulması, alt ve üst yapı ile kurumlar arası koordinasyonun geliştirilmesidir (Edirne Ticaret ve Sanayi Odası, 2015).

Sağlık Turizmi: Trakya Destinasyonu

“Sağlık Turizmi: Trakya Destinasyonu” projesi çerçevesinde bölgenin sağlık turizmi potansiyelinin ve Balkanlardaki pazar değerinin incelenerek durum tespitinin yapılması amacıyla bir saha araştırmasıyla hazırlanan bu raporda, TR21 bölgesinin illeri demografik ve sosyokültürel yapıları, mevcut sağlık hizmetleri ve sağlık turizmi güncel durumları bakımından detaylıca analiz edilmiştir. Ayrıca raporda Balkan ülkelerinin, Bulgaristan, Yunanistan, Makedonya, Kosova ve Romanya, coğrafi konumları, demografik ve sosyokültürel yapıları, yönetim şekilleri, sağlık ve sigorta sistemleri, tıbbi hizmetleri ile genel sağlık durumları da incelenmiştir. Bu yolla hedef Balkan ülkelerindeki uluslararası hastaları çekmek ve mevcut hizmet kalitesini yükseltmek için çeşitli sonuç ve öneriler sunarak bir eylem planına dayanak oluşturmak hedeflenmiştir. Bunlara ek olarak raporda, Türkiye’nin hedefteki 5 Balkan ülkesiyle imzaladığı ikili sağlık işbirliği anlaşmalarının metinleri ile sağlık turizmi alanında fiziki ve beşeri kaynaklara ilişkin genel görüş/tavsiyelere de yer verilmiştir (Hospitality Health & Travel, 2016).

Raporda, TR 21 bölgesinde bulunan Edirne ve Tekirdağ’daki devlet ve üniversite hastanelerinin hem fiziki hem de beşeri yapıları bakımından sağlık turizmi için gerekli olan şartların neredeyse tamamını sağladığına ve iyi organize oldukları takdirde çok sayıda uluslararası hasta edinmelerinin zor olmayacağına değinilmiştir. Ayrıca Trakya Üniversitesi ve Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinin bölge için önemine vurgu yapılarak, raporun hedef ülkeleri arasında yer alan beş Balkan ülkesinin yetersiz sağlık hizmetlerine sahip olmasından dolayı çok sayıda hasta ihraç eden ülkeler listesinde yer alması nedeniyle TR 21’in avantajlı konumuna işaret edilmiştir. Özellikle coğrafi konumu nedeniyle bölgesel bir oyuncu olarak öne çıkan Edirne’nin sağlık turizmi kapsamındaki hasta hareketliliğinin daha yüksek olduğu ve Balkanlarda yaşayan soydaşlar için kilit rol oynadığına değinilmiştir. Kırklareli’nin ise Bulgaristan’a bu kadar yakın mesafede olmasına ve nüfusun büyük bölümünün göçmen olması sebebiyle Balkan dillerinin hepsinin konuşulmasına rağmen uluslararası boyutta hizmet verebilecek nitelikte sağlık altyapısına sahip olmaması ve organizasyon yetersizliği nedeniyle sağlık turizmi bakımından bu iki ilin gerisinde yer aldığı ve henüz sağlık turizminden payını alamayan illerden biri olduğu belirtilmiştir (Hospitality Health & Travel, 2016).

Raporda hastanelerde Uluslararası Hasta Birimi veya bu tür müracaatları karşılayacak herhangi bir birimin olmadığı; bu nedenle acil vakaların çevreden gelen tercümanlık hizmeti yardımıyla çözüme kavuşturulmaya çalışıldığı ifade edilmektedir. Bu kapsamda Tekirdağ’ın sağlık turizminde başarılı olabilmek için hem bölgesel eğitimlere başladığı hem de Edirne Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğince organize edilen ve TRAKYAKA tarafından desteklenen hizmet içi eğitimlere Tekirdağ Kamu Hastaneleri Birliği personelinin katıldığı vurgulanmaktadır (Hospitality Health & Travel, 2016).

Raporda artan hasta hareketliliği sebebiyle kapasite sorunlarının giderilmesi ve hareketliliğin canlı tutulması amacıyla yeni yatırımların planlandığı TR 21 bölgesinde, İl Kültür ve Turizm Müdürlükleriyle gerçekleştirilen görüşmeler kapsamında sağlık turizmi ile ilgili özel yapılanmaların bulunmadığı ancak turizm faaliyetleri bakımından (doğa yürüyüşleri, deniz ve kırsal turizm faaliyetleri) birçok değere sahip olan bölgenin, sağlığına kavuşmuş olan uluslararası misafirlerini beklediği belirtilmektedir. Bu raporda öne çıkan dört önemli sonucu şu şekilde özetlemek mümkündür (Hospitality Health & Travel, 2016):

- Türkiye'nin sağlık alanında Balkan coğrafyası içerisinde lider konumunda olması,
- Edirne ve Tekirdağ illerinin teknolojik cihaz donanımı, fiziki yapı ve insan kaynağı bakımından TR21 bölgesinde öne çıkıyor olması,
- Nitelikli sağlık hizmeti sunumu noktasında sıkıntılar yaşayan ve sağlık turisti ihraç eden ülkeler listesinde yer alan hedef ülkelerin, TR21 bölgedeki sağlık turizminin gelişimine katkı sağlayacak önemli bir fırsat sunması,
- Balkanlarda yaşayan soydaşların büyük bölümünün ekonomik olarak güçlü olmaması sebebiyle, soydaşların sağlık turizmi kapsamında çıkarılarak T.C. vatandaşlarının yararlandığı fiyatlardan sağlık hizmetlerinden yararlanmasının sağlanmasıdır.

Trakya Bölgesi Mevcut Durum Raporu (2012)

Trakya Bölgesi'nde turizmin çevreye ve yerel halkın sosyal yapısına duyarlı bir şekilde ekonomik değer yaratması için sürdürülebilirlik ilkelerini temel alarak geliştirilmesini vurgulayan ve 2012 yılında hazırlanan bu raporun amaçları şunlardır (Boğaziçi Üniversitesi & TRAKYAKA, 2012):

- Trakya kimliğinin netlikle belirlenmesi,
- Bölgeye gelen turist sayısının artırılması,
- Farklı turizm türlerinin planlanarak turizmin dört mevsime yayılması,
- Turistlerin bölgede daha uzun kalmaları,
- Yerel halkın turizm gelişimine ve uygulamasına dâhil edilmesi
- Turistlerin deneyimlerinin farklılaştırılması ve zenginleştirilmesidir.

Trakya Bölgesi'nin kapsamlı bir envanterini sunan raporda Edirne, Tekirdağ ve Kırklareli illerinin kültür turizmi, deniz turizmi, ekoturizm, kırsal turizm, inanç turizmi gibi alternatif turizm faaliyetleri vb. farklı konularda turizm potansiyelinin ve çekiciliğinin bulunduğu vurgulanmış ve sağlık tu-

rizmi alanındaki mevcut varlıkları ile geliştirilmesi gereken konular üzerinde durulmuştur. Bu anlayışla raporda Trakya Bölgesi'ne yönelik turizm türleri, yörenin kültürel ve tarihi değerleri, doğal güzellikleri ve sosyo-ekonomik yapısı dikkate alınarak önerilmiştir (Boğaziçi Üniversitesi & TRAKYAKA, 2012).

Raporda özellikle Tekirdağ ve Edirne üzerinden sağlık turizmine ilişkin tespitler yapılmıştır. Buna göre, sanayi altyapısının güçlü olmasına rağmen sağlık alanında halen yatırımların gerekli olduğu belirtilen Tekirdağ'da, merkeze bağlı Kayı köyünde bulunan eklem ve romatizma hastalıklarına iyi geldiğine inanılan Yarapsan Çamuruna, sağlık turizmi için fırsat sayılabilecek bir değer olarak dikkat çekilmiştir. Özellikle 18. yüzyıl başlarında Tekirdağ'da sürgünde olan Macar Prensi II. French Rakoczi'ye şifa kaynağı olduğu iddia edilen bu çamurun yapılacak bir tesisle Macarlar için cazip bir destinasyon olarak sunulabileceğine vurgu yapılmaktadır. Ayrıca Trakya Bölgesi'nin sağlık alanındaki gelişmişliğinin itici gücü konumunda olan Edirne'deki II. Beyazıt Külliyesi gibi tarihi sağlık yapılarının Sağlık Müzesi olarak modern turizme kazandırılması da önemli bir başarı olarak ifade edilmiştir (Boğaziçi Üniversitesi & TRAKYAKA, 2012).

2012 Trakya Bölgesi Turizm Potansiyeli Araştırması

Bu rapor, İğneada-Demirköy, Kırıkköy mevkii, Saray mevkii, Şarköy mevkii, Saros mevkii, Edirne mevkii, Tekirdağ mevkii ve Kırklareli mevkii olmak üzere bu sekiz bölgede yaşayan 18 yaş üstü bireylerin deniz-sahil turizmi, kültürel-tarihi değerler turizmi, şarap turizmi, yeme-içme turizmi, doğa turizmi ve doğa sporları bakımından mevcut turizm potansiyellerinin etkinliğinin ölçülmesi, bölge halkının turistlere yönelik bakış açısı, turizmden beklentiler ve karşılaşılan sorunlar ile bölgede turizmin daha etkin hale getirilebilmesi amacıyla halkın katılım olanaklarının araştırılmasına dayanmaktadır. Elde edilen sonuçları "Turizm Master Planı Mevcut Durum Analizi"nde girdi olarak kullanılması beklenen bu çalışma ile bölge halkının çoğunluğunun genellikle şahsi deneyimleri sonucunda bölge hakkında bilgi elde ettikleri ve bölge hakkında sınırlı bir bilgiye sahip olduklarını görülmüştür. Ayrıca bölgenin özellikle deniz turizmi için tercih edildiğinin tespit edilmesi, bölgenin tanıtımı konusundaki yetersizliği de gözler önüne sermektedir (TRAKYAKA, 2012).

Raporda, turizm kavramı açıklanırken sağlık turizmi konusuna teorik olarak değinilmiş ancak yapılan araştırma için belirlenen turizm faaliyetleri içerisinde sağlık turizmine yer verilmemiştir. Dolayısıyla bu durum, Trakya Bölgesi'nde mevcut durum analizini yapmayı ve turizm potansiyelini ölçmeyi amaçlayan bu çalışmanın doğrudan sağlık turizmine ilişkin bir ölçüm/değerlendirme yapmadığını göstermektedir (TRAKYAKA, 2012).

2013-2023 Trakya Bölgesi Turizm Master Planı

Plan, turizm sektörünün gelişimine zemin hazırlamak ve yol haritası oluşturmak amacıyla Kalkınma Ajansı ve Boğaziçi Üniversitesi Turizm İşletmeciliği Uygulama ve Araştırma Merkezi (TUYGAR) işbirliği ile hazırlanmıştır. Master planda mevcut durumda bölgedeki illerden Edirne'nin kültür turistlerini, Kırklareli'nin doğaseverleri, Tekirdağ'ın ise deniz tutkunlarını ağırlamakta olduğu, ancak bölgede turizmin bölgede plansız şekilde geliştiği, yerel halka düzenli bir ekonomik fayda sağlayacak duruma gelemediği belirtilmiştir. Bölgedeki her üç ilin de farklı turizmi türlerine ilişkin çekiciliği ve gelişim potansiyeli bulunduğu, planda yer alan beş temel amaç (Trakya kimliğinin netlikle belirlenmesi, bölgeye gelen turist sayısının artırılması, farklı turizm türlerinin planlanarak turizmin dört mevsime yayılması, turistlerin bölgede daha uzun kalmaları, yerel halkın turizm gelişimine ve uygulamasına dahil edilmesi ve turistlerin deneyimlerinin farklılaştırılması ve zenginleştirilmesi) doğrultusunda bölge potansiyelinin ortaya çıkarılmasının amaçlandığı vurgulanmaktadır. Bölgede kamu-özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının katılımlarıyla gerçekleştirilen literatür tarama, mülakat yoluyla bilgi toplama, saha gezisi, anketler, odak gurup toplantısı ve çalıştay yöntemleri bir araya getirilerek dokuz turizm çekim noktası ve bu çekim noktaları için çalışma amaçları ve stratejileri belirlenmiştir. Saptanan amaç ve stratejilere paralel olarak Trakya Bölgesi'ni kapsayacak şekilde 58 adet eylemden oluşan eylem planı hazırlanmıştır. Bu eylem planı içerisinde yer alan "Edirne'de Sağlık Turizmi" adlı eylemin, üniversiteler, Sağlık Bakanlığı ve İl Özel İdareleri eliyle ve Valilikler, Trakya Turizm Hizmet Platformu, TRAKYAKA ve özel hastaneler işbirliğiyle yürütüleceği, ancak uzun vadede gerçekleştirilecek olan bu eylemin aynı zamanda düşük öncelik taşıdığı da raporda yer almaktadır. Bu eylem planında Trakya Bölgesi içerisinde Edirne'nin, Avrupa sınırına yakınlığı ve kaliteli, uygun fiyatlı sağlık hizmetleri sayesinde önemli bir potansiyele sahip olduğu, bu avantajların değerlendirilmesi için İlde sağlık serbest bölgesi oluşturulması yönünde fizibilite çalışması yapılması, bu amaçla bölgedeki özel sağlık kuruluşları arasında bir işbirliği ağı oluşturularak, sağlık turizmi konusunda ortak hareket etmeyi mümkün kılacak adımlar atılması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca bölgenin kuzeyindeki Istranca Dağları'yla güneyindeki Ganos Dağları'nın sahip oldukları doğal güzellikler ve temiz hava ile yaşlıların, akciğer hastalıklarıyla mücadele edenlerin ve emeklilerin yaşam kalitelerini artırabilecek olanaklar sağlayabileceği ve bölgede köyler ile entegre yapıda tesisler inşa edilerek, sağlık turizminin geliştirilmesinin önem taşıdığı vurgulanmıştır (Boğaziçi Üniversitesi & TRAKYAKA, 2013).

TR21 Düzey-2 Bölgesi Trakya Bölge Planı (2014-2023)

Trakya Bölgesi'nin kalkınmasında stratejik bir yol haritası ve kılavuz niteliği taşıyan ve on yıllık bir süreci kapsayan bu plan, Trakya Bölgesi'nin sürdürülebilir bir şekilde kalkınan, doğal ve kültürel değerlerini kaybetmeksizin

bunları yüksek katma değere çeviren, rekabet ve dayanışma kültürünün hakim olduğu, yüksek refah seviyesine sahip bir bölge olma vizyonu için oluşturulmuştur. İnsan ve toplum, yaşam ve çevre ile üretim ve ekonomi olmak üzere üç eksen ve göç yönetimi, yerel kurumsal kapasite, çevre ve su kaynakları, bölge içi gelişmişlik ve büyük ölçekli kamu yatırımları konuları çerçevesinde inşa edilmiş olan bu plan, bölge genelinde etkili bir sistem oluşturarak sürdürülebilir ve dengeli bir kalkınmayı hedeflemektedir. Katılımcılık yaklaşımı çerçevesinde hazırlanan bu planda, 21 öncelik ve bu öncelikler çerçevesinde belirlenmiş 94 politika bulunmaktadır. Bu önceliklerden 18'incisinde Türkiye'de gerçekleştirilen 17 farklı turizm çeşidinden 10'unun (eko-turizm, agro-turizm, eno-turizm, inanç turizmi, su sporları, kuş gözlemciliği, yamaç paraşütü, arkeoloji turizmi ve mağaracılık vb.) Trakya Bölgesi'nde yapılabilirdiğini ve bu plan çerçevesinde doğayla uyumlu bir şekilde, sürdürülebilirliği sağlayarak bölgenin turizm bakımından korunması, tanıtılması ve insan kaynağı kapasitesinin gelişimi ile bölgesel işbirliği konularında çeşitli politikalar oluşturulduğu belirtilmektedir. Ancak planda Trakya Bölgesi'nin sağlık turizmi potansiyelini açığa çıkaracak ve sağlık turizmini geliştirecek spesifik bir stratejiye yönelik herhangi bir politikanın yer almadığı görülmüştür (TRAKYAKA, 2017).

TR21 Düzey-2 Bölgesi Bölge Planı (2024-2028)

Beş yıllık bir süreci kapsayan ve katılımcılık esasları çerçevesinde hazırlanan bu plan, bölgenin kalkınmasın için uygulanacak olan müdahaleler bakımından kılavuz niteliğinde bir strateji belgesidir. “Dijital Dönüşüm Odağında Yeşil Ekonomi ile Gelişen Trakya” vizyonu ile hareket eden ve tarım, turizm, kültür, sanayi ve teknoloji, kent ve çevre ana konuları çerçevesinde dört stratejik öncelik (tarımsal üretimde katma değer ve verimliliğin arttırılması, sürdürülebilirlik ilkeleri çerçevesinde turizmde rekabetçiliğin sağlanması, imalat sanayiinin küresel rekabet gücünün yeşil ve dijital dönüşümle yenilikçi bir yapıda artırılması, yaşamı önemseyen ve doğal kaynakları sorumlu kullanan insan ve çevre odaklı bölgeye geçilmesi) ve bunlarla ilgili 17 hedef belirlenen bu planda, turizm özelinde bölgenin sahip olduğu konum, tarihi, turistik, doğal ve kültürel değerlerle sektörde rekabetçi bir konuma gelmesi hedeflenmektedir. Planda, konumu itibarıyla ülkemizin Avrupa'ya açılan kapısı niteliğinde olan bölgenin gelişmiş sağlık altyapısı, fiyat avantajı ve nitelikli hekimleri sağlık problemi yaşayan yabancıları Trakya'ya yönleltmekte olduğu ifade edilmektedir. Bölgedeki bu hareketliliği çalışmaları ile destekleyen TRAKYAKA'nın yanı sıra nitelikli hekim kadrosunun oluşturulmasında Trakya Üniversitesi ve Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültelerinin de önemli bir role sahip olduğu belirtilmekte ve ilgili plan döneminde bu hareketliliğin artış göstermesi beklenmektedir (TRAKYAKA, 2023).

Plan kapsamında alt ve üst yapıların güçlendirilmesi, alternatif turizm türlerinin geliştirilmesi ve Trakya'nın bir marka olarak tanıtılması amacıyla

“Sürdürülebilirlik ilkeleri çerçevesinde turizmde rekabetçiliğin sağlanması” stratejisinin belirlenmiştir. Bu stratejinin 2. hedefi olan “Bölgenin turizm potansiyeli ve değişen turist beklentileri göz önünde bulundurularak deneyim odaklı, gelir artırıcı etkisi yüksek turizm türleri desteklenecektir.” çerçevesinde, “Bölgede sağlık turizmini geliştirmeye yönelik çalışmalar desteklenecektir” tedbiri oluşturulmuştur. Bu kapsamda Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ illerinde sağlık turizmini geliştirmeye yönelik çalışmaların destekleneceği, Edirne Merkez, Tekirdağ Çorlu, Çerkezköy ve Süleymanpaşa ilçelerinde yoğunlaşan medikal turizmin yanı sıra Kırklareli Kofçaz, Demirköy ve Merkez ilçelerinde wellness turizmi, yaşlı yaşam merkezi, rehabilitasyon merkezleri ve ileri yaş turizmine yönelik yatırımların destekleneceği ifade edilmiştir. Bu tedbirleri hayata geçirmek üzere planlanan program ve proje öneriler ise “Trakya’da Sağlık Turizmi Kümelenmesi (HİSER) Projesinin hayata geçirilmesi, Tekirdağ’ın Çorlu ilçesine, Edirne ve Kırklareli’ne Özel Hastane Yatırımı yapılması ve Tekirdağ’ın Çorlu ilçesine Diş Protez Laboratuvarı kurulması” şeklinde sıralanmıştır (TRAKYAKA, 2023).

Sonuç ve Öneriler

Çalışma kapsamında “Trakya Bölgesi’nin sağlık turizmi potansiyeli nedir ve bu potansiyeli ortaya çıkarmak amacıyla ne gibi uygulamalar yapılmıştır?” sorusuna yanıt aranmış, buradan yola çıkarak öncelikle sağlık turizmi kavramının genel özellikleri ve türleri ile Trakya Bölgesi’nin genel özellikleri teorik olarak ele alınmıştır. TRAKYAKA aracılığıyla hazırlanan ve Kalkınma Kütüphanesinde yer alan yedi farklı rapor, strateji belgesi, proje doküman ve politika metinleri incelenip değerlendirilerek bu çerçevede Trakya Bölgesi’nde sağlık turizminin mevcut durumu ve geleceği hakkında çeşitli bilgiler sunulmuştur. Bu kapsamda, Trakya Bölgesi’nin ulaşım imkanları, iklimi, jeotermal kaynakları, doğal, kültürel ve tarihi güzellikleri, sağlık personeli ve hastaneleri ile çeşitli turizm türlerinin yanında sağlık turizmi bakımından da kayda değer bir potansiyele sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ancak bölgedeki sağlık turizmi potansiyelinin kullanılabilmesini ve sağlık turizmine yönelik faaliyetlerin hız kazanmasını teminen, sağlık turizmine yönelik eylemlerin sayısının yetersiz olduğu da ortadadır. Bu sebeple bölgedeki mevcut potansiyelin ortaya çıkarılabilmesi için bölgenin tanıtılması, bu kapsamda hazırlanan bölgesel planların titizlikle uygulanması, bölgedeki sağlık altyapısının yanı sıra beşeri kaynakların da nitelik ve niceliğinin artırılması için gerekli yatırımların yapılması, ayrıca bölgedeki kamu/özel sağlık kuruluşlarının, akreditasyon için gerekli şartları hızla sağlayarak, akredite olmak ve bu yolla pazarda yer edinebilmek için gerekli başvuruları yapmaları sağlık turistlerinin bölgeye yönlendirilmesi bakımından önem taşımaktadır. Bunlara ek olarak bölgede yürütülen sağlık turizmi faaliyetlerinin, sağlık turizmi alanındaki istatistiklerin, sağlık ve sigorta sistemlerinin, tanı ve tedavi yöntem ve fiyatlarının, medikal teknolojilerin, tesis özelliklerinin, elde edilen başarıların, sağ-

lık personeli özelliklerinin, hasta haklarının ve yasal düzenlemelerin sağlık kuruluşları ve sağlık turizminin geliştirilmesine katkı sağlayacak kurum ve kuruluşların (Sağlık, Kültür ve Turizm Bakanlıkları, turizm ve seyahat acenteleri, sağlık turizmi aracı kuruluşları vb.) sosyal medya hesapları, internet siteleri vb. gibi sanal iletişim kanalları üzerinden başta İngilizce olmak üzere hedef ülke dillerine (Trakya Bölgesi özelinde bilhassa Balkan dillerinde) uygun şekilde duyurulması, bölgeyi tercih edecek yerli ve yabancı sağlık turistlerinin bulundukları yerden bölgeyi rahat bir şekilde değerlendirebilmesine, güncel, doğru, güvenilir bilgiye doğrudan ulaşabilmesine ve bilinçli bir seçim yaparak gelmesine olanak sağlayacaktır.

Değer yaratma potansiyeli yüksek turizm türlerinden biri olan sağlık turizmine yapılan yatırımın karşılıksız kalmadığı, sağlığı turizm ve seyahatle birleştirmeyi başaran ülkelerdeki sağlık sektöründe hasta arzının arttığı, ülke ve bölge genelinde kazanç ve verimliliğin yükseldiği ve bununla doğru orantılı olarak tedavi maliyetlerinin düştüğü, bu yolla daha çok hastanın bölgeyi tercih ettiği ve ekonominin de bu durumdan olumlu yönde etkilendiği görülmektedir. Her ülkede hatta aynı ülke içinde her bölgede geçerli, genel geçer kuralların bulunmadığı sağlık turizmi pazarında başarı yakalayabilmek, pastadan alınan payı artırabilmek için tüm uygulamalar incelenmeli, hedef pazarların (Trakya için hedef pazar konumunda olan Balkan ülkesi vatandaşları, buradaki soydaşlarımız ve yurt dışında yaşayan Türk vatandaşları vb.) ve bölgelerin özelliklerine özel tanıtım ve pazarlama stratejileri belirlenmeli, uygun iletişim kanalları tercih edilerek yasal düzenlemeler çerçevesinde bölgesel ürün konumlandırması yapılmalıdır. Bunlara ek olarak bölgede sağlık turizminin gelişimine katkı sağlayacak nitelik ve nicelikte tesisler oluşturulması, sağlık turizmi kapsamında başvuru yapan hastaların memnuniyet düzeyinin yükseltilmesi ve ayrıca geçmişteki Türk sağlık bilgi birikimini bugüne taşıyan şifahane konseptinin yeniden canlandırılması için bölge halkının, girişimcilerin ve kurum/kuruluşların özendirilmesi ve desteklenmesinin de sağlık turizmi pazarına katkı sağlayacağı, sektöre çeşitlilik kazandıracağı, istihdama ve bölge ekonomisine katkısı da beraberinde getireceği düşünülmektedir (Dalkıran, 2017; Edirne Ticaret ve Sanayi Odası, 2015; Ergüven ve Yılmaz, 2017; Toprak ve ark., 2014).

Sonuç olarak, Trakya Bölgesi'nin zengin doğal, kültürel ve tarihi güzelliklerinin yanı sıra, yeni yeni ortaya çıkarılmaya başlayan jeotermal kaynaklarının kalitesi ve Avrupa'ya açılan bir kapı niteliğindeki sınır bölgesi olması da göz önünde bulundurulduğunda, bölgede sağlık turizmi faaliyetleri için uygun koşulların var olduğu ve sağlık turizmi açısından avantajlı bir bölge olduğu ifade edilebilir. Sağlık turizmine elverişli koşulların iyileştirilmesi ve geliştirilmesi adına gerekli yatırımlara hız kazandırmak ve bölgedeki eksikliklerin tespit edilerek bunların giderilmesine yönelik düzenlemeleri yapabilmek için kamu, özel kesim ve sivil toplum kuruluşlarının koordinasyon

içinde olmalarının, bölgedeki markalaşma çalışmalarının hızlanacağı, sağlık turizmi kapsamında gelen turistlerin ve kazanç miktarının artacağı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında yalnızca Eylül 2025'e kadar Kalkınma Kütüphanesi bünyesinde yayınlanmış genellikle nitel özellikteki Trakya Bölgesi'ne ait, "sağlık" ve "turizm" kavramlarını birlikte ele alan dokümanların analiz edilmiş olması, çalışmanın sağlık turizmi alanındaki potansiyelin ve mevcut durumun sayısal olarak ölçme konusunda sınırlı bilgilerle ortaya konulmasına, çalışma içeriğinin yalnızca söz konusu kaynaklardaki veriler doğrultusunda oluşturulmasına ve elde edilen bilgilerin tüm bölgelere genellenememesine neden olmuştur. Bu sınırlılığı ortadan kaldırmak için gelecek çalışmalarda diğer kurum/kuruluşlar tarafından oluşturulmuş ancak kütüphanede yer almayan, güncel ve nicel çalışmalarla desteklenmiş dokümanlar da çalışmalara dahil edilerek daha ayrıntılı ve genellenebilir sonuçlara ulaşılması mümkün olabilir.

Kaynakça

- Akdu, U., Bostan, S. ve Akdu, S. (2016). Hastanelerde otel konforunda oda tasarımı: beş yıldızlı otel odasını örnek edinme. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(36), 401-418.
- Aktepe, C. (2013). Sağlık turizminde yeni fırsatlar ve Türkiye’de yerleşik sağlık işletmelerinin pazarlama çabaları. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 170-188.
- Acar, N. ve Turan, A. (2016). Sağlık çalışanlarının sağlık turizmi farkındalığı üzerine bir araştırma: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanları örneği. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17(1), 17-36.
- Altın, U., Bektaş, G., Antep, Z. ve İrban, A. (2012). Sağlık turizmi ve uluslararası hastalar için Türkiye pazarı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 157-163.
- Aslan, Ş. ve Şahin, H. (2016). *Sağlık turizminin bölgesel kalkınmaya katkısının doğal zenginlikler açısından değerlendirilmesi: bozkır örneği*. Uluslararası Sempozyum: Geçmişten Günümüze Bozkır, May 06-08, 1157-1168, Konya.
- Aslanova, K. (2013). Türkiye’de sağlık turizmi ve sağlık turizmi hukuku. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 2(3), 129-145.
- Aydın, G. ve Karamahmet Aydın, B. (2015). Dünyada ve Türkiye’de sağlık turizmi pazarlama uygulamaları ve karşılaştırmalı durum analizi. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 16, 1-21.
- Barca, M., Akdeve, E. ve Gedik Balay, İ. (2013). Türkiye sağlık turizm sektörünün analizi ve strateji örnekleri. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 64-92.
- Boğaziçi Üniversitesi & Trakya Kalkınma Ajansı (TRAKYAKA). (2012). *Trakya bölgesi mevcut durum raporu*. Erişim Adresi: <https://www.kalkinmakutuphanesi.gov.tr/dokuman/trakya-bolgesi-turizm-master-plani-mevcut-durum-raporu/978> Erişim Tarihi: 27.09.2025.
- Boğaziçi Üniversitesi & Trakya Kalkınma Ajansı (TRAKYAKA). (2013). *2013-2023 trakya bölgesi turizm master planı*. Erişim Adresi: <https://www.kalkinmakutuphanesi.gov.tr/dokuman/trakya-bolgesi-turizm-master-plani-2013-2023/977>. Erişim Tarihi: 25.09.2025.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.
- Çeken, H., Karadağ, L. ve Dalgın, T. (2007). Kırsal kalkınmada yeni bir yaklaşım kırsal turizm ve Türkiye’ye yönelik teorik bir çalışma. *Artvin Çoruh Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 8(1), 1-14.
- Çetin, T. (2011). Termal turizm potansiyeli açısından Kozaklı (Nevşehir) kaplıcaları. *Turkish Studies International Periodical For The Languages*, 6(1), 899-924.
- Çiftci, G., Çakır, A. ve Çakır, G. (2016). Trakya Kalkınma Ajansı’nın trakya bölgesi (TR21) turizmi üzerindeki rolü. *Journal of Tourism Theory and Research*, 2(2), 159-172.

- Dalkıran, G. B. (2017). Bir sağlık turizmi destinasyonu olarak trakya bölgesi. *Social Sciences Research Journal*, 6(4),162-178.
- Dinçer, M. Z., Aydoğan Çifçi, M. ve Karayılan, E. (2016). Gelişmekte olan ülkelerde medikal turizm: Türkiye'nin Tayland, Malezya ve Hindistan'a göre potansiye-
linin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 34-60.
- Doğa Koruma ve Milli Parklar Genel Müdürlüğü. (2025). *Gala Gölü Milli Parkı*. Eri-
şim Adresi: <https://www.tarimorman.gov.tr/DKMP/Menu/27/Milli-Parklar>.
Erişim Tarihi: 25.09.2025.
- Edirne İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü. (2025). *Turizm*. Erişim Adresi: <https://edirne.ktb.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 25.09.2025.
- Edirne Ticaret ve Sanayi Odası. (2015). *Edirne'de alternatif turizm türlerinin geliştiril-
mesine yönelik eylem planı*. Erişim Adresi: [https://www.kalkinmakutuphanesi.gov.tr/dokuman/edirne-de-alternatif-turizm-turlerinin-gelistirilmesine-yone-
lik-eylem-planı/961](https://www.kalkinmakutuphanesi.gov.tr/dokuman/edirne-de-alternatif-turizm-turlerinin-gelistirilmesine-yone-
lik-eylem-planı/961). Erişim Tarihi: 28.09.2025.
- Ergüven, M. H. ve Yılmaz, A. (2017). Development of Turkish wellness philosophy
and reconsideration of sıfahane concept: The case of the darussıfa of Bayezıd II.
Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi, 7, 27-37.
- Gökdayı, İ. ve Polat, M. (2015). Isparta'da medikal turizmin yapılabilirliği üzerine bir
çalışma. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 17(29), 9-16.
- Hacıoğlu, N., Şahin, B. ve Şahin, S. (2008). The effects of body language in personal
selling in tourism industry. *Academic Journal*, 4(1), 219-229.
- Hospitality Health & Travel Sağlık Turizmi Hizmetleri Organizasyon Danışmanlık
(Health & Travel Hospitality). (2016). *Sağlık turizmi: Trakya destinasyonu*. Eri-
şim Adresi: [https://www.kalkinmakutuphanesi.gov.tr/dokuman/saglik-turiz-
mi-trakya-destinasyonu-arastirma-raporu/963](https://www.kalkinmakutuphanesi.gov.tr/dokuman/saglik-turiz-
mi-trakya-destinasyonu-arastirma-raporu/963). Erişim Tarihi: 29.09.2025.
- Jeotermal Haberler. (2.9.2017). Erişim Adresi: <https://www.jeotermalhaberler.com/mta-tarafından-trakya-bolgesinde-4-yeni-jeotermal-kaynak-kesfedildi/>. Eri-
şim Tarihi: 25.09.2025.
- Jeotermal Haberler. (23.01.2025). Erişim Adresi: <https://www.jeotermalhaberler.com/tekirdağın-hayrabolu-ilcesinde-jeotermal-kaynak-arama-calismaları/>. Erişim
Tarihi: 25.09.2025.
- Joint Commission International. (JCI). (2025). *Accredited organizations*. Erişim Ad-
resi: [https://www.jointcommission.org/en/about-us/recognizing-excellence/
find-accredited-international-organizations?c=Turkey&rftid_7:content_fil-
ters=country:eq:Turkey](https://www.jointcommission.org/en/about-us/recognizing-excellence/find-accredited-international-organizations?c=Turkey&rftid_7:content_fil-
ters=country:eq:Turkey). Erişim Tarihi: 27.09.2025.
- Kalkınma Kütüphanesi (2025). *Sıkça sorulan sorular. Kalkınma kütüphanesi nedir?*.
Erişim Adresi: [https://www.kalkinmakutuphanesi.gov.tr/kalkinma-kutupha-
nesi/sikca-sorulan-sorular](https://www.kalkinmakutuphanesi.gov.tr/kalkinma-kutupha-
nesi/sikca-sorulan-sorular). Erişim Tarihi: 16.09.2025.
- Kantar, G. ve Işık, E. (2014). Türkiye'de sağlık turizmi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*,
1(1), 15-20.

- Kırklareli İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü. (2025). *Turizm*. Erişim Adresi: <https://kirk-lareli.ktb.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 25.09.2025.
- Kördeve, M. K. (2016). Sağlık turizmine genel bir bakış ve Türkiye'nin sağlık turizmindeki yeri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(1), 51-61.
- Kültür Varlıkları ve Müzeler Genel Müdürlüğü. (2025). *Müze ve ören yerleri*. Erişim Adresi: <https://kvmgm.ktb.gov.tr/TR-44054/muze-ve-oren-yerleri.html>. Erişim Tarihi: 25.09.2025.
- Morgül, Ş. (2014). Kırklareli ilinde eko turizm olanakları. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 4(4), 27-38.
- Mustafazade, T. ve Mustafazade, T. (2016). *Ekonomik kalkınma ve sağlık turizmi (Azerbaycan örneği)*. Uluslararası Bölgesel Kalkınma Konferansı, Eylül 28-30, 115-130, Muş.
- Özalp, G. (2005). Sağlık Turizmi. *Hastane Dergisi*, 7, 90-98.
- Özer, Ö. ve Songur, C. (2012). Türkiye'nin dünya sağlık turizmindeki yeri ve ekonomik boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(7), 69-81.
- Özsarı, S. H. ve Karatana, Ö. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu. *Journal of Tourism Theory and Research*, 24(2), 136-144.
- Tekirdağ İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü. (2025). *Turizm*. Erişim Adresi: <https://tekirdag.ktb.gov.tr/TR-75773/turizm.html>. Erişim Tarihi: 25.09.2025.
- Tengilimoğlu, D. ve Kurumlu, Y. (2016). Hotel services in health tourism: sample of Turkey. *Asian Journal of Economics, Business and Accounting*, 1(4), 1-11.
- Toprak, L., Elsaied, H. H. ve Mahmood, S. A. (2014). Turizmin yükselen trendi: sağlık turizmi ve güneydoğu anadolu bölgesi örneği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(50), 38-57.
- Trakya Kalkınma Ajansı (TRAKYAKA). (2012). *Trakya bölgesi turizm potansiyeli araştırması*. Erişim Adresi: <https://www.kalkinmakutuphanesi.gov.tr/dokuman/trakya-bolgesi-turizm-potansiyeli-arastirmasi/973>. Erişim Tarihi: 27.09.2025.
- Trakya Kalkınma Ajansı (TRAKYAKA). (2017). *TR21 düzey-2 bölgesi Trakya bölge planı (2014-2023)*. Erişim Adresi: <https://www.kalkinmakutuphanesi.gov.tr/dokuman/tr21-trakya-bolge-planı-2014-2023/986>. Erişim Tarihi: 27.09.2025.
- Trakya Kalkınma Ajansı (TRAKYAKA). (2023). *TR21 düzey-2 bölgesi bölge planı (2024-2028)*. Erişim Adresi: <https://www.trakyaka.org.tr/upload/Node/68660/xfiles/TR21BolgePlani2024-2028.pdf>. Erişim Tarihi: 27.09.2025.
- Türkiye Sağlık Vakfı. (2010). *Dünyada ve Türkiye'de sağlık turizmi 2010 durum analiz raporu ve çözüm önerileri*. Efil Yayınevi, Ankara.
- Türkiye Seyahat Acentaları Birliği (TÜRSAB). (2014). *Sağlık turizmi raporu (2014)*. Erişim Adresi: https://www.tursab.org.tr/tr/tursabdan-haberler/genel-duyurular/tursab-saglik-turizmi-raporu_11430.html. Erişim Tarihi: 26.09.2025.

- T.C. Londra Büyükelçiliği Ticaret Müşavirliği. (2015). *Birleşik krallık sağlık turizmi raporu (2015)*. Erişim Adresi: <https://www.deik.org.tr/uploads/birlesik-krallik-saglik-turizmi-raporu-2015.pdf>. Erişim Tarihi: 27.09.2025.
- T.C. Ticaret Bakanlığı. (2025) *Kara hudut kapıları*. Erişim Adresi: <https://ticaret.gov.tr/gumruk-islemleri/gumruk-idareleri/hudut-kapilari/kara-hudut-kapilari>. Erişim Tarihi: 25.09.2025.
- Patterson, I. R. (2006). *Growing older: tourism and leisure behaviour of older adults*. CABI, UK.
- Yıldırım, S. (1997). Üçüncü yaş turizmi ve bunun Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi*, 8(1-2), 77-81.
- Zsarnoczky, M. (2017). New innovations for senior care. *VADYBA*, 30(1), 45-50.



SAĞLIK HİZMETLERİNDE NÖROTEKNOLOJİ ÇAĞI: BEYİN- BİLGİSAYAR ARAYÜZLERİ VE NEURALİNK

“ ”

Serkan ŞAHİN¹

Emin DEMİR²

¹ Öğr. Gör. Dr., Serkan ŞAHİN, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, serkansahin@erzincan.edu.tr ORCID: 0000-0002-2344-4857

² Doktora Öğrencisi, Emin Demir, Atatürk Üniversitesi, emin.demir22@ogr.atauni.edu.tr ORCID: 0009-0007-9657-2079

1.Giriş

Sağlık hizmetleri, tarih boyunca toplumların refah düzeyini belirleyen en temel göstergelerden biri olmuş, günümüzde ise sadece tıbbi bir gereklilik olmanın ötesine geçerek ülke ekonomilerinin ve sosyal güvenlik sistemlerinin en stratejik bileşeni haline gelmiştir. Küreselleşen dünyada nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve sağlık bilincinin artması, sağlık sistemleri üzerindeki talep baskısını her geçen gün artırmaktadır. Bir ülkenin kalkınmışlık düzeyi, artık sadece ekonomik verilerle değil, vatandaşlarına sunduğu sağlık hizmetinin kalitesi, erişilebilirliği ve sürdürülebilirliği ile ölçülmektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetleri, insan yaşamını koruma misyonuna ek olarak iş gücü verimliliğini destekleyen ve toplumsal refahı sağlayan kritik bir sacayağı olarak değerlendirilmektedir.

Geleneksel sağlık yönetimi modelleri, günümüzün karmaşıklaşan sağlık sorunları ve artan maliyetleri karşısında sürdürülebilirliğini yitirmeye başlamıştır. Bu noktada, sağlık hizmetlerinin sunumunda dijitalleşme, bir tercih olmaktan çıkıp sistemsel bir zorunluluk haline gelmiştir. Dijital dönüşüm, sağlık verilerinin kaydedilmesinden klinik karar destek mekanizmalarına, hasta takibinden kaynak yönetimine kadar tüm süreçlerde verimliliği artıran en önemli bileşenlerden biridir. Özellikle büyük veri analitiği, yapay zekâ ve nesnelerin interneti gibi teknolojiler, sağlık sistemlerini hastalık olduktan sonra müdahale eden reaktif bir yapıdan hastalığı öngören ve önleyen proaktif bir yapıya dönüştürmektedir. Dijitalleşme ile sağlık hizmetleri zaman ve mekân kısıtlamalarından kurtulmakta, hatalar minimize edilmekte ve tedavi süreçleri kişiye özel hale getirilerek kişiselleştirilmiş tıp paradigması hayata geçirilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sunumunda dijitalleşme süreci sadece teknolojik bir altyapı yatırımı değil aynı zamanda hizmet kalitesini ve hasta güvenliğini maksimize etmeyi hedefleyen köklü bir anlayış dönüşümüdür.

Dijital sağlık ekosistemindeki bu hızlı evrim, insan-makine etkileşiminin sınırlarını zorlayan nöroteknoloji çalışmalarıyla yeni bir boyuta taşınmıştır. Bu dönüşümün en radikal örneğini, insan beyni ile yapay zekâyı doğrudan entegre etmeyi hedefleyen Neuralink ve benzeri Beyin-Bilgisayar Arayüzü (BBA) girişimleri oluşturmaktadır. Bu teknolojiler, dijitalleşmenin nihai sınırı olarak kabul edilen zihinsel süreçlerin dijitalleştirilmesi vizyonunu somutlaştırmaktadır. Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerinde dijitalleşmenin ileri bir aşamasını temsil eden nöroteknoloji uygulamalarını ve özellikle Neuralink girişimini, sağlık sistemlerinde yaşanan dönüşüm bağlamında incelemektir. Çalışma kapsamında, bu yeni teknolojinin klinik potansiyeli ile getirdiği etik ve yönetsel etkiler değerlendirilecek ve sağlık hizmetlerinin geleceğini şekillendirecek politika yapıcılara yol gösterici bir çerçeve sunulacaktır.

2. Sağlık Hizmetleri ve Teknolojik Gelişmeler

Sağlık hizmetleri, son yıllarda küresel ölçekte ülke ekonomilerinin en stratejik bileşenlerinden biri haline gelmiştir. Teknolojik gelişmelerle yaşam kalitesindeki artışın doğru orantılı olduğu günümüzde, bilişim sistemlerinin kazandığı ivme sağlık sektörünü de harekete geçirmiş ve klinik süreçlerde dijitalleşme eğilimini dünya genelinde artırmıştır. Özellikle sağlık verilerinin artan kullanılabilirliği ve büyük veri analitiği, klinik karar verme süreçlerine rehberlik eden gizli bilgilerin açığa çıkarılmasını sağlamaktadır. Bu bağlamda, tanı ve tedavi süreçlerini hızlandıran, maliyetleri düşüren ve insan kaynaklı hataları minimize eden yapay zekâ gibi ileri teknolojiler, sağlık hizmetlerine hızla adapte olmaktadır (Tarcan vd., 2024, ss. 50-51). Bu dönüşümün temel itici gücünü oluşturan dijitalleşme, günümüzde yaşamın tüm alanlarına nüfuz ederek toplumların hizmet üretme ve hizmetten yararlanma biçimlerini köklü bir dönüşüme uğratmıştır. Avrupa Parlamentosu ve Konseyi düzenlemelerinde dijital dönüşüm, işletmelerin ve hizmetlerin yeniden yapılandırılması amacıyla dijital teknolojilerin sistematik biçimde kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Bu dönüşüm süreci, gerekli teknik altyapı ve insan kaynağına yönelik eğitimler sağlandığı ölçüde, toplum genelinde ve özellikle sağlık sektörü açısından önemli fırsatlar sunan, dinamik ve süreklilik arz eden bir olgu niteliği taşımaktadır. Özellikle telekomünikasyon ve finansal hizmetlerle birlikte sağlık hizmetleri, bu dönüşümden en çok etkilenen sektörlerin başında gelmektedir (Stoumpos vd., 2023, s. 1; Şimşir & Mete, 2021, s. 38). Giyilebilir teknolojiler, sanal gerçeklik ve Nesnelerin İnterneti (IoT) gibi teknolojik yenilikler, artık günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Stoumpos vd., 2023, s. 1).

Genel teknolojik ilerlemenin yarattığı bu imkanlar, sağlık sistemlerinin içinde bulunduğu darboğazı aşmak için kritik bir araç haline gelmiştir. Dünya genelindeki sağlık sistemleri, etkili ve verimli bakım sunma kapasitelerini zorlayan benzeri görülmemiş güçlüklerle karşı karşıyadır. Kronik hastalık yönetiminin artan yükü ve ekonomik baskılar, önemli bir sağlık krizi yaratmaktadır. Geleneksel hasta yönetim yaklaşımları, çeşitlenen hasta popülasyonları karşısında yetersiz kalmakta; bakım standardı genellikle proaktif (önleyici) değil, reaktif (hastalık sonrası müdahale) bir model izlemektedir. Bu durum, hizmetlerin parçalanmasına, bakım sürekliliğinin kesintiye uğramasına ve kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır (Boyapati, 2025, s. 496). Teknolojik gelişmeler ve finansal baskılar, sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmak amacıyla dijitalleşmeyi ve reform sürecini zorunlu kılmıştır (Avaner & Fedai, 2017, s. 1536). Bu reform ihtiyacı, dünyada geleneksel sağlık sistemiyle bütünleşen evrensel bir “dijital sağlık sistemi” paradigmasını doğurmuştur. Bu sistemin amacı, tedavi edici hizmetlerin yüksek maliyetlerini azaltmak, toplum sağlığını geliştirmek, zaman ve mekân kısıtlamalarını ortadan kaldırmaktır (Şimşir & Mete, 2021, ss. 33-38). Dijital

sağlık, hastaların sağlık hizmeti sürecine katılımını değiştirmiş; hasta artık pasif bir alıcı olmaktan çıkıp, sağlık yönetimi üzerinde kontrol sahibi olan bir sağlık hizmeti tüketicisi rolünü üstlenmiştir. Bu yeni tüketici profili, sağlık hizmetlerinde kişiselleştirme, hız ve anında erişim beklentilerini ön plana çıkarmaktadır (Stoumpos vd., 2023, ss. 1-2). Bu talebi karşılamak ve yöneticilerin doğru karar almasını sağlamak için etkili sağlık bilgi sistemlerine ihtiyaç vardır. Örneğin Türkiye’de “Sağlık.Net” çatısı altında kurulan ulusal sistem, verileri tek bir merkezde (Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi-ÇKYS) toplayarak politika geliştirme süreçlerinde kullanılmakta ve aynı zamanda toplanan verilerle özel sektör yatırımlarına rasyonel bir zemin sunmaktadır (Avaner & Fedai, 2017, ss. 1536-1541).

Sağlık hizmetlerindeki dijital dönüşümün motor gücünü ise Yapay Zekâ (YZ), Nesnelerin İnterneti (IoT) ve büyük veri teknolojileri oluşturmaktadır. YZ uygulamaları; halk sağlığı yönetimi, erken tanı, radyolojik görüntüleme, robotik cerrahi, ilaç geliştirme ve kişiye özel tedavi yaklaşımları gibi geniş bir yelpazede maliyetleri azaltmak ve kaliteyi artırmak için kullanılmaktadır (Akalin & Veranyurt, 2021, ss. 232-236; Junaid vd., 2022, s. 1). Özellikle IoT destekli giyilebilir sensörler, sağlık hizmetlerini geleneksel merkez tabanlı sistemlerden, “Kişiselleştirilmiş Sağlık Yönetim Sistemleri”ne (HMS) kaydırmaktadır. Bu cihazlar, hastaların hayati verilerini (kalp atış hızı, tansiyon vb.) sürekli izleyerek hastalıkların erken tespitine ve kronik durumların kontrol altına alınmasına olanak tanımaktadır (Junaid vd., 2022, ss. 1-2). Sektördeki bu teknolojik ivme, Apple, Google, Samsung ve IBM gibi teknoloji devlerinin mobil tıp ve YZ alanındaki yatırımlarıyla hızlanmıştır. Kanada, İtalya, Avustralya, İngiltere ve Almanya gibi ülkelerde yapılan klinik çalışmalar, bu teknolojilerin başarısını kanıtlamaktadır. Elde edilen sonuçlara göre; uzaktan izleme yöntemleriyle hastaneye yatış sıklığında %45’lik bir azalma sağlanmış, kardiyovasküler hastalıklarda robotik teknolojiler kullanıldığında mortalite %20-25 oranında düşmüş ve büyük veri kullanımıyla ilaç tedavisinin etkinliği artırılmıştır (Şimşir & Mete, 2021, s. 37). Ancak bu ileri teknolojilerin entegrasyonu; hasta gizliliği, veri güvenliği, etik kaygılar, cihazların birlikte çalışabilirliği ve teknik altyapı yetersizlikleri gibi zorlukları da beraberinde getirmektedir (Junaid vd., 2022, s. 1; Sinha, 2024, s. 1). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü’nün 2030 yılına kadar küresel çapta 10 milyon sağlık çalışanı açığı öngörmesi, teknolojinin insan gücünü destekleme potansiyelini bir zorunluluk haline getirmektedir (Sinha, 2024, s. 2). Sonuç olarak, YZ’nin amansız ilerleyişi ve sağlık teknolojilerindeki gelişmeler, insanlığı makinelerin zihinsel kapasitelere rakip olduğu yeni bir çağa taşımıştır. Bu kapsamda, girişimci Elon Musk tarafından 2016 yılında başlatılan Neuralink girişimi, sağlık teknolojilerinde önemli bir noktayı temsil etmektedir. Neuralink, insan bilişi ile YZ’yi simbiyotik bir birlik içinde birleştiren sofistike bir Beyin-Makine Arayüzü (BMI) geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu teknoloji, Parkinson veya

epilepsi gibi nörolojik bozuklukların tedavisinden, insan hafızasının dijitalleştirilmesine ve bilincin YZ ile entegrasyonuna kadar uzanan devrimsel bir vizyon sunmaktadır (Ashish & Ashish, 2025, s. 3357).

3. Beyin-Bilgisayar Arayüzü - BBA

İnsan beyni, yaklaşık 86 milyar nöronun oluşturduğu karmaşık ağ yapısıyla, bilimin tanıdığı en güçlü ve komplike bilgi işleme sistemlerinden birini temsil etmektedir. Bilim insanları, on yıllardır bu biyolojik potansiyel ile dijital teknoloji arasındaki boşluğu kapatmak adına, insan beyni ve bilgisayarlar arasında doğrudan arayüzler oluşturma hedefini gütmektedir (Sahu, 2025, s. 2). Literatürde “Beyin-Bilgisayar Arayüzü” (BBA) veya “Beyin-Makine Arayüzü” (BMA) olarak adlandırılan bu teknoloji, canlı organizmalardaki nöronlardan bilgi elde ederek bu bilgiyi yapay cihazlara aktaran ve bireylerin kas sistemlerini kullanmaksızın sadece düşünce gücüyle dış dünya ile etkileşime geçmesini sağlayan sistemlerdir (Aydemir, 2022, s. 135; Yılmaz & Ozan Özparlak, 2021, s. 584).

BBA sistemleri, insan vücudunun doğal motor yollarını (sinirler ve kaslar) baypas ederek çalışır. Temel amaç, kullanıcının niyetini veya zihinsel durumunu temsil eden serebral sinyalleri tespit etmek ve bunları tekerlekli sandalyeler, bilgisayarlar, robotik kollar veya diğer elektromekanik cihazlar için işlenebilir komutlara dönüştürmektir (Çevik & Güler, 2024, s. 122; Kayıkcıoğlu vd., 2019, s. 241; Lotte vd., 2018, s. 2). Bu yönüyle BBA, sadece bir iletişim aracı değil, aynı zamanda nöromüsküler çıkış kanalları hasar görmüş bireyler için yapay bir çıkış kapısı niteliğindedir. Bir BBA sisteminin işleyişi, biyolojik sinyalin dijital komuta dönüşmesini sağlayan beş temel işlem aşamasından oluşmaktadır (Lawhern vd., 2018, s. 2). Bunlar:

- **Veri Toplama:** Nöronal aktivitenin elektrotlar veya sensörler aracılığıyla kaydedilmesi.

- **Sinyal İşleme:** Ham verinin gürültüden arındırılması ve temizlenmesi.

- **Özellik Çıkarımı:** Karmaşık sinyallerden anlamlı ve ayırt edici bilgilerin ayıklanması.

- **Sınıflandırma:** Ayıklanan verilerin bir niyete (örneğin “sağ elini kaldır” düşüncesi) dönüştürülmesi.

- **Geri Bildirim:** Sonucun bir eyleme dökülerek kullanıcıya sunulması.

Bu sürecin fiziksel altyapısı, mikro-elektromekanik sistemler ve mikro-çip teknolojisindeki ilerlemelere dayanmaktadır. Özellikle invaziv (girişimsel) sistemlerde, beyin dokusuyla etkileşime giren elektrotların hassasiyeti ve yerleştirilme yöntemi kritik önem taşır. Geleneksel yöntemler (örneğin Utah Electrode Array gibi sert elektrot yapıları) belirli sınırlılıklara sahipken; günümüz teknolojisi, malzeme bilimi ve robotiğin entegrasyonuna odaklanmak-

tadır. Neuralink gibi yeni nesil girişimler, sinyal kalitesini artırmak ve doku hasarını en aza indirmek için esnek materyaller ve bu materyalleri hassas bir şekilde yerleştirecek robotik cerrahi sistemler geliştirerek BBA teknolojisini klinik olarak daha uygulanabilir ve sürdürülebilir hale getirmeyi amaçlamaktadır (Çevik & Güleriyüz, 2024, s. 122; Sahu, 2025, s. 2). Mikro-işleme teknolojisindeki bu gelişmeler, süper bilgisayarların işlem gücüyle birleşerek, beyin sinyallerinin gerçek zamanlı ve yüksek doğrulukla analiz edilmesine olanak tanımaktadır (Çevik & Güleriyüz, 2024, s. 122).

BBA teknolojisinin en somut ve hayati etkisi sağlık alanında görülmektedir. Özellikle Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS), omurilik yaralanması (SCI) ve inme gibi nedenlerle motor fonksiyonlarını kaybetmiş ancak bilişsel yetilerini koruyan bireyler için bu teknoloji, dış dünya ile yeniden bağlantı kurmanın tek yoludur (Edelman vd., 2025, s. 26). Dijital bir köprü işlevi gören bu sistemler sayesinde, felçli hastaların robotik uzuvları kontrol ederek kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, hatta omurilikteki hasarlı bölgenin baypas edilerek yürüme yetisinin geri kazanılması mümkün hale gelmektedir (Urbaitte, 2025, s. 47). Sistemin sunduğu avantajlar sadece tedavi ile sınırlı değildir. Aynı zamanda rehabilitasyon süreçlerini hızlandırmakta ve hastaların yaşam kalitesini, psikolojik iyilik hallerini ve özerkliklerini artırmaktadır (Aydemir & Kayıkçıoğlu, 2009, s. 7). Sağlık sektörü dışında ise BBA'lar, ağır ve tehlikeli işlerde güvenliğin sağlanması, robotik cihazların uzaktan kontrolü ve artırılmış gerçeklik deneyimlerinin geliştirilmesi gibi geniş bir kullanım potansiyeline sahiptir (Yılmaz & Ozan Özparlak, 2021, s. 584). Gelecek vizyonunda ise bu teknoloji, düşünce gücü ile cihaz kontrolünü standart hale getirerek insan-makine etkileşiminde fiziksel sınırları ortadan kaldıran devrimsel bir dönüşüm vaat etmektedir (Aydemir, 2022, s. 135; Yılmaz & Ozan Özparlak, 2021, s. 584). Ancak, teknolojinin vaat ettiği bu devrimsel dönüşüm ve düşünce gücüyle kontrol vizyonu, çözülmesi gereken ciddi hukuki ve etik riskleri de beraberinde getirmektedir. Büyük teknoloji şirketlerinin odak noktası haline gelen bu alanda, mahremiyet (privacy) en büyük endişe kaynağıdır. Bireylerin düşünceleriyle çevrelerindeki donanımları kontrol edebilmesi, paradoksal olarak başkaları tarafından kontrol edilebilir olma riskini doğurmakta ve bir kontrol paradoksu yaratmaktadır. Örneğin, beyin implantlarına yapılabilecek siber saldırılar ve veri ihlallerinden kimin sorumlu olacağı sorusu hukuki bir belirsizlik alanıdır. BBA süreçlerinde elde edilen nöro verilerin (sinir sistemine dair verilerin) güvenliği için kriptografi gibi teknik önlemler şart olsa da mevcut sistemlerde kullanıcıların bu verilere kimin erişebileceğini belirleme tercihleri sınırlıdır. Bu nedenle, kullanıcıların bilgisi dışında veri işlenmesini önlemek için özel gizlilik tercihlerinin tanımlanması ve tüm sürecin veri koruma yasalarıyla uyumlu hale getirilmesi, teknolojinin güvenli gelişimi için elzemdir (Yılmaz & Ozan Özparlak, 2021, ss. 580-591).

3.1. BBA'nın Tarihsel Gelişimi

İnsan beyni ile makineler arasında bağlantı kurma fikri, modern teknolojinin çok ötesine, sinir sisteminin elektriksel doğasının keşfedildiği dönemlere dayanmaktadır. Beyin-bilgisayar arayüzlerinin kökleri, 18. yüzyılda Luigi Galvani'nin 1781 yılında bir kurbağanın bacağına elektriksel uyarımla kasıldığını gösterdiği deneylere kadar uzanır. Bu çalışma, sinir dokusunun elektriksel doğasına dair ilk ampirik kanıtları sağlayarak nöral uyarılabilirlik fikrinin temellerini atmıştır. Yaklaşık bir asır sonra, 1870'te Eduard Hitzig ve Gustav Fritsch'in bir köpeğin beyin korteksine elektrik vererek kas hareketi oluşturmaları, beyin belirli bölgelerinin belirli işlevlerden sorumlu olduğu "lokalizasyon" kavramının ilk sistematik gösterimi olmuş ve modern beyin haritalama çalışmalarının öncüsü sayılmıştır (Çevik & Güleriyüz, 2024, ss. 124-125; Kayıkcıoğlu vd., 2019, s. 241; Lotte vd., 2018, s. 2).

20. yüzyıl, teorik temellerin pratik kayıt teknolojilerine dönüştüğü bir devrim çağı olmuştur. 1924 yılında Alman bilim insanı Hans Berger, insan beyninin elektriksel aktivitesini invaziv olmayan bir şekilde kaydeden elektroensefalografiyi (EEG) icat etmiştir. Berger'in alfa ve beta dalgalarını tanımlaması, bilişsel durumların objektif olarak ölçülebileceğini kanıtlamış ve nöroloji temel bir teşhis aracı kazandırmıştır (Çevik & Güleriyüz, 2024, s. 126; Kayıkcıoğlu vd., 2019, s. 242).

BBA kavramının somutlaşmaya başladığı dönem ise yüzyılın ortalarıdır. İlk BBA sistemi, 1964 yılında Dr. William Grey Walter tarafından, hastanın beyin motor bölgesine bağlanan elektrotlarla slayt projektörünü kontrol etmesiyle geliştirilmiştir. Walter, beyindeki "niyet" sinyalinin kas hareketinden önce oluştuğunu keşfetmiş, ancak çalışmalarını yayınlamamıştır. Literatürde "Beyin-Bilgisayar Arayüzü" terimi ise ilk kez 1973 yılında Jacques Vidal tarafından kullanılmış ve alanın akademik çerçevesi çizilmiştir (Kayıkcıoğlu vd., 2019, s. 242; Kurutay vd., 2023, s. 66).

1960'lardan 90'lara kadar olan süreçte, hayvan deneyleri ve invaziv teknikler hız kazanmıştır. Jose Delgado'nun 1963'te bir boğayı uzaktan kumanda ile durdurması ve 1970-80'lerde UCLA'da yapılan çalışmalar, beyin sinyallerinin harici cihazları kontrol edebileceğini kanıtlamıştır (Adeoye & Adams, 2025, ss. 106-107; Çevik & Güleriyüz, 2024, s. 128). 1990'lar ise çoklu elektrot dizilerinin gelişimi ve Derin Beyin Stimülasyonunun (DBS) Parkinson tedavisinde onaylanmasıyla (1997/2002) teknolojinin olgunlaştığı bir dönem olmuştur. Özellikle 1996'da Philip Kennedy ve Roy Bakay'ın felçli bir hastaya uyguladıkları nörotrofik elektrot ile bilgisayar imlecini kontrol etmesini sağlamaları, motor sinyallerin çözümlenebileceğini gösteren kritik bir dönüm noktasıdır (Çevik & Güleriyüz, 2024, ss. 129-130).

21. yüzyıl, BBA teknolojisinin laboratuvar ortamından ticari ve klinik uygulamalara geçtiği dönemdir. 2005 yılında BrainGate Konsorsiyumu, tet-

raplejik bir hastanın düşünce gücüyle robotik bir kolu kontrol etmesini sağlamış; 2012’de ise benzer bir teknolojiyle bir hasta mekanik kol kullanarak kendi başına içecek içebilmiştir (Çevik & Güler, 2024, s. 130). Bu başarılar, BBA’ların sadece kayıp işlevleri geri kazandırmakla kalmayıp yaşam kalitesini artırabileceğini kanıtlamıştır.

Tarihsel sürecin son halkası ve en radikal adımı ise özel sektörün alana girmesiyle atılmıştır. Elon Musk tarafından 2016 yılında kurulan Neuralink, önceki çalışmaların birikimi üzerine inşa edilmiş ancak süreci hızlandırmıştır. Şirket, Mayıs 2023’te FDA onayı almış ve Ocak 2024’te ilk insan deneyeği Noland Arbaugh üzerinde başarılı bir implantasyon gerçekleştirmiştir. Bu gelişme, BBA teknolojisinin bilimsel bir deneyden, insan-yapay zeka simbiyozunu hedefleyen ticari bir ürüne evrilme sürecindeki en güncel kilometre taşıdır (Kurutay vd., 2023, s. 67; Sahu, 2025, ss. 4-5).

4. Neuralink

21. yüzyılda dijital teknolojilerin hızla gelişmesi, insan beyni ile bilgisayarlar arasında doğrudan bir bağlantı kurmayı amaçlayan Beyin-Makine Arayüzü (BBA veya BMI) teknolojilerinde kayda değer ilerlemelere zemin hazırlamıştır. Bu teknolojinin kökenleri, 1960’larda beyin sinyallerinin makineleri kontrol edebileceğini gösteren ilk deneylere dayanmaktadır. 1970’lerde hayvan deneyleriyle başlayan süreç, 1990’larda robotik kol kontrollerinin başarılması ve 2000’lerde invaziv olmayan yöntemlerin protezlerle entegrasyonu ile evrimleşmiştir (Adeoye & Adams, 2025, ss. 106-107). Ancak bu alandaki en radikal dönüşüm, Elon Musk tarafından 2016 yılında kurulan ve 2017’de kamuoyuna duyurulan Neuralink girişimi ile gerçekleşmiştir (Ashish & Ashish, 2025, s. 3358; Urbait, 2025, s. 48).

Neuralink, insan beyni ile yapay zekâ (AI) arasında yüksek hızlı bir bilişsel-dijital iletişim kanalı oluşturarak, geleneksel insan-bilgisayar etkileşimini aşmayı hedefleyen öncü bir nöroteknoloji girişimidir (Ashish & Ashish, 2025, s. 3358). Şirketin vizyonu çift yönlüdür: İlk aşamada felç, Alzheimer gibi nörolojik hastalıklara terapötik çözümler sunmak; uzun vadede ise insan zekâsını yapay zekâ ile bütünleştirerek bir tür bilişsel simbiyoz (ortak yaşam) elde etmektir (Ashish & Ashish, 2025, s. 3357; Kurutay vd., 2023, s. 68). Temmuz 2019’da yayınlanan beyaz kitap ile teknik yol haritası netleşen şirket, hantal ve kablolu mevcut sistemlerin aksine; ölçeklenebilir, minimal invaziv ve tamamen implante edilebilir bir sistem mimarisi ortaya koymuştur (Ashish & Ashish, 2025, s. 3358). Bu yaklaşım, BBA teknolojisini laboratuvar ortamından çıkarıp pratik ve hayat değiştiren bir araca dönüştüren bir paradigma değişimini temsil etmektedir (Sahu, 2025, s. 1).

4.1. Neuralink Sistem Mimarisi ve Teknik Bileşenler

Neuralink’in geliştirdiği teknoloji, biyoyumlu malzemeler, mikro-e-

lektronik mühendisliği ve robotik cerrahinin birleşiminden oluşan sofistike bir sistemdir (Urbaite, 2025, s. 48). Sistem temel olarak “Link” adı verilen implant, esnek elektrot iplikçikleri (Threads) ve cerrahi robot olmak üzere üç ana bileşen üzerine kurgulanmıştır (Sahu, 2025, s. 5). Bileşenler Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Neuralink Sistem Bileşenleri

İmplant Cihazı (Link): Sistemin merkezi olan implant cihazı, kafatası derisinin altına, kemik dokusuyla aynı hizaya yerleştirilen, madeni para büyüklüğünde ve dışarıdan görünmeyen kompakt bir cihazdır. Eski nesil sistemlerin (örneğin BrainGate) aksine, Neuralink kafadan dışarı sarkan kabloları veya harici konektörleri tamamen ortadan kaldırmıştır (Urbaite, 2025, s. 48). Titanyum muhafaza içine yerleştirilen ve Parylene-C ile kaplanan cihaz, nem ve darbelere karşı dayanıklıdır (Ashish & Ashish, 2025, s. 3362). Cihazın içinde nöral sinyalleri işleyen 256 ila 1024 kanallı özel ASIC (Uygulamaya Özel Entegre Devre) çipleri, 6 eksenli hareket sensörleri ve sıcaklık sensörleri bulunmaktadır (Ashish & Ashish, 2025, s. 3362; Sahu, 2025, s. 5). Elde edilen veriler, Bluetooth protokolü üzerinden kablosuz olarak harici cihazlara aktarılır. Ayrıca sistem, kullanıcının hareketliliğini kısıtlamayan ve endüktif (kablosuz) olarak şarj edilebilen, yaklaşık 12 saat çalışma süresine sahip bir batarya ile desteklenmektedir (Sahu, 2025, s. 7; Urbaite, 2025, s. 48).

Esnek Elektrot İplikçikleri (Threads): Neuralink’in en önemli inovasyonlarından biri, beyin dokusuyla bütünleşen elektrot yapısıdır. Geleneksel “Utah Electrode Array” gibi sert ve beyin dokusuna zarar verme riski taşıyan metal iğnelerin aksine Neuralink, poliimid, altın ve PEDOT malzemelerinden üretilen ultra ince ve esnek iplikçikler kullanmaktadır (Ashish & Ashish, 2025, s. 3360; Shaima vd., 2024, s. 201). Saç telinden daha ince (4 ila 6 mikron) olan bu ipliklerin her biri 32 elektrot içerir ve bir implantta toplamda 1024 elektrota kadar çıkılabilir. Bu esnek yapı, beynin mikro hareketlerine uyum sağlayarak mekanik stresi azaltır, iltihaplanma riskini minimize eder ve uzun vadeli biyouyumluluk sağlamaktadır (Ashish & Ashish, 2025, s. 3360; Urbaite, 2025, s. 48).

Robotik Cerrahi: İnsan elinin manipüle edemeyeceği kadar ince olan bu iplikçiklerin yerleştirilmesi için Neuralink, özel bir cerrahi robot geliştirmiştir. Bir dikiş makinesi mantığıyla çalışan bu robot; yüksek çözünürlüklü

kameralar ve optik koherens tomografi (OCT) kullanarak beyin damar yapısını görüntüler (Ashish & Ashish, 2025, s. 3361; Kurutay vd., 2023, s. 70). Robot, iplikçikleri damarlara zarar vermeden, mikron düzeyinde hassasiyetle ve dakikada yaklaşık 6 iplik (192 elektrot) hızında beyin korteksine yerleştirir. Bu otomasyon, işlemin güvenliği, hızı ve ölçeklenebilirliği açısından kritik öneme sahiptir (Ashish & Ashish, 2025, s. 3361; Urbaite, 2025, s. 49).

4.2. Çalışma Prensibi ve Klinik İlerlemeler

Neuralink sisteminin temel çalışma prensibi, nöronların ateşlenmesiyle oluşan elektriksel sinyalleri (aksiyon potansiyellerini) algılamak, bu sinyalleri dijital veriye dönüştürmek ve YZ algoritmaları aracılığıyla anlamlı komutlara çevirmektir (Ashish & Ashish, 2025, s. 3362; Urbaite, 2025, s. 49).

Süreç, robotik cerrahi ile implantın yerleştirilmesiyle başlar. Cihaz aktif hale geldiğinde elektrotlar beyin motor korteksindeki aktiviteleri kaydeder. Örneğin kullanıcı elini hareket ettirmeyi düşündüğünde bu niyetle ilişkili nöral desenler cihaz tarafından yakalanır, ASIC çipleriyle işlenir ve kablosuz olarak dışarı aktarılır (Kurutay vd., 2023, s. 69; Urbaite, 2025, s. 49). Harici bir yazılım katmanı ve makine öğrenimi algoritmaları, bu sinyalleri çözerek dijital komutlara dönüştürür. Sistem, kullanıcı performansına göre kendini sürekli iyileştiren uyarlanabilir bir kod çözme yapısına sahiptir (Sahu, 2025, s. 6; Shaima vd., 2024, s. 202).

Neuralink şirketi bu teknolojinin güvenliğini ve etkinliğini kanıtlamak adına bir dizi önemli kilometre taşını başarıyla tamamlamıştır. 2020’de domuzlar üzerinde nöral aktivite takibi gösterilmiş, 2021’de ise bir maymunun (Pager) sadece zihin gücüyle “Pong” oyunu oynaması sağlanmıştır (Adeoye & Adams, 2025, s. 108). Temmuz 2023’te ise FDA onayı alan Neuralink, 2024 başında ilk insan denek olan ve kuadripleji (omurilik felci) hastası Noland Arbaugh’a cihazı başarıyla implante etmiştir. Arbaugh, “Telepati” adı verilen özellik sayesinde sadece düşünceleriyle bilgisayar imlecini kontrol edebilmiş, satranç oynayabilmiş ve dijital dünyayla yeniden bağ kurmuştur (Urbaite, 2025, s. 49; Waisberg vd., 2024, s. 1937). Şubat 2025 verilerine göre, kullanıcılar saniyede 9 bit’i aşan rekor bir bilgi aktarım hızına ulaşarak, teknolojinin potansiyelini kanıtlamışlardır (Sahu, 2025, s. 7).

4.3. Sağlık Hizmetlerinde Uygulama Alanları ve Gelecek Vizyonu

Neuralink ve benzeri yüksek bant genişlikli BBA teknolojileri, sağlık yönetiminde ve hizmet sunumunda köklü değişiklikler vadetmektedir. Bu uygulamalar dört ana kategoride değerlendirilebilir (Adeoye & Adams, 2025, ss. 112-113; Sahu, 2025, s. 1):

Motor İşlevlerin Restorasyonu: Felç, ALS ve omurilik yaralanması geçiren bireylerin dijital cihazları kontrol etmesi ve gelecekte robotik uzuvları yöneterek fiziksel bağımsızlıklarını kazanmaları hedeflenmektedir.

Duyusal İyileştirme: Şirketin “Blindsight” (Körgörüş) projesi, görme yetisini kaybetmiş bireylerde görsel korteksin doğrudan uyarılması yoluyla görme duyusunun yeniden kazandırılmasını vaat etmektedir (Kumar vd., 2025, s. 521; Sahu, 2025, s. 1; Waisberg vd., 2024, s. 1937).

Nörolojik ve Psikiyatrik Tedaviler: Parkinson (titreme kontrolü), epilepsi (nöbet tespiti) ve Alzheimer gibi hastalıkların yönetiminde derin beyin stimülasyonu sağlama potansiyeli bulunmaktadır. Ayrıca depresyon ve TSSB gibi durumlarda nöro-geribildirim terapileri için yeni kapılar aralanmaktadır (Adeoye & Adams, 2025, s. 112; Ashish & Ashish, 2025, s. 3360).

İletişim Becerilerinin Geri Kazanımı: Kilitli kalma sendromu yaşayan hastalar için düşüncelerin metne veya sese dönüştürülmesi (sözsüz iletişim) sağlanabilmektedir (Kurutay vd., 2023, s. 68).

4.4. Neuralink Teknolojisinin Avantajları ve Karşılaşılan Zorluklar

Neuralink, beyin-bilgisayar arayüzü (BBA) teknolojisinde sadece teorik bir ilerleme değil, pratik uygulamada sunduğu somut avantajlar ve karşılaştığı teknik engellerle öğrenen bir sistem olarak öne çıkmaktadır.

4.4.1. Teknolojik ve Klinik Avantajlar

Neuralink’in geliştirdiği sistem, geleneksel yöntemlere kıyasla hasta konforunu, veri kalitesini ve cerrahi hassasiyeti artıran bir dizi çarpıcı üstünlük sunmaktadır.

Tamamen İmplant Edilebilir ve Kablosuz Tasarım: Sistemin en belirgin avantajı, deriden geçen kabloların neden olduğu enfeksiyon riskini ortadan kaldırmasıdır. Kozmetik açıdan görünmez olan ve tam hareket özgürlüğü sağlayan bu yapı, kullanıcıların cihazı günlük yaşamlarında doğal bir parçalarıymış gibi hissetmelerine olanak tanır (Sahu, 2025, ss. 12-15).

Yüksek Veri Aktarım Hızı ve Hassasiyet: Sistem, binlerce ultra ince ve esnek elektrottan oluşan dizilimi sayesinde saniyede 9 bitin üzerinde bilgi aktarım hızına ulaşabilmektedir. Bu yüksek yoğunluklu kayıt kapasitesi, kullanıcıların dijital cihazları neredeyse fiziksel bir kullanıcı kadar hızlı kontrol etmesini sağlar. Ayrıca esnek polimer iplikçikler, beyin dokusuyla uyumlu hareket ederek, rijit (sert) elektrotların neden olduğu kronik enflamasyon ve sinyal bozulması riskini minimize eder (Eman, 2025, s. 8; Sahu, 2025, ss. 12-15).

Cerrahi Standardizasyon ve Otomasyon: Neuralink’in R1 robotu, insan elinin hassasiyetini aşan bir titizlikle çalışarak, elektrotları damar yapılarından kaçınarak ve minimal doku hasarıyla yerleştirir. Bu otomasyon, cerrahi sürecin standartlaşmasına ve teknolojinin büyük kitlelere ölçeklenebilmesine zemin hazırlar (Sahu, 2025, ss. 12-15).

Terapötik Etki ve Yaşam Kalitesi: Teknolojinin birincil hedefi terapötiktir. İlk hastalar, yardıma ihtiyaç duymadan internette gezinme, çalışma ve sosyalleşme yeteneklerini geri kazandıklarını; bu durumun özgüvenlerini ve psikolojik iyilik hallerini derinden etkilediğini belirtmişlerdir (Sahu, 2025, s. 21). Potansiyel uygulamalar arasında spinal yaralanmalarda uzuv kontrolünün yeniden sağlanması, Parkinson ve epilepsi semptomlarının hafifletilmesi ve cerrahi sırasında hassas beyin haritalaması yer almaktadır (Eman, 2025, ss. 8-9).

Genişletilebilir Platform Yaklaşımı: Neuralink, sadece motor fonksiyonlar için değil, gelecekte görme (Blindsight) ve konuşma restorasyonu gibi farklı nörolojik ihtiyaçlara yanıt verebilecek bütünlüklü bir donanım platformu olarak tasarlanmıştır (Sahu, 2025, ss. 12-15).

4.4.2. Teknik Zorluklar ve Riskler

Her öncü teknolojiye olduğu gibi, Neuralink de laboratuvar ortamından gerçek insan fizyolojisine geçişte ciddi zorluklarla karşılaşmıştır.

Donanım Sorunları ve Geri Çekilme (Retraction) Vakası: İlk insan deneyimlerinde, implantasyon ameliyatı güvenli geçmesine rağmen, birkaç hafta sonra elektrot iplikçiklerinin yaklaşık %85'i beyindeki hedef konumlarından geri çekilmiş ve performansta düşüş yaşanmıştır. İplikçiklerin dokudan kısmen ayrılmasıyla nöronlarla temas kaybedilmiştir. Bu durum, FDA'nın daha önceki endişelerini (tellerin göç etme potansiyeli) haklı çıkarmıştır. Neuralink, bu soruna kod çözücü algoritmaları yeniden kalibre ederek yanıt vermiş ve sonraki hastalarda iplikçikleri daha derine (yaklaşık 8 mm) yerleştirme stratejisini geliştirmiştir (Urbaite, 2025, s. 50).

Biyouyumluluk ve Cerrahi Riskler: İnce ve esnek malzemeler kullanılsa da, uzun vadeli implantasyonun bağışıklık tepkilerini veya yara dokusu oluşumunu tetikleme riski devam etmektedir. Ayrıca, robotik hassasiyetle dahi olsa beyin cerrahisi; kanama, enfeksiyon ve sağlıklı doku hasarı risklerini barındıran invaziv bir işlemdir (Ashish & Ashish, 2025, s. 3364; Eman, 2025, s. 9).

Cihaz Ömrü ve Arıza Riski: İmplant edilen elektronik bileşenlerin zamanla bozulması veya işlevini yitirmesi durumunda, cihazın nasıl güvenli çıkarılacağı veya değiştirileceği sorusu halen tam olarak yanıtlanmamış bir cerrahi zorluktur (Eman, 2025, s. 9; Urbaite, 2025, s. 50).

4.5. Etik Değerlendirmeler, Güvenlik ve Yönetmelik Sorumluluk

Neuralink gibi teknolojilerin gelişimi, sadece bir mühendislik başarısı değil, aynı zamanda “insan olmanın anlamı” ve “yönetmelik sorumluluk” üzerine derin etik sorgulamaları beraberinde getiren bir süreçtir (Sahu, 2025, ss. 18-21).

4.5.1. Gizlilik, Güvenlik ve Veri Mülkiyeti

Sağlık yönetiminin en kritik alanı olan veri güvenliği, BBA teknolojileriyle yeni bir boyut kazanmaktadır.

Nöro-Veri Mahremiyeti: Neuralink cihazları, kişinin en mahrem alanı olan zihinsel süreçlerden (düşünce, ruh hali, biliş) veri toplamaktadır. Bu verilerin güvenliği, klasik sağlık verilerinden çok daha hassastır. Yetkisiz erişim veya hackleme, sadece veri hırsızlığına değil, kullanıcının davranışının manipüle edilmesine veya fiziksel güvenliğinin tehlikeye girmesine yol açabilir (Adeoye & Adams, 2025, s. 115; Sahu, 2025, ss. 18-21).

Mülkiyet Sorunu: Elde edilen sinirsel verinin mülkiyetinin kullanıcıya, şirkete veya sağlık sağlayıcısına ait olduğu belirsizdir. Bu durum, aydınlatılmış onam süreçlerinin ve yasal çerçevelerin yeniden düzenlenmesini zorunlu kılmaktadır (Adeoye & Adams, 2025, s. 115).

4.5.2. Sosyal Adalet ve Erişim Eşitsizliği

Yüksek maliyetli ve karmaşık bir teknoloji olan Neuralink'in, yalnızca belirli sosyoekonomik grupların erişimine açık olması, "hakkaniyetli erişim" ilkesini zedeleyebilir. Bu durum, zengin ve yoksul arasındaki sağlık eşitsizliklerini derinleştirerek, teknolojik olanaklara sahip olanlar ve olmayanlar arasında yeni bir sosyal tabakalaşma yaratma riski taşır (Adeoye & Adams, 2025, s. 116; Sahu, 2025, ss. 18-21).

4.5.3. İnsan Kimliği ve Nöro-Geliştirme (Neuro-enhancement)

Neuralink teknolojisinin sunduğu vizyon, geleneksel 'terapötik tedavi' sınırlarını aşarak, insan bilişsel ve fiziksel kapasitesinin yapay yollarla artırılması (nöro-geliştirme) noktasına evrilmektedir. Bu radikal dönüşüm, teknolojiyi sadece tıbbi bir araç olmaktan çıkarıp, insan doğasının sınırlarının yeniden çizildiği, özgür irade ve kimlik kavramlarının ontolojik olarak sorgulandığı derin bir felsefi ikilem sahasına taşımaktadır (Adeoye & Adams, 2025, s. 115; Ashish & Ashish, 2025, s. 3357).

Özgür İrade ve Kimlik: BBA'ların kortikal aktiviteyi değiştirebilmesi, özgür irade kavramını sorgulatabilir. Sürekli bir beyin-dijital bağlantısının psikolojik sağlık, dikkat süreleri ve sosyal ilişkiler üzerindeki uzun vadeli etkileri henüz kestirilememektedir (Adeoye & Adams, 2025, s. 115).

İnsan Doğasına Müdahale: Doğal süreçlere müdahale etmek riskli olsa da bu teknolojiler doğal ve geliştirilmiş insan arasındaki sınırı bulanıklaştırmaktadır. Ancak tarihsel süreçte insanların teknolojiye (örneğin akıllı telefonlar) uyum sağlaması gibi, beynin de bu yeni arayüze uyum sağlama kapasitesi göz ardı edilmemelidir (Ashish & Ashish, 2025, ss. 3363-3364).

4.6. Sağlık Yönetimi Perspektifinden Değerlendirme ve Yönetmel Çıkarımlar

Neuralink ve gelişmiş Beyin-Çip Arayüzlerinin (BCHI) yükselişi, sağlık yönetiminde sadece klinik bir ilerleme değil, aynı zamanda hizmet sunum modellerini kökten değiştirecek bir paradigma değişimi olarak değerlendirilmektedir. Sağlık yöneticileri ve politika yapımcılar için bu teknoloji, hasta bakım süreçlerinin optimizasyonu, veri yönetimi ve stratejik planlama alanlarında yeni fırsatlar sunmaktadır (Adeoye & Adams, 2025, s. 105).

Kişiselleştirilmiş Tedavi ve Veri Yönetimi: Sağlık yönetiminin geleceği, büyük verinin işlenmesine ve kişiselleştirilmiş tıbbı dayanmaktadır. Neuralink cihazı, duygusal ve fiziksel davranışa dayalı nöral sinyalleri (spike) tespit ederek, insan davranışının yorumlanmasında oyun değiştirici bir rol oynamaktadır. Bu cihazlardan elde edilen devasa boyuttaki nöral verilerin yönetilmesi ve depolanması, sağlık bilişim sistemleri için kritik bir önem arz etmektedir. BCHI'lerin makine öğrenimi algoritmalarıyla entegrasyonu, hastalık yönetimi için statik tedavi protokolleri yerine, hastanın anlık beyin aktivitesine göre şekillenen esnek ve dinamik yöntemler sunmaktadır. Bu durum, sağlık yöneticilerinin kaynakları daha verimli kullanmasını ve bireyselleştirilmiş tedavi planları geliştirmesini mümkün kılmaktadır (Shaima vd., 2024, s. 202).

Hasta Bağımsızlığı ve Bakım Yükünün Azaltılması: Yönetimsel açıdan bakıldığında, nörolojik bozukluklara sahip bireylerin (örneğin felçli hastaların) bağımsızlıklarını kazanması, bakım hizmetlerindeki iş gücü ve maliyet yükünü önemli ölçüde hafifletme potansiyeline sahiptir. Neuralink, hastalara dijital cihazları kontrol etme ve iletişim kurma yeteneği (Telepati) kazandırarak, onların sürekli bakıma olan ihtiyaçlarını azaltmakta ve yaşam kalitelerini artırmaktadır (Kurutay vd., 2023, s. 68; Sahu, 2025, s. 1). Felçli bireylerin kablosuz iletişim kullanarak yardımcı cihazlarını kontrol edebilmesi, rehabilitasyon süreçlerinin hızlanmasını ve sağlık personelinin üzerindeki operasyonel yükün azalmasını sağlayacaktır (Shaima vd., 2024, s. 202).

Politika, Erişim ve Etik Yönetim: Bu teknolojinin sağlık sistemine entegrasyonu, teknik başarının ötesinde, düzenleyici ve politik hususların doğru yönetilmesine bağlıdır. Sağlık yöneticileri; veri gizliliği, siber güvenlik ve nöro-geliştirmenin ahlaki boyutlarını kapsayan etik çerçeveler oluşturmak zorundadır (Adeoye & Adams, 2025, s. 105). Ayrıca, bu yenilikçi tedavilere “hakkaniyetli erişimin” sağlanması, sağlık sistemindeki eşitsizliklerin derinleşmemesi adına yöneticilerin öncelikli gündemi olmalıdır. Teknolojinin potansiyelinin tam olarak gerçekleştirilmesi, sadece tıbbi başarıyla değil, aynı zamanda ölçeklenebilirlik, erişilebilirlik ve sürekli etik denetimin sağlanmasıyla mümkündür (Sahu, 2025, s. 1).

Sonuç olarak Neuralink, biyoyumlu malzeme bilimi, robotik hassasiyet

ve YZ destekli veri işleme kapasitesini tek bir platformda birleştirerek tıp endüstrisinde yeni bir çağ başlatmaktadır. Ancak bu teknolojinin geniş kitlelere yayılması; veri gizliliği, siber güvenlik, etik kaygılar ve uzun vadeli fizyolojik etkilerin tam olarak yönetilmesine bağlı olacaktır (Ashish & Ashish, 2025, s. 3358; Sahu, 2025, s. 1; Shaima vd., 2024, s. 202).

5. Sonuç ve Öneriler

Sağlık hizmetleri, tarihsel süreç içerisinde geleneksel bakım modellerinden veri odaklı, kişiselleştirilmiş ve dijital tabanlı yönetim sistemlerine doğru köklü bir evrim geçirmektedir. Dijitalleşmenin getirdiği bu yeni paradigma, sadece operasyonel verimliliği artırmakla kalmamış, aynı zamanda insan biyolojisi ile teknolojinin entegrasyonuna zemin hazırlamıştır. Bu çalışmanın temel amacı doğrultusunda, sağlıkta dijital dönüşümün en uç noktası olarak kabul edilen nöroteknoloji uygulamaları ve bu alanın öncüsü konumundaki Neuralink girişimi, klinik, etik ve yönetsel boyutlarıyla kapsamlı bir şekilde irdelenmiştir. Çalışma, Beyin-Bilgisayar Arayüzü (BBA) teknolojilerinin, sadece tıbbi bir inovasyon olmadığını, aynı zamanda sağlık sistemlerinin geleceğini şekillendirecek stratejik bir kırılma noktası olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada incelenen Beyin-Bilgisayar Arayüzü (BBA) teknolojileri ve özelinde Neuralink girişimi, sağlık hizmetlerinin sunumunda dijitalleşmenin ötesine geçen, biyolojik ve dijital zekânın bütünleştiği yeni bir “nöroteknoloji çağı”nın habercisidir. Bu kapsamda yapılan teorik değerlendirmeler, Neuralink’in geliştirdiği yüksek bant genişlikli, minimal invaziv ve kablosuz “Link” mimarisinin, nöroteknolojiyi laboratuvar ortamından çıkarıp pratik ve ticarileştirilebilir bir sağlık ürününe dönüştürme potansiyeli taşıdığını göstermektedir. Literatürden elde edilen veriler ışığında yapılan analizler; bu teknolojinin özellikle motor fonksiyonlarını kaybetmiş bireylerin dijital dünyayla yeniden bağ kurmasını sağlamanın ötesinde, gelecekte görme duyusunun restorasyonu (Blindsight) ve nöropsikiyatrik hastalıkların yönetiminde devrimsel tedavi olanakları sunabileceğine işaret etmektedir. Noland Arbau-gh gibi ilk insan denekler üzerindeki uygulamalar ise düşünce gücüyle cihaz kontrolü (Telepati) vizyonunun teorik bir kavram olmaktan çıkıp somut bir gerçekliğe evrildiğini doğrular niteliktedir.

Sağlık yönetimi perspektifinden yapılan çıkarımlar, Neuralink’in bir tedavi aracı olmanın ötesinde stratejik bir dönüşüm unsuru olduğunu göstermektedir. Hastaların fiziksel bağımsızlıklarını kazanmasının, sağlık personelinin üzerindeki sürekli bakım yükünü hafifleteceği ve operasyonel maliyetleri düşürme potansiyeli taşıdığı öngörülmektedir. Ancak çalışmada ele alınan etik ve yönetsel tartışmalar; bu teknolojik sıçramanın nöro-verilerin mahremiyeti, cihaz güvenliği, veri mülkiyeti ve toplumsal erişim eşitsizliği gibi derin kriz risklerini de beraberinde getirdiğini ortaya koymaktadır. So-

nuç olarak, insan zihninin okunabilir bir veri kaynağına dönüştüğü bu süreçte, sağlık sistemlerinin sadece teknolojik altyapılarını değil, etik ve hukuki kodlarını da yeniden yapılandırmaları bir zorunluluk olarak belirmektedir.

Gerçekleştirilen incelemeler, nöroteknolojinin getirdiği yeni gerçekliğin mevcut yasal ve yönetsel çerçeveleri aştığını göstermektedir. Bu kapsamda, politika yapıcılar ve düzenleyici kurumlar için öncelikli adım, mevcut veri koruma kanunlarının (KVKK/GDPR) ötesine geçen bir “Nöro-Haklar” (Neurorights) yasasının oluşturulmasıdır. Bireylerin zihinsel mahremiyetini ve bilişsel özgürlüğünü güvence altına alacak bu yasal çerçeve, nöro-verilerin ticari kullanım sınırlarını net çizgilerle belirlemelidir. Buna ek olarak, teknolojinin sadece yüksek gelir grubuna hitap eden bir lüks olmasını engellemek ve toplumda geliştirilmiş bireyler ile diğerleri arasında derin bir sınıf farkı oluşmasını önlemek hayati önem taşımaktadır. Sosyal güvenlik sistemlerinin, özellikle terapötik amaçlı implantları geri ödeme kapsamına alması için uzun vadeli maliyet-fayda analizleri yapılarak hakkaniyetli erişim politikaları hayata geçirilmelidir.

Sağlık yöneticileri açısından ise sürecin teknik altyapı ve insan kaynağının köklü dönüşümünü zorunlu kıldığı anlaşılmaktadır. Hastaneler ve sağlık merkezleri, implante edilebilir cihazların hacklenmesi riskine karşı özel “biyomedikal siber güvenlik” protokolleri geliştirmeli ve Neuralink gibi cihazlardan akan hassas verilerin güvenliği için blokzincir tabanlı şifreleme yöntemlerini değerlendirmelidir. Ayrıca, nöral sinyallerin (spike) oluşturduğu devasa veri akışını işleyebilecek bulut tabanlı ve YZ destekli Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri (SBYS) mimarileri tasarlanmalıdır. Yöneticiler bu verileri karar destek sistemlerine entegre ederek kişiselleştirilmiş tedavi planları oluşturmaktadır. İnsan kaynağı boyutunda ise sağlık çalışanlarının, “siborg” olarak nitelendirilebilecek implantlı hastalarla iletişim ve bakım süreçleri konusunda eğitilmesi ve insan-yapay zekâ etkileşimli yeni hibrit bakım protokollerinin hizmet içi eğitimlere dahil edilmesi gerekmektedir.

Son olarak, akademik camia ve gelecek araştırmaların teknolojinin insan doğası üzerindeki uzun vadeli etkilerine odaklanması gerektiği düşünülmektedir. Neuralink ve benzeri implantların insan fizyolojisi, psikolojisi ve kişilik yapısı üzerindeki etkilerini anlamak amacıyla boylamsal çalışmaların yapılması önemlidir. Ayrıca teknolojinin sadece tedavi değil, nöro-geliştirme (insan kapasitesini artırma) amacıyla kullanımı yaygınlaştıkça, bu durumun sağlık ve iş etiği açısından sınırlarını belirleyen yeni akademik modellerin geliştirilmesi, alanın sürdürülebilirliği için kritik bir araştırma sahası olacaktır.

Kaynakça

- Adeoye, S., & Adams, R. (2025). Neuralink's Brain-Machine Interfaces: A New Frontier in Healthcare Transformation. *Cognizance Journal of Multidisciplinary Studies*, 5(1), 105-124. <https://doi.org/10.47760/cognizance.2025.v05i01.009>
- Akalın, B., & Veranyurt, Ü. (2021). Sağlık Hizmetleri ve Yönetiminde Yapay Zekâ. *Acta Infologica*, 5(1), 231-240.
- Ashish, T. A., & Ashish, L. (2025). NEURALINK: A Revolutionary Brain-Machine Interface for Human- Machine Symbiosis. *International Journal for Research in Applied Science and Engineering Technology (IJRASET)*, 13(3), 3357-3367. <https://doi.org/10.22214/ijraset.2025.68062>
- Avaner, T., & Fedai, R. (2017). Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme: Sağlık yönetiminde bilgi sistemlerinin kullanılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(Kayfor 15 Özel Sayısı), 1533-1542.
- Aydemir, Ö. (2022). Beyin Bilgisayar Arayüzü ve Geleceği. *Journal of Investigations on Engineering and Technology*, 5(2), 135-141.
- Aydemir, Ö., & Kayıkçıoğlu, T. (2009). EEG Tabanlı Beyin Bilgisayar Arayüzleri. *EEG Tabanlı Beyin Bilgisayar Arayüzleri*, 7-13.
- Boyapati, P. K. (2025). The transformative potential of neural networks in healthcare patient management systems. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 26(1), 496-503. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2025.26.1.1055>
- Çevik, Ş. N., & Güleryüz, S. (2024). Brain-Computer Interfaces: Brain Chip From Past to Present. İçinde *In K. Kaygusuz (Ed.), Interdisciplinary Studies on Contemporary Research Practices in Engineering in the 21st Century-VI* (ss. 121-139). <https://www.ozgurayayinlari.com/site/catalog/book/426>
- Edelman, B. J., Zhang, S., Schalk, G., Brunner, P., Müller-Putz, G., Guan, C., & He, B. (2025). Non-Invasive Brain-Computer Interfaces: State of the Art and Trends. *IEEE Reviews in Biomedical Engineering*, 18, 26-49. <https://doi.org/10.1109/RBME.2024.3449790>
- Eman, A. (2025). Assessing the Impact of Neuralink Technology on Human Health, Cognition and Ethics. *MSI Journal of Medicine and Medical Research (MSIJM-MR)*, Volume 2(Issue 10), 01-14. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17292346>
- Junaid, S. B., Imam, A. A., Balogun, A. O., De Silva, L. C., Surakat, Y. A., Kumar, G., Abdulkarim, M., Shuaibu, A. N., Garba, A., Sahalu, Y., Mohammed, A., Mohammed, T. Y., Abdulkadir, B. A., Abba, A. A., Kakumi, N. A. I., & Mahamad, S. (2022). *Recent Advancements in Emerging Technologies for Healthcare Management Systems: A Survey*. 10(10), 1940. <https://doi.org/10.3390/healthcare10101940>
- Kayıkçıoğlu, T., Maleki, M., & Ketenci, S. (2019). Beyin-Bilgisayar Arayüzü. İçinde *BİYOMEDİKAL MÜHENDİSLİĞİ VE UYGULAMALARI* (ss. 241-268).
- Kumar, R., Waisberg, E., Ong, J., & Lee, A. G. (2025). The potential power of Neuralink

- how brain-machine interfaces can revolutionize medicine. *Expert Review of Medical Devices*, 22(6), 521-524. <https://doi.org/10.1080/17434440.2025.2498457>
- Kurutay, M., Demir, M. A., & Dal, A. K. (2023). Beyin-Bilgisayar Bağlantısının Gelişim Süreci ve Neuralink Mevcut Durum İncelemesi ve Gelecekteki Öngörüler. *Uluslararası Batı Karadeniz Mühendislik ve Fen Bilimleri Dergisi*, 5(1), 64-82. <https://doi.org/10.55440/umufed.1237232>
- Lawhern, V. J., Solon, A. J., Waytowich, N. R., Gordon, S. M., Hung, C. P., & Lance, B. J. (2018). EEGNet: A compact convolutional neural network for EEG-based brain-computer interfaces. *Journal of Neural Engineering*, 15(5), 056013. <https://doi.org/10.1088/1741-2552/aace8c>
- Lotte, F., Bougrain, L., Cichocki, A., Clerc, M., Congedo, M., Rakotomamonjy, A., & Yger, F. (2018). A review of classification algorithms for EEG-based brain-computer interfaces: A 10 year update. *Journal of Neural Engineering*, 15(3), 031005. <https://doi.org/10.1088/1741-2552/aab2f2>
- Sahu, C. (2025). Neuralink and Its Advantages: Advancements in Brain-Computer Interface Technology. *IJSAT - International Journal on Science and Technology*, 16(3). <https://doi.org/10.71097/IJSAT.v16.i3.6777>
- Shaima, M., Nabi, N., Rana, M. N. U., Islam, M. T., Ahmed, E., Tusher, M. I., Mukti, M. H., & Saad-Ul-Mosaher, Q. (2024). Elon Musk's Neuralink Brain Chip: A Review on 'Brain-Reading' Device. *Journal of Computer Science and Technology Studies*, 6, 200-203. <https://doi.org/10.32996/jcsts.2024.6.1.22>
- Sinha, R. (2024). The role and impact of new technologies on healthcare systems. *Discover Health Systems*, 3(1), 96. <https://doi.org/10.1007/s44250-024-00163-w>
- Stoumpos, A. I., Kitsios, F., & Talias, M. A. (2023). Digital Transformation in Healthcare: Technology Acceptance and Its Applications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043407>
- Şimşir, İ., & Mete, B. (2021). The Future of Healthcare Services: Digital Health Technologies. *Journal of Innovative Healthcare Practices (JOINIHP)*, 2(1), 33-39.
- Tarcan, G. Y., Balçık, P. Y., & Sebik, N. B. (2024). Türkiye ve Dünyada Sağlık Hizmetlerinde Yapay Zekâ. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 14(1), 50-60. <https://doi.org/10.31020/mutftd.1278529>
- Urbaite, G. (2025). Advancements in Neural Implants: A Systematic Review of Neuralink-Enabled Brain-Machine Communication. *Luminis Applied Science and Engineering*, 2(3), 46-65. <https://doi.org/10.69760/lumin.2025003004>
- Waisberg, E., Ong, J., & Lee, A. G. (2024). Ethical Considerations of Neuralink and Brain-Computer Interfaces. *Annals of Biomedical Engineering*, 52(8), 1937-1939. <https://doi.org/10.1007/s10439-024-03511-2>
- Yılmaz, S. S., & Ozan Özparlak, B. (2021). Beyin-Makine Arayüzü Teknolojisi ve Mahremiyete Dair Yeni Hukuki Sorular. *Maltepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2, 269-308.



SAĞLIKTA MARKA DEĞERİ VE AKREDİTASYON: KURUMSAL İMAJIN KALİTE STANDARTLARIYLA İNŞASI

“ ”

Hafize Nurgül DURMUŞ ŞENYAPAR¹

¹ Doç. Dr., Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, nurguld@gazi.edu.tr, ORCID: 0000-0003-0927-1643.

1. Giriş

Sağlık hizmetleri, doğası gereği insan yaşamı ve refahı ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle diğer hizmet sektörlerinden ayrılmakta; sunulan hizmetin niteliği, sürekliliği ve güvenilirliği hem bireysel hem de toplumsal düzeyde kritik sonuçlar doğurmaktadır. Bu bağlamda sağlık sektöründe rekabet; fiyat, teknolojik altyapı ya da fiziksel kapasitenin üzerinden şekillenirken güven, kalite algısı ve kurumsal itibar gibi soyut unsurlar giderek daha belirleyici hale gelmektedir (Maulana & Ayuningtyas, 2023). Özellikle bilgi asimetrisinin yüksek olduğu sağlık hizmetlerinde, hastalar ve hasta yakınları çoğu zaman sunulan hizmetin teknik kalitesini doğrudan değerlendirememekte, bu nedenle karar verme süreçlerinde marka değeri ve kurumsal imaj gibi dolaylı göstergelere yönelmektedir. Sağlık kurumlarının sahip olduğu marka gücü, bireylerin belirsizlik ve risk algısını azaltan bir güven mekanizması olarak işlev görmektedir; bu durum hem hizmete erişim tercihlerini hem de uzun vadeli kurum-hasta ilişkilerini şekillendirmektedir (Senyapar, 2024).

Hizmet sektörünün genel karakteristiği olan soyutluk, heterojenlik ve eş zamanlı üretim-tüketim özellikleri sağlık alanında daha belirgin biçimde hissedilmektedir. Sağlık hizmetlerinde sunulan çıktının geri döndürülemez olması, yanlış ya da düşük kaliteli bir hizmetin telafi edilememesi ve sonuçların çoğu zaman hayati riskler içermesi, algılanan risk düzeyini yükseltmektedir (Chahal & Bala, 2012). Bu koşullar altında bireyler, sağlık kurumlarını seçerken sadece klinik sonuçlara değil, kuruma atfedilen itibara, toplumsal algıya ve geçmiş deneyimlere dayalı marka çağrışımlarına da büyük önem vermektedir. Marka değeri, bu noktada bir pazarlama aracı olmaktan çıkarak sağlık hizmetlerinde güven inşasının ve algılanan kalitenin temel bileşenlerinden biri haline gelmektedir (Górska-Warsewicz, 2022). Sağlık kurumlarında marka değerinin oluşumu çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Algılanan kalite, marka farkındalığı, güven, algılanan riskin azalması ve hasta sadakati gibi unsurlar marka değerinin temel bileşenleri olarak öne çıkmaktadır. Algılanan kalite, hastaların sunulan hizmeti teknik ve fonksiyonel boyutlarıyla nasıl değerlendirdiğini ifade ederken, marka farkındalığı kurumun bilinirliğini ve zihinsel erişilebilirliğini temsil etmektedir (Kalhor et al., 2021). Güven ise sağlık hizmetlerinin doğası gereği marka değerinin merkezinde yer almakta; hasta ile kurum arasındaki ilişkinin sürekliliğini ve derinliğini belirlemektedir. Bu unsurların bütüncül bir şekilde yönetilmesi, sağlık kurumlarının kısa vadeli tercih edilirliliğini ve aynı zamanda uzun vadeli sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir (Chahal & Bala, 2012; Taneja, 2021).

Marka değeri yüksek olan sağlık kurumları, kriz dönemlerinde dahi daha dirençli bir yapıya sahip olmakta; hasta memnuniyeti, çalışan bağlılığı ve paydaş güveni gibi alanlarda daha istikrarlı performans sergileyebilmektedir. Bu durum, marka değerinin sadece pazarlama ve iletişim faaliyetlerinin bir çıktısı olmadığını, aynı zamanda kurumsal yönetim, kalite politikaları

ve hizmet süreçleriyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (Seyferth et al., 2022; Farrag & Ellessamy, 2025). Dolayısıyla sağlıkta marka değeri, yüzeysel imaj çalışmalarıyla değil, kurumun tüm işleyişini kapsayan sistematik ve bütüncül yaklaşımlarla inşa edilmektedir. Bu noktada kalite standartları ve akreditasyon mekanizmaları, sağlık kurumlarının hem içsel dönüşümünü hem de dışsal algısını şekillendiren temel araçlar olarak öne çıkmaktadır. Kalite standartları; yönetim yapıları, klinik süreçler, hasta güvenliği uygulamaları ve hizmet sürekliliği gibi alanlarda belirli ölçütler sunarak kurum içi iyileştirme süreçlerini teşvik etmektedir. Akreditasyon ise bu standartların bağımsız ve objektif değerlendirmelerle doğrulanmasını sağlayarak kalite güvencesini kurumsal bir kimlik unsuru haline getirmektedir. Bu süreçler, sağlık kurumlarının mevcut performansını belgelerken sürekli iyileştirme kültürünün yerleşmesine de katkı sunmaktadır (World Health Organization, 2022; Dharmagunawardene et al., 2025).

Kalite ve akreditasyon uygulamalarının içsel etkileri, organizasyonel öğrenme, süreç standardizasyonu ve çalışan farkındalığı gibi alanlarda kendini göstermektedir. Klinik ve idari süreçlerin sistematik biçimde tanımlanması, risklerin önceden öngörülmesi ve hasta güvenliğine yönelik yapılandırılmış uygulamaların hayata geçirilmesi, kurumun hizmet kalitesini nesnel olarak yükseltmektedir. Bununla birlikte bu içsel dönüşüm, dış paydaşlar nezdinde güçlü bir güven ve itibar üretme kapasitesine de sahiptir. Akredite edilmiş ya da belirli kalite standartlarını başarıyla uygulayan sağlık kurumları, hasta ve hasta yakınları tarafından daha güvenilir, daha şeffaf ve daha profesyonel olarak algılanmaktadır (Dharmagunawardene et al., 2025; Kartikawati et al., 2025). Bu bağlamda kalite standartları ve akreditasyon, sağlıkta marka değerinin yapı taşlarından biri olarak değerlendirilebilir. Ancak bu ilişki çoğu zaman dolaylı ve örtük bir biçimde ele alınmakta; kalite uygulamalarının marka stratejileriyle nasıl entegre edileceği yeterince sistematik olarak tartışılmamaktadır. Oysa kalite ve akreditasyon süreçleri, doğru bir stratejik çerçeve içinde ele alındığında, kurumsal imajın sürdürülebilir ve inandırıcı bir temele oturtulmasını mümkün kılmaktadır. Standartlara dayalı kalite anlayışı, markanın vaat ettiği değer in somut göstergesi haline gelerek, imaj ile gerçek performans arasındaki uyumu güçlendirmektedir.

Türkiye bağlamında sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon uygulamaları son yıllarda önemli ölçüde yaygınlaşmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde kurulan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü tarafından yürütülen akreditasyon programına esas olan Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS), sağlık kurumlarının hizmet kalitesini artırmayı, hasta güvenliğini sağlamayı ve kurumsal yönetim kapasitesini güçlendirmeyi hedefleyen temel mekanizmalar olarak öne çıkmaktadır. Bu standartlar, kamu ve özel sağlık kuruluşlarında kalite anlayışının kurumsal-

laşmasına önemli katkılar sunmuş; ölçme, değerlendirme ve iyileştirme süreçlerini sistematik hale getirmiştir. Bununla birlikte, SKS ve SAS'ın sağlık kurumlarının marka stratejileri ve kurumsal imaj politikalarıyla nasıl ilişkilendirileceği konusu literatürde ve uygulamada yeterince bütüncül biçimde ele alınmamıştır (Berktaş, Cengiz, et al., 2017; Berktaş, Gökmen Kavak, et al., 2017; Çiftcibaşı et al., 2024; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020). Mevcut uygulamalarda kalite ve akreditasyon süreçleri çoğu zaman zorlu mevzuat gereklilikleri ya da teknik denetim araçları olarak algılanmakta; bu süreçlerin kurumsal imaj ve marka değeri üzerindeki stratejik potansiyeli sınırlı ölçüde kullanılmaktadır. Oysa kalite standartlarının iç denetim ve uyum mekanizması olmanın yanı sıra kurumsal kimliği destekleyen ve marka vaadini güçlendiren bir araç olarak konumlandırılması mümkündür (Gurler, 2024). Bu yaklaşım, sağlık kurumlarının kaliteyi görünür kılmasını, paydaşlara tutarlı ve güvenilir mesajlar iletmesini ve rekabet avantajı elde etmesini sağlayabilir. Kurumsal imaj, sağlık kurumlarının paydaşlar nezdinde nasıl algılandığını ifade eden çok katmanlı bir yapıdır. Hastalar, çalışanlar, tedarikçiler, düzenleyici kurumlar ve toplum genelinde oluşan bu algı, büyük ölçüde kurumun kaliteye yaklaşımı, etik duruşu ve hizmet sunumundaki tutarlılığıyla şekillenmektedir. Akreditasyon ve kalite belgeleri, bu algının somut ve doğrulanabilir göstergeleri olarak işlev görmektedir (Fener & Köse, 2025; Ghaffar et al., 2025). Ancak bu göstergelerin etkili olabilmesi için kurumsal iletişim stratejileriyle desteklenmesi ve marka anlatısının bir parçası haline getirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışma, sağlıkta marka değeri ile akreditasyon ve kalite standartları arasındaki ilişkiyi bütüncül bir perspektifle ele almayı amaçlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde marka değerinin oluşum dinamikleri, kalite ve güvence mekanizmalarının kurumsal imaj üzerindeki etkileri ve Türkiye'deki mevcut uygulamaların bu çerçevede nasıl değerlendirilebileceği detaylı biçimde tartışılacaktır. Özellikle SKS ve SAS'ın stratejik marka bileşenleri olarak nasıl konumlandırılabilirliği üzerinde durulacaktır. Bu bağlamda çalışma, sağlık kurumlarının kalite odaklı dönüşüm süreçlerini marka değeri ve kurumsal imaj perspektifiyle yeniden düşünmelerine katkı sunmayı hedeflemektedir. Sağlık hizmetlerinde marka değeri ve akreditasyon arasındaki ilişki, günümüz sağlık sistemlerinde giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Artan rekabet, bilinçlenen hasta profili ve şeffaflık beklentileri, sağlık kurumlarını kaliteyi uygulamakla yetinmeyip bunu stratejik bir değer önerisine dönüştürmeye zorlamaktadır. Kurumsal imajın kalite standartlarıyla inşa edilmesi, sağlık kurumlarının güvenilirlik, sürdürülebilirlik ve toplumsal meşruiyet açısından güçlenmesini sağlayan temel bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Bu çerçevede ele alınacak olan marka değeri ve akreditasyon ilişkisi, sağlık yönetimi literatürüne ve uygulamasına önemli açılımlar sunma potansiyeline sahiptir.

Sağlık hizmetleri alanında kalite standartları ve akreditasyon uygulamaları üzerine yürütülen mevcut akademik çalışmalar incelendiğinde, bu süreçlerin ağırlıklı olarak klinik sonuçlar, hasta güvenliği, hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi ve maliyet-etkinlik gibi performans göstergeleri üzerinden ele alındığı görülmektedir. Akreditasyonun sağlık hizmeti sunumuna sağladığı yapısal katkılar çoğunlukla ölçülebilir çıktılar bağlamında değerlendirilirken, bu uygulamaların marka değeri ve kurumsal imaj üzerindeki etkileri ikincil ya da dolaylı bir boyut olarak ele alınmaktadır. Oysa sağlık hizmetlerinin yüksek belirsizlik ve risk içeren doğası, hasta ve hasta yakınlarının karar verme süreçlerinde teknik kalite kadar algısal unsurlara da yoğun biçimde başvurmasına neden olmaktadır. Bu durum, kalite standartları ve akreditasyonun dışsal algı ve itibar üretme araçları olarak da ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Literatürde dikkat çeken bir diğer önemli boşluk, sağlık kurumlarının büyük bölümünde akreditasyon süreçlerinin kurumsal marka hikâyesi, konumlandırma stratejileri ve imaj politikalarıyla sistematik biçimde bütünleştirilmemiş olmasıdır. Uygulamada akreditasyon çoğu zaman denetim odaklı, teknik ve soyut bir etiket olarak kalmakta; kurumun değer önerisi, marka vaadi ve kimlik anlatısı ile yeterince ilişkilendirilmemektedir. Bu durum, akreditasyonun sağladığı güven, şeffaflık ve kalite güvencesi gibi güçlü sembolik anlamların, paydaş algısına etkin biçimde yansıtılamamasına yol açmaktadır. Dolayısıyla kalite standartlarının iletişim boyutu çoğu zaman sınırlı kalmakta ve akreditasyon, kurumsal imajın aktif bir bileşeni olmaktan ziyade pasif bir belge niteliği taşımaktadır. Ulusal düzeyde uygulanan SKS ve SAS, sağlık kurumlarının yönetsel ve klinik süreçlerini bütüncül bir kalite anlayışı çerçevesinde yapılandırmayı amaçlamaktadır. Bununla birlikte, bu standart setlerinin marka değeri kuramları ve kurumsal imaj literatürü ile birlikte ele alındığı analitik çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Özellikle Aaker ve Keller (Toksan et al., 2011) gibi marka değeri yaklaşımlarının öne çıkardığı algılanan kalite, güven, sadakat ve marka çağrışımları gibi unsurlar ile SKS ve SAS'ın sunduğu yapısal bileşenler arasındaki ilişkiler, literatürde yeterince sistematik olarak tartışılmamıştır. Bu eksiklik, kalite standartları ve akreditasyonun sunduğu yapısal avantajların, kurumsal marka değeri ve imaj açısından tam kapasiteyle kullanılmamasına neden olmaktadır. Bu bölümün temel çıkış noktası, söz konusu teorik ve uygulamaya dönük boşluklardan hareketle, kalite standartları ve akreditasyonun sağlık kurumlarında marka değeri ve kurumsal imaj inşasındaki rolünü bütüncül bir çerçevede ele alma gerekliliğidir. Bu bağlamda çalışmanın coğrafi kapsamı Türkiye'deki sağlık kurumları ve ulusal kalite ve akreditasyon sistemi ile sınırlandırılmıştır. Türkiye bağlamının seçilmesi, SKS ve SAS gibi özgün ve kurumsallaşmış standart setlerinin bulunması ve bu sistemlerin hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarında yaygın biçimde uygulanması açısından anlamlı bir zemin sunmaktadır.

Çalışmanın doküman kapsamı, SKS ve SAS metinleri, bu standartlara ilişkin uygulama rehberleri ve seçilmiş sağlık kurumlarının kamusal kurumsal iletişim materyallerini içermektedir. Özellikle kurumların web sitelerinde, tanıtım dokümanlarında ve kamuya açık iletişim kanallarında akreditasyona nasıl atıf yapıldığı, bu sürecin kurumsal imaj anlatısında hangi bağlamda konumlandırıldığı önemli bir analiz alanı olarak değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım, kalite standartlarının iletişim pratikleriyle nasıl ilişkilendirildiğini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Tematik kapsam açısından çalışma, kurumsal imajın temel bileşenleri olan algılanan kalite, güvenilirlik, profesyonellik, insancıl yaklaşım, sosyal sorumluluk ve yenilikçilik gibi unsurlar üzerine odaklanmaktadır. Bu bileşenlerin, marka değeri literatüründe öne çıkan yapılarla nasıl örtüştüğü ve kalite standartları aracılığıyla nasıl desteklenebileceği analiz edilmektedir. Aynı zamanda marka değeri bileşenleri ile kalite standartları arasındaki yapısal ilişkiler ele alınarak, akreditasyonun bu ilişkilerde oynadığı rol detaylandırılmaktadır. Akreditasyonun kurumsal imaj inşasında etkin biçimde kullanıldığı ya da ihmal edildiği alanların belirlenmesi, çalışmanın önemli tematik odaklarından birini oluşturmaktadır. Bu çerçevede çalışmanın araştırma soruları, kalite standartları ve akreditasyonun marka değeri ve kurumsal imaj ile ilişkisini farklı boyutlarıyla irdelemeyi amaçlamaktadır. İlk araştırma sorusu, SKS ve SAS'ın sağlık kurumlarında marka değeri ve kurumsal imajı destekleyen hangi yapısal ve süreçsel unsurları içerdiğini ortaya koymaya yöneliktir. İkinci araştırma sorusu, kalite standartları ve akreditasyon süreçlerinin kurumsal imajın algılanan kalite, güven, profesyonellik, etik ve sosyal sorumluluk gibi boyutlarını doğrudan ya da dolaylı olarak nasıl şekillendirdiğini analiz etmeyi hedeflemektedir. Üçüncü araştırma sorusu ise sağlık kurumlarının akreditasyon ve kalite standartlarını kurumsal marka stratejileri ve imaj politikalarıyla ne ölçüde ve hangi kavramsal çerçeveler üzerinden entegre ettiğini incelemektedir. Dördüncü araştırma sorusu, sağlıkta marka değeri ve akreditasyon ilişkisini güçlendirmek amacıyla kalite standartları, kurumsal yönetim ve iletişim politikaları düzeyinde hangi geliştirme alanlarının bulunduğunu tartışmayı amaçlamaktadır. Çalışmanın temel amacı, SKS ve SAS'ı sağlıkta marka değeri ve kurumsal imaj literatürü ile bütünleştirerek, kalite standartlarının marka inşasındaki rolünü sistematik biçimde analiz etmektir. Bu doğrultuda kurumsal imajın iletişim kampanyaları, görsel kimlik unsurları ya da tanıtım faaliyetleriyle birlikte kalite standartları, süreç iyileştirme mekanizmaları ve akreditasyon kültürü ile birlikte inşa edilen çok katmanlı bir yapı olduğu ortaya konulmaktadır. Bu yaklaşım, sağlık kurumlarının imaj yönetimini yüzeysel ve kısa vadeli uygulamalardan çıkararak, kurumsal davranış ve süreçlere dayalı daha sürdürülebilir bir zemine oturtmayı hedeflemektedir.

Sağlık sektöründe kalite ve akreditasyon yatırımlarının önemli ölçüde artmasına rağmen, bu yatırımların marka değeri ve kurumsal imaj açısından

stratejik bir çerçevede yeterince değerlendirilmesi üzerine yürütülen çalışmalar sınırlı kalmaktadır. Kalite standartlarının sunduğu yapısal güvence, doğru bir yönetim ve iletişim yaklaşımıyla desteklenmediğinde, potansiyel etkisinin önemli bir kısmını yitirmektedir. Bu nedenle çalışma, sağlık kurumlarına kalite ve akreditasyonu marka değeriyle uyumlu biçimde yönetebilmeleri için analitik bir perspektif sunmayı amaçlamaktadır. Araştırma çıktıları ve beklenen uygulama etkileri bağlamında, SKS ve SAS'ın marka değeri ve kurumsal imaj bileşenleriyle eşleştirilmesini sağlayan kavramsal bir haritanın geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bu kavramsal çerçeve, sağlık kurumlarının kalite standartlarını stratejik marka kaynakları olarak değerlendirmelerine imkân tanıyacaktır. Ayrıca sağlık kurumları için kalite standartları ve akreditasyonun kurumsal imaj politikalarına entegrasyonuna yönelik somut ve uygulanabilir öneriler sunulması amaçlanmaktadır. Politika yapıcılar açısından ise kalite ve akreditasyon sisteminin kurum itibarı ve marka değeri boyutlarını güçlendirecek şekilde yeniden ele alınmasına yönelik yönetim ve revizyon önerileri geliştirilmesi beklenmektedir. Bu bölümün önem ve özgün katkısı, sağlıkta marka değeri ve akreditasyon ilişkisini doğrudan ele alarak, kalite standartlarını kurumsal imajın yapısal bir bileşeni olarak konumlandırmasından kaynaklanmaktadır. Çalışma, marka yönetimi literatürü ile sağlıkta kalite ve akreditasyon alanı arasında disiplinlerarası bir köprü kurarak her iki alana da kavramsal katkı sunmayı hedeflemektedir. Özellikle kurumsal imajın estetik ve görsel kimlik odaklı dar bir çerçeveden çıkarılarak, kalite kültürü ve akreditasyon temelli kurumsal davranış ve süreçlere dayalı bir yapı olarak yeniden tanımlanması, çalışmanın temel özgün yönlerinden birini oluşturmaktadır. Bu yaklaşımın, sağlık kurumlarının uzun vadeli güven, itibar ve sürdürülebilirlik hedeflerine ulaşmalarında önemli bir teorik ve pratik katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

2. Yöntem

Bu çalışmada, sağlıkta marka değeri ve kurumsal imajın kalite standartları ve akreditasyonla ilişkisini derinlemesine ortaya koyabilmek amacıyla nitel, keşfedici bir araştırma tasarımı benimsenmiştir. Bu yaklaşımın temel gerekçesi, marka değeri ve kurumsal imajın çok boyutlu, bağlama duyarlı ve büyük ölçüde algısal yapılardan oluşmasıdır. Benzer biçimde kalite standartları ve akreditasyon metinleri, kurumsal davranışları, yönetim anlayışını ve paydaş ilişkilerini şekillendiren normatif çerçeveler olarak ele alınmayı gerektirmektedir. Bu nedenle çalışmada nicel ölçüm ve nedensellikten ziyade, yorumsal analiz ve kavramsal ilişkilendirmeye dayalı bir yöntem tercih edilmiştir. Araştırma tasarımı, belge analizi ve kavramsal eşleştirmeye dayalı karşılaştırmalı inceleme üzerine kuruludur. Bu çerçevede SKS ve SAS hükümleri sistematik biçimde incelenmiş; bu hükümlerin marka değeri ve kurumsal imaj literatüründe tanımlanan boyutlarla nasıl ilişkilendirilebileceği analiz edilmiştir. Amaç, kalite standartlarının içsel kalite güvencesi meka-

nizmaları olarak değil, aynı zamanda kurumsal imaj ve marka değeri üretme potansiyeli olan yapısal araçlar olarak nasıl konumlandırılabileceğini kavramsal düzeyde ortaya koymaktır. Çalışmanın veri kaynakları iki ana grupta ele alınmıştır. Birincil dokümanlar, SKS ve SAS'ın güncel standart setleri ile bu standartlara ilişkin uygulama rehberleri ve kılavuzlardan oluşmaktadır. Özellikle hasta odaklılık, iletişim, şeffaflık, hasta hakları, çalışan yetkinliği, sosyal sorumluluk ve raporlama gibi başlıklar, kurumsal imaj ve marka değeriyle doğrudan ya da dolaylı ilişkileri nedeniyle analizde öncelikli olarak dikkate alınmıştır. İkincil kaynaklar ise sağlıkta marka değeri, kurumsal imaj, itibar yönetimi, hizmet markalaşması ve akreditasyon ilişkisini ele alan akademik çalışmalar ile ulusal mevzuat ve politika belgelerinde yer alan kalite güvencesi, şeffaflık ve bilgilendirme vurgularını içermektedir. Zaman çerçevesi açısından, analiz edilen SKS ve SAS versiyonlarının yürürlükte olduğu dönemler dikkate alınmış, varsa geçiş süreçleri ve revizyon mantıkları bağlamsal olarak değerlendirilmiştir. Literatür taramasında ise özellikle 2000 yılı sonrası dönemde gelişen hizmet markalaşması, sağlıkta marka yönetimi ve itibar odaklı çalışmalar esas alınmıştır. Bu dönemseldir sınırlama, sağlık hizmetlerinde marka ve imaj kavramlarının kuramsal olarak belirginleştiği ve kalite–marka ilişkilerinin daha görünür hale geldiği bir yazına odaklanmayı mümkün kılmıştır. Araştırmada dahil etme ve dışlama ölçütleri açık biçimde tanımlanmıştır. Dahil etme ölçütleri kapsamında, SKS ve SAS içerisinde doğrudan veya dolaylı olarak kurumsal imajı, itibarı, güveni, profesyonellik algısını, sosyal sorumluluğu, iletişimi, şeffaflığı ve etik davranışı etkileyen tüm hükümler analize dahil edilmiştir. Buna karşılık, kurumsal imaj veya marka değeri ile mantıklı ve kuramsal olarak ilişkilendirilemeyen, teknik altyapı, cihaz özellikleri ya da fiziksel donanım parametrelerine ilişkin maddeler analiz dışı bırakılmış; bu dışlama kararları gerekçeleriyle birlikte analitik notlarda belirtilmiştir. Analiz süreci, çok katmanlı bir kodlama çerçevesi üzerinden yürütülmüştür. İlk aşamada marka değeri boyutları (algılanan kalite, marka farkındalığı, marka çağrışımları/kurumsal imaj, marka bağlılığı ve güven) ile kurumsal imaj boyutları (profesyonellik, insancıl yaklaşım, etik standartlar, güvenilirlik, inovasyon, sosyal sorumluluk ve şeffaflık) temel kod kategorileri olarak belirlenmiştir. İkinci aşamada kalite standartlarının bu boyutlarla ilişkilendiği alanlar (hasta güvenliği, iletişim süreçleri, klinik protokoller, eğitim, veri yönetimi ve geri bildirim mekanizmaları gibi) analiz birimleri olarak ele alınmıştır. Kodlama sürecinde SKS ve SAS maddeleri sistematik biçimde taranmış ve ilgili marka değeri ile kurumsal imaj kodlarına atanmıştır. Bu kodlar daha sonra daha üst düzey temalara dönüştürülerek, “güven ve güvenilirlik imajı”, “profesyonellik ve yetkinlik imajı”, “insancıl ve hasta odaklı imaj”, “etik ve şeffaf imaj” ile “yenilikçi ve öğrenen kurum imajı” gibi tematik kümeler oluşturulmuştur. Bu temalar aracılığıyla kalite standartlarının kurumsal imaj üzerindeki yapılandırıcı etkisi daha bütüncül bir biçimde analiz edilmiştir. Son aşamada kavramsal eşleştirme ve karşılaştırmalı analiz

gerçekleştirilmiş; SKS ve SAS'ın her bir imaj teması için sunduğu yapısal dayanaklar karşılaştırılmıştır. Bu analiz doğrultusunda kalite standartlarının kurumsal marka stratejisiyle teorik entegrasyonunu açıklayan bir kavramsal model geliştirilmiştir. Model, kalite standartlarının süreç ve davranışları nasıl şekillendirdiğini, bu süreçlerin kurumsal imaj boyutlarına nasıl yansıdığını ve nihayetinde marka değerine nasıl katkı sunduğunu bütüncül bir nedensel zincir içinde ele almaktadır. Araştırmanın güvenilirlik ve geçerliği, kodlama ve tema geliştirme sürecinin marka yönetimi ve hizmet pazarlaması literatürüyle sürekli ilişkilendirilmesi yoluyla desteklenmiştir. Ayrıca analiz sürecinde tutulan analitik notlar ve alternatif yorumların sistematik biçimde kaydedilmesi, yorumsal tutarlılığın ve şeffaflığın sağlanmasına katkı sunmuştur. Bu yöntemsel yaklaşım, çalışmanın bulgularının kuramsal temellere dayalı, tutarlı ve yeniden değerlendirilebilir bir çerçevede sunulmasını amaçlamaktadır.

3. Bulgular

3.1. SKS ve SAS'ın Marka Değeri ve Kurumsal İmajı Destekleyen Yapısal Unsurları

SKS ve SAS'ın sağlık kurumlarında marka değeri ve kurumsal imajı destekleyen yapısal unsurları sistematik bir biçimde ele alındığında kalite ve akreditasyon standartlarının sağlık kurumlarının paydaşlar nezdinde algılanan değerini, güvenilirliğini ve profesyonel kimliğini şekillendiren kurumsal çerçeveler olarak işlev gördüğü ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda SKS ve SAS, sağlık kurumlarının sunduğu hizmetlerin niteliğini düzenlemenin ötesinde, marka değeri ve kurumsal imajın inşasında dolaylı fakat güçlü bir rol üstlenmektedir.

Sağlık hizmetlerinde marka değeri, büyük ölçüde algıya dayalı bir yapı olarak ortaya çıkmakta ve bu algının merkezinde algılanan kalite ve güven yer almaktadır. Hastalar ve hasta yakınları, sağlık hizmetlerinin teknik boyutunu doğrudan değerlendirme imkânına çoğu zaman sahip olmadıkları için, karar verme süreçlerinde güvenilirlik, tutarlılık ve profesyonellik gibi göstergelere yönelmektedir (Kayral, 2015; D. G. Kavak, 2018). Bu noktada SKS, sağlık kurumlarının hizmet sunumunu belirli normlar ve ölçütler çerçevesinde yapılandırarak, algılanan kaliteyi kurumsal düzeyde destekleyen temel bir araç işlevi görmektedir. Hasta güvenliği, risk yönetimi, klinik süreçlerin standardizasyonu ve sürekli iyileştirme gibi SKS'nin merkezinde yer alan unsurlar, sağlık kurumlarının hizmet kalitesini artırmakla kalmamakta; aynı zamanda bu kaliteyi sürdürülebilir ve öngörülebilir hale getirmektedir (Ertaş & Çelik, 2018; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Avcıl & Uslu, 2022). SKS kapsamında yer alan hasta güvenliği odaklı standartlar, marka değeri açısından kritik öneme sahiptir (Çiftcibaşı et al., 2024). Hasta güvenliği uygulamaları; tıbbi hataların önlenmesi, advers olayların izlenmesi, enfeksi-

yon kontrolü ve güvenli ilaç uygulamaları gibi alanları kapsamakta ve sağlık kurumunun “zarar vermeme” ilkesine bağlılığını somut biçimde ortaya koymaktadır (Bulut et al., 2023; Durmuş, 2024). Bu tür uygulamalar, hastalar nezdinde kuruma yönelik güven duygusunu güçlendirirken, aynı zamanda kurumun etik sorumluluklarını ciddiyetle yerine getirdiğine dair güçlü bir imaj üretmektedir. Güven temelli bu algı, marka değeri literatüründe sadakat ve olumlu marka çağrışımlarıyla doğrudan ilişkilendirilen temel bir bileşen olarak öne çıkmaktadır. SKS’nin risk yönetimi yaklaşımı da kurumsal imaj açısından belirleyici bir rol oynamaktadır. Risklerin sistematik biçimde tanımlanması, analiz edilmesi ve yönetilmesi; sağlık kurumunun mevcut sorunlara tepki veren değil, potansiyel tehditleri öngörebilen ve önleyici stratejiler geliştirebilen bir organizasyon olduğunu göstermektedir (Ziemba et al., 2019; Ghaffar et al., 2025). Bu yaklaşım, kurumsal imajda “kontrollü”, “öngörülü” ve “sorumlu” bir profilin oluşmasına katkı sunmaktadır. Marka değeri açısından bakıldığında ise risk yönetimi, algılanan riskin azaltılması yoluyla hasta tercihlerini olumlu yönde etkileyen önemli bir yapısal unsur olarak değerlendirilebilir (Senyapar, 2024).

Klinik süreçlerin standardizasyonu, SKS’nin algılanan kaliteyi güçlendiren bir diğer temel bileşenidir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020). Standartlaştırılmış klinik protokoller, bakım süreçlerinde tutarlılığı artırmakta ve hizmet kalitesinin kişilere ya da anlık koşullara bağlı olarak değişmesini sınırlamaktadır. Bu durum, sağlık kurumunun profesyonel ve sistematik bir yapıya sahip olduğu algısını güçlendirmekte; hizmetin “kurumsal” bir nitelik taşıdığı yönünde güçlü bir imaj oluşturmaktadır (Coutinho et al., 2019; AlOmari, 2022). Kurumsal imaj literatüründe profesyonellik ve yetkinlik algısı, özellikle bilgi asimetrisinin yüksek olduğu sektörlerde kritik bir rol oynamaktadır. SKS’nin sunduğu standartlaştırma mekanizmaları, bu algının kurumsal düzeyde inşa edilmesine önemli katkılar sağlamaktadır (Trong Tuan, 2014). SKS’nin sürekli iyileştirme anlayışı da marka değeri ve kurumsal imaj açısından dikkate değer bir unsurdur (Berktas, Cengiz, et al., 2017; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020). Sürekli iyileştirme, sağlık kurumunun durağan bir yapı olmadığını, değişen koşullara ve artan beklentilere uyum sağlama kapasitesine sahip olduğunu göstermektedir. Bu yaklaşım, kurumsal imajda yenilikçi, öğrenen ve gelişime açık bir kurum profili oluşturmaktadır. Marka değeri bağlamında ise sürekli iyileştirme, kurumun marka vaadini zaman içinde güçlendirmesine ve paydaş beklentileriyle uyumlu hale getirmesine olanak tanımaktadır (Henrique et al., 2021; F. Moldovan & Blaga, 2022). Böylece kalite, mevcut bir durum değil, süreklilik arz eden bir kurumsal özellik olarak algılanmaktadır. SKS’nin veri temelli yönetim yaklaşımı, algılanan kalite ve güven imajını destekleyen bir diğer önemli yapısal unsurdur (D. G. Kavak, 2018; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020). Performans göstergelerinin izlenmesi, hasta geri bildirimlerinin sistematik biçimde

değerlendirilmesi ve karar alma süreçlerinde nesnel verilerin kullanılması, sağlık kurumunun şeffaf ve hesap verebilir bir yönetim anlayışına sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum, paydaşlar nezdinde güvenilirlik algısını güçlendirirken, kurumun profesyonel bir yönetim yapısına sahip olduğu izlenimini de pekiştirmektedir. Veri temelli yönetim, marka değeri literatüründe tutarlılık ve güvenilirlik ile ilişkilendirilen temel unsurlardan biri olarak öne çıkmaktadır (Kass & Faden, 2018; Fukami, 2024).

SAS ise marka değeri ve kurumsal imaj açısından SKS'yi tamamlayıcı ve daha üst düzey bir çerçeve sunmaktadır (Öztürk et al., 2021). SAS'ın en belirgin özelliği, bağımsız değerlendirme ilkesine dayanmasıdır. Bağımsız bir akreditasyon sürecinden geçmek, sağlık kurumunun kendi beyanlarıyla değil, dışsal ve tarafsız bir otorite tarafından değerlendirildiğini göstermektedir. Bu durum, kurumsal imajda nesnellik ve güvenilirlik algısını güçlendirmekte; kurumun kalite iddialarının üçüncü taraflarca doğrulandığına dair güçlü bir mesaj üretmektedir. Marka değeri açısından bakıldığında, bağımsız değerlendirme, markanın inandırıcılığını artıran kritik bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Bozkurt & Kılıç, 2025). SAS kapsamında yer alan belgelendirme süreci, kurumsal imajın sembolik boyutunu güçlendiren önemli bir mekanizma olarak öne çıkmaktadır. Akreditasyon belgesi, kalite standartlarına uyumun somut ve görünür bir göstergesi niteliğindedir. Bu belge, sağlık kurumunun belirli kriterleri karşıladığını ve bu kriterleri sürdürülebilir biçimde uygulama taahhüdünde bulunduğunu ifade etmektedir. Kurumsal imaj literatüründe sembolik göstergeler, paydaş algısının şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Akreditasyon belgesi, bu bağlamda profesyonellik, ciddiyet ve kurumsal olgunluk imajını destekleyen güçlü bir sembol olarak değerlendirilebilir (Berktaş, Cengiz, et al., 2017; Öztürk et al., 2021; Araç & Koç, 2023). SAS'ın süreklilik gerektiren denetim süreçleri, marka değeri ve kurumsal imaj açısından ayrı bir önem taşımaktadır. Akreditasyonun tek seferlik bir değerlendirme olmaması, kurumun kalite anlayışının geçici değil, kalıcı ve kurumsallaşmış bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Bu süreklilik, paydaşlar nezdinde güvenin zaman içinde pekişmesini sağlamakta ve kurumun kaliteye bağlılığının istikrarlı olduğu algısını güçlendirmektedir. Marka değeri literatüründe süreklilik ve tutarlılık, marka bağlılığının oluşmasında temel belirleyiciler arasında yer almaktadır (Karaca & Usta, 2020; Aslan, 2023). Bu açıdan bakıldığında SAS, marka bağlılığını destekleyen dolaylı fakat güçlü bir yapı sunmaktadır. SAS'ın ulusal ve uluslararası düzeyde tanınırlığı, kurum itibarı üzerinde önemli bir etki yaratmaktadır. Akredite bir sağlık kurumu, sadece yerel ölçekte değil, daha geniş bir bağlamda da belirli kalite normlarına uyum sağladığını göstermektedir. Bu durum, özellikle uluslararası hasta hareketliliği ve sağlık turizmi bağlamında profesyonellik ve rekabet gücü algısını güçlendirmektedir. Kurumsal imaj açısından bakıldığında, uluslararası standartlarla uyum, kurumun vizyoner, açık ve küresel

kalite anlayışına sahip olduğu yönünde güçlü bir mesaj üretmektedir (Yıldız et al., 2019; D. Kavak et al., 2020).

SKS ve SAS birlikte ele alındığında, her iki standart setinin de sağlık kurumlarının “ciddiyet, profesyonellik ve güvenilirlik” imajını destekleyen temel yapısal bileşenler sunduğu görülmektedir. SKS daha çok içsel süreçlerin düzenlenmesi ve hizmet kalitesinin kurumsallaştırılması yoluyla algılanan kaliteyi güçlendirirken, SAS bu kalite anlayışını dışsal ve bağımsız bir çerçevede doğrulayarak kurumsal itibarı pekiştirmektedir (Berktaş, Gökmen Kavak, et al., 2017; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Araç & Koç, 2023). Bu iki mekanizma birlikte çalıştığında, sağlık kurumlarının marka değeri hem içsel tutarlılık hem de dışsal meşruiyet temelinde güçlenmektedir. Bu bütüncül yapı, sağlık kurumlarının marka değerini iletişim faaliyetleriyle birlikte kurumsal süreçler ve davranışlar üzerinden inşa etmelerine olanak tanımaktadır. SKS ve SAS, kaliteyi soyut bir iddia olmaktan çıkararak, somut, ölçülebilir ve doğrulanabilir bir kurumsal özellik haline getirmektedir. Bu durum, marka değeri ve kurumsal imaj arasında güçlü bir uyum yaratmakta; kurumun vaat ettiği değer ile sunduğu hizmet arasındaki tutarlılığı artırmaktadır.

Bu bulgular, SKS ve SAS'ın sağlık kurumlarında marka değeri ve kurumsal imajı destekleyen çok sayıda yapısal unsur içerdiğini ortaya koymaktadır. Hasta güvenliği, risk yönetimi, standardizasyon, sürekli iyileştirme ve veri temelli yönetim gibi SKS unsurları algılanan kalite ve güven imajını güçlendirirken; bağımsız değerlendirme, belgelendirme ve süreklilik esaslı denetimler gibi SAS unsurları kurum itibarı ve profesyonellik algısını pekiştirmektedir. Bu iki standart seti birlikte değerlendirildiğinde, sağlık kurumlarının marka değerini destekleyen sağlam ve çok katmanlı bir yapısal zemin sundukları söylenebilir. Bu zemin, ilerleyen araştırma sorularında ele alınacak olan kurumsal imaj boyutları ve marka stratejileriyle entegrasyon tartışmaları için temel bir referans noktası oluşturmaktadır.

3.2. Kalite Standartlarının Kurumsal İmaj Boyutlarını Şekillendirme Biçimi

Kalite standartları ve akreditasyon süreçlerinin sağlık kurumlarında kurumsal imajın farklı boyutlarını hangi mekanizmalar aracılığıyla şekillendirdiği irdelendiğinde kurumsal imajın iletişim faaliyetleri veya görsel kimlik unsurlarıyla birlikte kurumun günlük uygulamaları, süreçleri, etik duruşu ve paydaşlarla kurduğu ilişkiler üzerinden inşa edilen çok katmanlı bir algılar bütünü olduğu görülmektedir. Bu çerçevede kalite standartları, sağlık kurumlarının kurumsal davranışlarını sistematik hale getirerek, imajın her bir boyutuna yapısal ve süreklilik arz eden katkılar sunmaktadır.

Kurumsal imajın en temel bileşenlerinden biri olan güven ve güvenilirlik, sağlık hizmetlerinde diğer sektörlere kıyasla çok daha merkezi bir konu-

ma sahiptir. Sağlık hizmetlerinin yüksek belirsizlik, geri döndürülemezlik ve hayati riskler içermesi, hasta ve hasta yakınlarının karar verme süreçlerinde güveni belirleyici bir faktör haline getirmektedir (Abbas et al., 2023). Kalite standartları bu noktada, hasta güvenliği, enfeksiyon kontrolü, acil durum yönetimi ve tıbbi hataların raporlanması gibi alanlarda sunduğu sistematik çerçeve aracılığıyla güven imajının kurumsal düzeyde inşa edilmesini sağlamaktadır (Aladwan et al., 2023). Hasta güvenliği uygulamaları, sağlık kurumunun zarar vermeme ilkesini ölçülebilir ve izlenebilir bir uygulama alanı olarak benimsediğini göstermektedir (Shan et al., 2016; Aziz et al., 2025). Enfeksiyon kontrolüne ilişkin standartlar, özellikle hastane ortamında güvenirlilik algısını doğrudan etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır. Enfeksiyonların önlenmesine yönelik protokoller, izleme sistemleri ve raporlama mekanizmaları, sağlık kurumunun riskleri ciddiyetle ele aldığına dair güçlü bir mesaj üretmektedir (Cairns et al., 2013; Joshi, 2018). Benzer şekilde acil durum yönetimi standartları, kurumun beklenmedik ve kriz niteliğindeki durumlara hazırlıklı olduğunu, hasta güvenliğini olağan koşulların ötesinde de sürdürebilecek kapasiteye sahip bulunduğunu göstermektedir. Bu tür uygulamalar, kurumsal imajda “kontrol sahibi”, “öngörülü” ve “sorumlu” bir yapı algısını güçlendirmektedir (Silverberg et al., 2021; Jimenez & Lewis, 2023). Hataların raporlanması ve öğrenen örgüt kültürüne yönelik hükümler ise güven imajının daha derin bir boyutunu şekillendirmektedir. Kalite standartlarının hataları gizlemek yerine görünür kılmayı, analiz etmeyi ve bu hatalardan öğrenmeyi teşvik eden yaklaşımı, kurumun şeffaf ve gelişime açık olduğu algısını güçlendirmektedir (Jafree et al., 2016; Levine et al., 2020). Bu yaklaşım, kısa vadede hata algısını artırıyor gibi görünse de uzun vadede güvenilirlik imajını pekiştirmektedir. Çünkü paydaşlar nezdinde hatasızlık iddiasından ziyade, hatalarla yüzleşen ve bunlardan öğrenen kurumlar daha güvenilir olarak algılanmaktadır (Abdallah et al., 2019; Wawersik & Palagana, 2022).

Kurumsal imajın bir diğer temel boyutu olan profesyonellik ve yetkinlik, kalite standartlarının insan kaynağına ilişkin hükümleri aracılığıyla şekillenmektedir. Sağlık hizmetlerinin niteliği büyük ölçüde hizmeti sunan profesyonellerin bilgi, beceri ve tutumlarına bağlıdır. Bu nedenle nitelikli insan kaynağına sahip olmak, sağlık kurumları açısından operasyonel bir gereklilik olmanın ötesinde güçlü bir imaj unsurudur (Mwaisengela et al., 2025). Kalite standartları, çalışanların mesleki yeterliliklerinin belgelenmesi, görev tanımlarının netleştirilmesi ve sorumluluk alanlarının açık biçimde tanımlanması yoluyla profesyonellik algısını kurumsal düzeyde desteklemektedir (Elarabi & Johari, 2014; Saputri & Manik, 2024). Sürekli eğitim ve yetkinlik değerlendirmelerine yönelik standartlar, kurumun çalışanlarını mevcut yeterlilikleriyle değerlendirirken aynı zamanda onları sürekli geliştirmeyi hedefleyen bir yaklaşım benimsediğini göstermektedir. Bu durum, kurumsal imajda

“kendini yenileyen”, “bilgiye dayalı” ve “uzmanlık odaklı” bir profil oluşmasına katkı sağlamaktadır (Brennan & Monson, 2014; Lockyer et al., 2017). Mesleki etikle ilgili hükümler ise profesyonellik imajının normatif boyutunu güçlendirmektedir. Etik ilkelere bağlılık, sağlık kurumunun değerler ve sorumluluklar açısından da yetkin bir yapı sunduğu algısını desteklemektedir (Filipe et al., 2017; Desai & Kapadia, 2022). Kalite standartlarının kurumsal imaj üzerindeki etkisinin en görünür olduğu alanlardan biri insancıl ve hasta odaklı imajdır. Modern sağlık hizmetlerinde başarı, klinik sonuçlarla birlikte hasta deneyimi ve memnuniyetiyle de ölçülmektedir (Moretta Tartagliione et al., 2018; Çakmak & Uğurluoğlu, 2024). Bu bağlamda hasta ve aile katılımına yönelik standartlar, sağlık kurumunun karar alma süreçlerinde hastayı pasif bir alıcı olarak değil, aktif bir paydaş olarak konumlandırıldığını göstermektedir. Hasta katılımını teşvik eden uygulamalar, kurumsal imajda saygılı, kapsayıcı ve empatik bir yaklaşım algısı oluşturmaktadır (Elkefi & Asan, 2023; Jiang et al., 2024).

İletişim, insancıl imajın temel taşıdır. Kalite standartları, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki iletişimin açık, anlaşılır ve süreklilik arz eden bir yapıda olmasını öngörmektedir. Etkili iletişim, hastaların kendilerini değerli ve anlaşılmış hissetmelerine katkı sağlarken, kuruma yönelik olumlu duygusal bağların gelişmesini de desteklemektedir (Hong & Oh, 2020; Q. Wu et al., 2022). Mahremiyet ve hasta haklarına ilişkin hükümler ise insancıl imajın etik boyutunu güçlendirmektedir. Hastanın kişisel bilgilerine saygı gösterilmesi, özel alanının korunması ve haklarının açık biçimde tanımlanması, kurumun insan onuruna verdiği önemi somutlaştırmaktadır (Chen et al., 2025). Şikâyet yönetimi ve geri bildirim mekanizmaları, hasta odaklı imajın sürekliliğini sağlayan önemli araçlardır. Kalite standartları, hasta şikâyetlerinin sistematik biçimde alınmasını, analiz edilmesini ve bu geri bildirimlerin iyileştirme süreçlerine yansıtılmasını öngörmektedir. Bu yaklaşım, sağlık kurumunun eleştiriye açık, kendini sorgulayan ve hasta beklentilerini ciddiye alan bir yapı olduğu algısını güçlendirmektedir (Mirzoev & Kane, 2018; Han et al., 2023; Li et al., 2024). Böylece insancıl imaj, söylem düzeyinde kalmayıp kurumsal davranışlarla desteklenen bir özellik haline gelmektedir. Kurumsal imajın bir diğer önemli boyutu etik ve şeffaflıktır. Sağlık hizmetlerinde etik ilkelere bağlılık ve şeffaflık hem hasta güveninin hem de toplumsal meşruiyetin temelini oluşturmaktadır. Kalite standartlarında yer alan bilgilendirilmiş onam hükümleri, hastanın kendi sağlığıyla ilgili kararlara aktif ve bilinçli biçimde katılmasını sağlamayı amaçlamaktadır (Campbell & Parsi, 2017; Gabay & Bokek-Cohen, 2019). Bu uygulama, kurumsal imajda özerkliğe saygı gösteren ve hasta haklarını merkeze alan bir anlayışın varlığını ortaya koymaktadır (Séroussi et al., 2020). Açık bilgilendirme ve veri gizliliğine ilişkin standartlar, etik imajın bilgiye dayalı boyutunu güçlendirmektedir. Hastaların tedavi süreçleri, riskler ve alternatifler hakkında açık biçimde bilgilen-

dirilmesi, kurumun dürüst ve şeffaf bir iletişim anlayışına sahip olduğunu göstermektedir (Alizadeh et al., 2025). Veri gizliliğine yönelik hükümler ise dijitalleşmenin arttığı sağlık ortamlarında güvenin sürdürülebilirliği açısından kritik öneme sahiptir (Esmaeilzadeh, 2019; Rahman et al., 2024). Kişisel sağlık verilerinin korunmasına yönelik sistematik uygulamalar, kurumsal imajda sorumlu ve etik bir yönetim anlayışının yerleşmesine katkı sunmaktadır (Petersen et al., 2020). Şeffaf raporlama ve hesap verebilirlik, etik imajın kurumsal yönetim boyutunu oluşturmaktadır. Kalite standartları, performans sonuçlarının izlenmesini, raporlanmasını ve gerektiğinde paydaşlarla paylaşılmasını öngörmektedir. Bu durum, sağlık kurumunun hesap verebilirlik ilkesine önem verdiğini göstermektedir. Böyle bir yaklaşım, kurumsal imajda güvenilirlik ve dürüstlük algısını pekiştirmektedir (Abor & Tetteh, 2023; Nunes et al., 2023; Jalilvand et al., 2024).

Kalite standartlarının yenilikçi ve öğrenen kurum imajı üzerindeki etkisi ele alınmalıdır. Sağlık sektörü, teknolojik gelişmelerin ve bilimsel bilginin hızla değiştiği bir alandır. Bu bağlamda klinik ve yönetsel inovasyona açık olmak, kurumsal imaj açısından önemli bir farklılaştırıcı unsur haline gelmektedir (Çınar & Eren, 2015). Kalite standartları, kalite iyileştirme projeleri, performans izleme sistemleri ve geri bildirim döngüleri aracılığıyla kurumların yenilikçi uygulamalar geliştirmesini teşvik etmektedir. Sürekli kalite iyileştirme projeleri, kurumun mevcut durumu sorgulayan ve daha iyiye ulaşmayı hedefleyen bir anlayışa sahip olduğunu göstermektedir (de Kok et al., 2023). Performans izleme ve geri bildirim mekanizmaları ise bu iyileştirme çabalarının ölçülmesini ve sürdürülebilirliğini sağlamaktadır. Bu yapı, kurumsal imajda öğrenen, kendini değerlendiren ve gelişime açık bir organizasyon algısı oluşturmaktadır. Yenilikçilik imajı, sadece teknolojik yatırımlarla değil, aynı zamanda süreç ve yönetim anlayışındaki dönüşümlerle de desteklenmektedir (Smith et al., 2018; Bhaladhare & Rishipathak, 2025). Bütün bu boyutlar birlikte değerlendirildiğinde, kalite standartlarının kurumsal imajı tekil ve izole unsurlar üzerinden değil, birbirini tamamlayan ve güçlendiren bir yapı içinde şekillendirdiği görülmektedir. Güven ve güvenilirlik, profesyonellik, insancıl yaklaşım, etik ve şeffaflık ile yenilikçilik gibi imaj boyutları, kalite standartlarının sunduğu süreçler ve uygulamalar aracılığıyla kurumsal düzeyde bütünleşmektedir. Bu bütünleşik yapı, sağlık kurumlarının imajını geçici iletişim kampanyalarından bağımsız olarak, sürdürülebilir kurumsal davranışlara dayalı biçimde inşa etmelerine olanak tanımaktadır.

Çalışma kapsamındaki analizler, kalite standartlarının kurumsal imajın tüm temel boyutlarını doğrudan veya dolaylı biçimde şekillendiren güçlü bir yapısal çerçeve sunduğunu ortaya koymaktadır. Kalite standartları, sağlık kurumlarının nasıl algılandığını belirleyen değerleri, normları ve davranış kalıplarını kurumsallaştırmakta; böylece imajı rastlantısal değil, sistematik ve sürdürülebilir bir çıktı haline getirmektedir. Bulgular, kalite standartla-

rının stratejik bir kurumsal imaj aracı olarak ele alınması gerektiğini açık biçimde ortaya koymaktadır.

3.3. Akreditasyonun Marka Stratejileri ve Kurumsal İmaj Politikalarıyla Entegrasyonu

Sağlık kurumlarında akreditasyonun marka stratejileri ve kurumsal imaj politikalarıyla nasıl ve ne ölçüde entegre edildiği kavramsal ve yapısal bir perspektifle ele alındığında akreditasyonun kurumun dışa dönük marka söylemi, içsel kurumsal kültürü ve paydaşlarla kurduğu ilişkiler üzerinde belirleyici bir rol oynayan stratejik bir unsur olduğu açığa çıkmaktadır. Bu çerçevede SKS ve SAS, marka yönetimi ve kurumsal imaj politikalarıyla ilişkisi bakımından çok katmanlı bir değerlendirmeye tabi tutulmaktadır.

Sağlık kurumlarının dışa dönük marka söylemlerinde akreditasyonun kullanımı, çoğu zaman sembolik ve görsel unsurlar üzerinden gerçekleşmektedir. “Akredite hastane” ibaresi, akreditasyon logoları, sertifikaların fiziki mekânlarda ya da dijital platformlarda görünür kılınması, bu kullanım biçimlerinin en yaygın örnekleri arasında yer almaktadır (Hussein et al., 2021; Senyapar, 2024). Bu tür göstergeler, kurumun belirli kalite standartlarını karşıladığına dair hızlı ve kolay anlaşılır mesajlar üretmekte; özellikle bilgi asimetrisinin yüksek olduğu sağlık hizmetlerinde paydaş algısını kısa sürede şekillendirme potansiyeline sahip olmaktadır. Ancak bu sembolik kullanımın, marka stratejisinin yüzeysel bir bileşeni olarak kalması, akreditasyonun gerçek değerinin sınırlı ölçüde yansıtılmasına neden olabilmektedir (Da Silva Andrade et al., 2022; Alhawajreh et al., 2025). Akreditasyonun dışa dönük marka söyleminde etkin biçimde kullanılabilmesi için, bu sürecin bir etiket ya da belge olarak değil, kurumun değer önerisinin ve marka vaadinin ayrılmaz bir parçası olarak konumlandırılması gerekmektedir (Elrod & Fortenberry, 2020). Marka vaadi, bir kurumun paydaşlarına sunduğu temel değerleri ve bu değerleri nasıl gerçekleştirdiğini ifade eden stratejik bir çerçevedir. SKS ve SAS, hasta güvenliği, hasta odaklılık, etik davranış, profesyonellik ve sürekli iyileştirme gibi unsurlar üzerinden bu vadin içeriğini somutlaştırma potansiyeline sahiptir. Ancak bu potansiyelin açığa çıkabilmesi, kalite standartlarının marka anlatısına bilinçli ve tutarlı bir biçimde entegre edilmesine bağlıdır (Fischer, 2014; Brand et al., 2023; Bozkurt & Kılıç, 2025). Bu noktada marka vaadi ile kalite standartları arasında kavramsal tutarlılık kritik bir önem taşımaktadır. Sağlık kurumları sıklıkla hasta odaklılık, güvenilirlik, insancıl yaklaşım ve yüksek kalite gibi değerleri marka söylemlerinin merkezine yerleştirmektedir. Ancak bu söylemlerin, SKS ve SAS kapsamında tanımlanan süreçler ve uygulamalarla örtüşmemesi durumunda ciddi bir uyumsuzluk riski ortaya çıkmaktadır (Hydari et al., 2020). Örneğin hasta odaklılık iddiasında bulunan bir kurumun, hasta katılımı, geri bildirim mekanizmaları ve şikâyet yönetimi süreçlerinde yetersiz uygulamalara sahip olması, marka vaadi ile kurumsal davranış arasında bir boşluk yaratmaktadır. Bu tür tu-

tarsızlıklar, kısa vadede fark edilmese dahi uzun vadede güven kaybına ve marka değerinin zedelenmesine yol açabilmektedir. Akreditasyon, bu tür uyumsuzluk risklerini azaltabilecek önemli bir denetim ve hizalama mekanizması sunmaktadır. SKS ve SAS, kurumun iddia ettiği değerlerin süreçlere ve uygulamalara nasıl yansımaları gerektiğine dair somut çerçeveler sunarak, marka söylemi ile kurumsal pratikler arasında köprü kurma potansiyeline sahiptir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Öztürk et al., 2021; Bozkurt & Kılıç, 2025). Bu bağlamda akreditasyon, marka vaadinin doğrulanabilir ve sürdürülebilir hale gelmesine katkı sunmaktadır. Kurumun “yüksek kalite” ya da “hasta güvenliği” gibi iddiaları, akreditasyon kriterleri aracılığıyla ölçülebilir ve denetlenebilir bir zemine taşınmaktadır (Hussein et al., 2021; Brand et al., 2023).

Akreditasyonun marka stratejileriyle entegrasyonunda bir diğer önemli boyut, iletişim dili ve anlatı yapısıdır. Birçok sağlık kurumunda akreditasyon, teknik ve bürokratik bir başarı olarak sunulmakta; bu durum, hasta ve toplum nezdinde sınırlı bir anlam üretmektedir (Druică et al., 2020). Oysa akreditasyonun arkasındaki kalite kültürü, hasta güvenliği ve etik duyarlılık gibi unsurlar, daha insani ve deneyim odaklı bir anlatıyla aktarıldığında marka söylemini güçlendirme potansiyeline sahiptir (Freire et al., 2019). Bu noktada kalite standartlarının dilinin, pazarlama iletişimi ve kurumsal anlatılarla uyumlu hale getirilmesi, akreditasyonun algısal değerini artırmaktadır. Kurumsal imaj politikaları açısından bakıldığında, akreditasyonun sadece dış paydaşlara yönelik bir mesaj olmadığı, aynı zamanda iç paydaşlar için de güçlü bir imaj ve kimlik unsuru olduğu görülmektedir. Çalışanlar, bir kurumun kalite ve akreditasyon süreçlerine verdiği önemi, kurumsal değerlerin samimiyeti ve yönetim anlayışının ciddiyeti açısından önemli bir gösterge olarak algılamaktadır (Koul & Bhoomadevi, 2025). SKS ve SAS kapsamında yürütülen sistematik çalışmalar, çalışanların kuruma duyduğu güveni ve aidiyet duygusunu güçlendirebilmektedir. Bu durum, kurumsal imajın içsel boyutunun oluşmasında akreditasyonun oynadığı kritik rolü ortaya koymaktadır. Kalite kültürünün kurumsallaşması, çalışanların günlük pratiklerinde kaliteyi bir denetim gerekliliği olarak değil, mesleki bir sorumluluk ve değer olarak içselleştirmelerini sağlamaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Bozkurt & Kılıç, 2025). Sürekli eğitim, yetkinlik değerlendirmeleri ve geri bildirim mekanizmaları, çalışanların profesyonel gelişimine katkı sunarken, aynı zamanda kurumun kendilerine yatırım yaptığı algısını güçlendirmektedir. Bu algı, kurumsal imajın iç paydaşlar nezdinde olumlu biçimde şekillenmesine ve çalışanların kurumu temsil etme isteğinin artmasına yol açmaktadır (Tsai, 2014; Basarah et al., 2022). Böylece akreditasyon, içsel imaj ve dışsal marka değeri arasında dolaylı fakat güçlü bir bağ kurmaktadır.

Akreditasyonun iç paydaşlar üzerindeki etkisi, kurumsal aidiyet duygusunun ötesinde, örgütsel kimlik ve örgütsel gurur gibi kavramlarla da iliş-

kilendirilebilir. Akredite bir kurumda çalışmak, sağlık profesyonelleri için mesleki prestij ve kalite bilinciyle özdeşleşen bir kimlik sunabilmektedir (Debono et al., 2017). Bu durum, çalışanların kurumla kurduğu duygusal bağı güçlendirirken, hizmet sunumunda daha yüksek motivasyon ve sorumluluk bilinciyle hareket etmelerine katkı sağlamaktadır (Dobija et al., 2018). Dolayısıyla akreditasyon, marka stratejilerinin dışa dönük bir aracı olmanın yanı sıra içsel bir güçlendirme mekanizması olarak değerlendirilebilir (Huang & Lai, 2021). Bununla birlikte, akreditasyonun marka stratejileriyle entegrasyonunda karşılaşılan temel sorunlardan biri, akreditasyonun pazarlama iletişimiyle aşırı araçsallaştırılması riskidir. Akreditasyonun salt bir rekabet avantajı veya tanıtım unsuru olarak kullanılması, kalite kültürünün özünü zayıflatabilmektedir (Senyapar, 2024). Bu tür bir yaklaşım, çalışanlar nezdinde akreditasyonun anlamını boşaltmakta ve sürecin bürokratik bir yük olarak algılanmasına neden olabilmektedir. Bu durum, uzun vadede hem içsel motivasyonu hem de dışsal güven algısını olumsuz etkileyebilecek bir risk alanı oluşturmaktadır. Bu nedenle akreditasyonun marka stratejileriyle entegrasyonu, dengeli ve bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Marka söylemi, kalite standartlarının sunduğu gerçek uygulamalarla uyumlu olmalı; akreditasyon, kurumun neyi neden yaptığına dair anlamlı bir çerçeve sunmalıdır. Bu yaklaşım, marka vaadi ile kurumsal davranışlar arasındaki uyumu güçlendirerek, imajın sürdürülebilirliğini sağlamaktadır (Laassili & Ejbari, 2023). Kurumsal imaj, bu bağlamda dışarıya anlatılan bir hikâye değil, içeride yaşanan ve dışarıya yansıyan bir gerçeklik haline gelmektedir. Akreditasyonun marka stratejileriyle entegrasyonu aynı zamanda kurumsal yönetim ve stratejik planlama düzeyinde de ele alınmalıdır (Chuang & Howley, 2017). Kalite hedeflerinin, kurumun uzun vadeli vizyonu ve stratejik öncelikleriyle ilişkilendirilmesi, akreditasyonun marka değerine katkısını artırmaktadır (Trong Tuan, 2014). Bu çerçevede kalite göstergeleri, operasyonel performans ölçütleri olarak iş görürken bir yandan da marka performansının dolaylı göstergeleri olarak değerlendirilebilir. Hasta memnuniyeti, güven algısı ve kurumsal itibar gibi unsurlar, kalite standartlarıyla uyumlu biçimde izlenebilir ve yönetilebilir hale gelmektedir (Limbu et al., 2019). Kavramsal düzeyde bakıldığında, akreditasyonun marka stratejileriyle entegrasyonu, kalite standartları, süreç ve davranışlar, kurumsal imaj boyutları ve marka değeri şeklinde ilerleyen bir etki zinciri üzerinden açıklanabilir. Bu zincirde akreditasyon, kalite standartlarının kurumsal süreçlere yerleşmesini sağlayan bir tetikleyici rol üstlenmektedir. Süreçler ve davranışlar, kurumsal imajın güven, profesyonellik, insancıl yaklaşım ve etik gibi boyutlarını şekillendirmekte; bu imaj boyutları ise uzun vadede marka değerinin oluşumuna katkı sunmaktadır. Bu model, akreditasyonun marka stratejileriyle entegrasyonunun yapısal ve kültürel bir süreç olduğunu göstermektedir.

Bulgular, akreditasyonun sağlık kurumlarında marka stratejileri ve ku-

kurumsal imaj politikalarıyla entegrasyonunun çok boyutlu ve karmaşık bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır. SKS ve SAS, dışa dönük marka söyleminde sembolik göstergeler aracılığıyla görünür kılınmakta; ancak asıl değerini, marka vaadi ile kurumsal süreçler arasındaki tutarlılığı sağladığı ölçüde üretmektedir. Akreditasyon, dış paydaşlar için bir güven işareti işlevi görürken iç paydaşlar için aidiyet, kimlik ve gurur kaynağıdır. Bu bütüncül bakış açısı, akreditasyonun sağlık kurumlarında marka değeri ve kurumsal imajın stratejik bir bileşeni olarak ele alınması gerektiğini açık biçimde ortaya koymaktadır.

3.4. Marka Değeri-Akreditasyon İlişkisinin Sınırlılıkları ve Geliştirme Alanları

Sağlıkta marka değeri-akreditasyon ilişkisinin sınırlılıkları ve bu ilişkinin güçlendirilmesine yönelik geliştirme alanları ele alınmaktadır. Önceki araştırma sorularında kalite standartları ve akreditasyonun marka değeri ve kurumsal imaj üzerindeki yapıcı etkileri ortaya konulmuş olmakla birlikte, bu etkinin pratikte her zaman istenen düzeyde gerçekleşmediği görülmektedir. Bu durum, kalite standartlarının tasarımı, uygulanma biçimi, iletişim stratejileri ve algısal çerçevelerle doğrudan ilişkilidir. Dolayısıyla bu bölüm, kalite ve akreditasyonun marka değeri üretme potansiyelini sınırlayan faktörleri analiz etmekte ve bu sınırlılıkların nasıl aşılabileceğine dair kavramsal ve uygulamaya dönük öneriler geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Marka değeri-akreditasyon ilişkisinin temel sınırlılıklarından ilki, SKS ve SAS metinlerinde marka değeri, kurumsal imaj ve itibar gibi kavramların doğrudan ve açık biçimde adlandırılmamasıdır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Öztürk et al., 2021). Mevcut standart setleri incelendiğinde, hasta güvenliği, kalite iyileştirme, yönetim, etik ve iletişim gibi alanların ayrıntılı biçimde düzenlendiği; ancak bu alanların marka değeri ve imaj üretimiyle ilişkisine dair kavramsal bir çerçevenin sunulmadığı görülmektedir (Ashraf et al., 2018). Bu durum, kalite standartlarının marka değeri açısından taşıdığı potansiyelin örtük ve dolaylı kalmasına yol açmaktadır. Kurumlar, bu örtük ilişkiyi kendiliğinden kurmak zorunda kalmakta; ancak çoğu zaman bu ilişki ya fark edilmemekte ya da stratejik düzeyde ele alınmamaktadır. Standart metinlerde marka ve imaj kavramlarının doğrudan yer almaması, kalite standartlarının algısal ve sembolik boyutlarının geri planda kalmasına neden olmaktadır. SKS ve SAS, büyük ölçüde süreç, yapı ve çıktı odaklı düzenlemeler olarak kurgulanmış; algı yönetimi, itibar üretimi ve marka konumlandırması gibi konular standartların dolaylı etkileri olarak varsayılmıştır. Bu yaklaşım, kaliteyi “yapılan iş” ile sınırlandırmakta; “nasıl algılandığı” boyutunu kurumların inisiyatifine bırakmaktadır (Saleem & Raja, 2014; Elrod & Fortenberry, 2018; Hussein et al., 2021). Oysa sağlık hizmetlerinde algı, en az teknik kalite kadar belirleyici bir unsur olup, marka değeri bu algıların uzun vadeli birikimiyle oluşmaktadır. İkinci önemli sınırlılık, akre-

ditasyonun kamuoyu nezdinde teknik ve bürokratik bir süreç olarak algılanmasıdır. Akreditasyon süreçleri çoğu zaman denetim, belge toplama, uyum sağlama ve raporlama gibi teknik faaliyetlerle özdeşleştirilmektedir (Meesala & Paul, 2018; Ziemba et al., 2019). Bu algı, akreditasyonun kurumsal imaj ve marka iletişimi açısından taşıdığı sembolik değerın görünmez hale gelmesine yol açmaktadır. Hasta ve toplum nezdinde akreditasyon, çoğu zaman soyut ve anlaşılması güç bir kavram olarak kalmakta; günlük sağlık deneyimiyle doğrudan ilişkilendirilememektedir. Bu durum, akreditasyonun güven, kalite ve profesyonellik gibi güçlü çağrışımlar üretme potansiyelini sınırlamaktadır (Shekhar Kumar et al., 2013).

Akreditasyonun bürokratik bir süreç olarak algılanması gerek dış paydaşlar gerekse iç paydaşlar açısından önemli bir sorun alanı oluşturmaktadır. Çalışanlar, kalite ve akreditasyon süreçlerini çoğu zaman ek iş yükü, belge üretme zorunluluğu ve denetim baskısı olarak deneyimleyebilmektedir. Bu algı, kalite kültürünün içselleştirilmesini zorlaştırmakta ve akreditasyonun kurumsal kimliğe katkısını zayıflatmaktadır. Oysa akreditasyonun marka değeri üretme kapasitesi, büyük ölçüde çalışanların bu süreci nasıl anlamlandırdığı ve günlük pratiklerine nasıl yansıttığıyla ilişkilidir (Mosadeghrad, 2021; Alhawajreh et al., 2025). İç paydaşlar nezdinde anlam üretmeyen bir kalite sürecinin, dış paydaşlar için güçlü bir imaj unsuru haline gelmesi güçleşmektedir. Üçüncü sınırlılık alanı, kalite standartlarının dijital marka deneyimi ve çevrimiçi itibar yönetimiyle olan ilişkisinin zayıflığıdır. Günümüz sağlık hizmetlerinde marka değeri ve kurumsal imaj, fiziksel mekânlarda ve yüz yüze etkileşimlerde değil; dijital platformlar, sosyal medya, çevrimiçi değerlendirme siteleri ve hasta yorumları üzerinden de şekillenmektedir (Senyapar, 2024). Buna karşın SKS ve SAS, dijital marka deneyimi, çevrimiçi şeffaflık, sosyal medya etkileşimi ve çevrimiçi itibar yönetimi gibi çağdaş imaj bileşenlerine sınırlı ölçüde temas etmektedir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Öztürk et al., 2021; Çiftcibaşı et al., 2024). Bu durum, kalite standartlarının güncel marka dinamikleriyle uyumunun sınırlı kalmasına neden olmaktadır. Dijital ortamda oluşan hasta deneyimleri ve algılar, sağlık kurumlarının itibarı üzerinde giderek daha belirleyici bir rol oynamaktadır. Hasta yorumları, derecelendirme sistemleri ve sosyal medya paylaşımları, potansiyel hastaların karar verme süreçlerini doğrudan etkilemektedir. Ancak kalite standartlarının bu alanlarla doğrudan ilişkilendirilmemesi, kurumların dijital itibarlarını kalite temelli bir çerçeve içinde yönetmelerini zorlaştırmaktadır (Aytekin et al., 2025). Akreditasyonun dijital platformlarda nasıl anlatılacağı, hangi kalite göstergelerinin kamuoyuyla paylaşılacağı ve bu paylaşımların nasıl bir marka deneyimi oluşturacağına dair yönlendirici bir çerçevenin eksikliği, önemli bir yapısal sınırlılık olarak öne çıkmaktadır (Yardımcı, 2024). Bu sınırlılıklar ışığında, marka değeri–akreditasyon entegrasyonunu güçlendirmek için bir dizi yapısal geliştirme alanı tanımlanabi-

lir (Górska-Warsewicz, 2022; Aguerrebere et al., 2025). İlk olarak, kalite ve akreditasyon standartlarının kavramsal çerçevesinin genişletilmesi gerekmektedir. SKS ve SAS metinlerinde marka değeri, kurumsal imaj ve itibar kavramlarının doğrudan yer alması, bu alanların kalite anlayışının ayrılmaz bir parçası olarak tanınmasını sağlayacaktır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Araç & Koç, 2023). Bu tür bir kavramsal açılım, kurumların kalite çalışmalarını stratejik bir marka yatırımı olarak da görmelerine katkı sunacaktır. İkinci olarak akreditasyonun iletişim boyutunun güçlendirilmesi önemli bir geliştirme alanı olarak ortaya çıkmaktadır. Akreditasyon süreçleri ve sonuçları, teknik bir dil yerine hasta deneyimi, güven ve değer üretimi üzerinden anlatılmalıdır. Kalite standartlarının sağladığı kazanımlar, “ne değişti?”, “hasta için ne anlama geliyor?” ve “günlük deneyime nasıl yansıyor?” soruları üzerinden kamuoyuna aktarılmalıdır. Bu yaklaşım, akreditasyonun soyut bir belge olmaktan çıkıp, somut bir güven ve kalite göstergesi olarak algılanmasını sağlayacaktır (Swain et al., 2025). Üçüncü geliştirme alanı, kalite standartlarının dijital marka stratejileriyle entegrasyonudur. Akreditasyonun dijital platformlarda görünürlüğü, yalnızca logo veya sertifika paylaşımıyla sınırlı kalmamalıdır (Hussein, 2023; de Oliveira Lima et al., 2025; Alsuhaime et al., 2025). Bunun yerine kalite göstergeleri, hasta güvenliği uygulamaları, geri bildirim mekanizmaları ve iyileştirme sonuçları, dijital içeriklere dönüştürülerek paylaşılmalıdır. Bu içerikler, kurumun dijital marka deneyimini güçlendirirken, çevrimiçi itibar yönetimini de kalite temelli bir zemine oturtacaktır. Dördüncü olarak kalite ve akreditasyon süreçlerinin çalışan deneyimi ve içsel marka değeri ile daha güçlü biçimde ilişkilendirilmesi gerekmektedir. Çalışanların kalite süreçlerini bir zorunluluk olarak değil, kurumsal kimliğin ve profesyonel gururun bir parçası olarak görmeleri sağlanmalıdır. Bu amaçla eğitim programları, iç iletişim stratejileri ve liderlik uygulamaları, kalite kültürünü ve akreditasyonun anlamını vurgulayan bir çerçevede yeniden tasarlanabilir (Lee & Lee, 2022; Tabish, 2024). İç paydaşlar nezdinde güçlü bir imaj ve aidiyet duygusu oluşmadan, dış paydaşlara yönelik sürdürülebilir bir marka değeri üretmek zorlaşmaktadır. Beşinci geliştirme alanı, kurumsal yönetim ve stratejik planlama düzeyinde kalite–marka entegrasyonunun sağlanmasıdır. Kalite hedefleri ile marka hedefleri arasındaki ilişki açık biçimde tanımlanmalı; kalite göstergeleri, marka performansının dolaylı ölçütleri olarak değerlendirilmelidir (Ta’Amnha et al., 2025). Hasta memnuniyeti, güven algısı ve itibar göstergeleri, kalite standartlarıyla birlikte izlenmeli ve stratejik kararlara entegre edilmelidir. Bu yaklaşım, marka değeri ile akreditasyon arasındaki ilişkinin rastlantısal değil, planlı ve ölçülebilir bir süreç haline gelmesine katkı sunacaktır.

İletişimsel geliştirme alanları açısından bakıldığında, sağlık kurumlarının kurumsal marka hikâyelerini kalite ve akreditasyon temelli bir çerçevede yeniden kurgulamaları önem taşımaktadır. Marka hikâyesi, kurumun kim

olduğunu, neye inandığını ve değerini nasıl ürettiğini anlatan bütüncül bir anlatıdır. Akreditasyon ve kalite standartları, bu hikâyenin arka planında yer alan somut dayanaklar olarak konumlandırılmalıdır (Freire et al., 2019; Alhawajreh et al., 2023). Bu yaklaşım, marka söylemi ile kurumsal gerçeklik arasındaki uyumu güçlendirerek, imajın inandırıcılığını artıracaktır. Politika yapıcılar ve standart geliştiriciler açısından da önemli geliştirme alanları bulunmaktadır. Kalite ve akreditasyon sistemlerinin tasarımında, kurum itibarı ve marka değeri boyutlarının daha görünür hale getirilmesi, sistemin toplumsal meşruiyetini güçlendirecektir (Desveaux et al., 2017). Standart setlerine, kalite uygulamalarının paydaş algısı üzerindeki etkilerini izlemeye yönelik göstergelerin eklenmesi, bu yönde atılabilecek önemli adımlardan biri olarak değerlendirilebilir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Öztürk et al., 2021; Çiftcibaşı et al., 2024).

Çalışma kapsamındaki değerlendirmeler, marka değeri–akreditasyon ilişkisinin önemli bir potansiyele sahip olmakla birlikte, bu potansiyeleliğin çeşitli yapısal ve algısal sınırlılıklar nedeniyle tam olarak kullanılmadığını ortaya koymaktadır. SKS ve SAS’ın teknik ve süreç odaklı yapısı, akreditasyonun bürokratik algısı ve dijital imaj boyutlarının zayıf entegrasyonu, bu ilişkinin temel sınırlılık alanlarını oluşturmaktadır. Buna karşılık kavramsal genişleme, iletişim stratejilerinin güçlendirilmesi, dijital entegrasyon ve iç paydaş odaklı yaklaşımlar, marka değeri–akreditasyon entegrasyonunu güçlendirecek temel geliştirme alanları olarak öne çıkmaktadır. Bu perspektif, kalite ve akreditasyonun sağlık kurumları için stratejik bir marka değeri kaynağı olarak yeniden düşünülmesini mümkün kılmaktadır.

4. Sonuç ve Öneriler

Sağlık hizmetlerinde kalite standartları ve akreditasyonun teknik bir uyum ve denetim mekanizması olmanın ötesinde kurumsal imaj ve marka değeri inşasında stratejik bir altyapı sunduğunu açık biçimde ortaya koymaktadır. Bulgular, SKS ve SAS, hasta güvenliği, süreç standardizasyonu, etik yönetim ve sürekli iyileştirme yoluyla sağlık kurumları için güçlü bir kalite ve güven zemini oluşturduğunu göstermektedir. Ancak bu zeminin, birçok sağlık kurumu tarafından bilinçli ve bütüncül bir marka yönetimi aracı olarak yeterince kullanılmadığı da temel bir sonuç olarak öne çıkmaktadır. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular, kurumsal imajın tek başına iletişim faaliyetleriyle ya da görsel kimlik unsurlarıyla üretilemeyeceğini; aksine kalite kültürü, akreditasyon süreçleri, çalışan davranışları ve hasta deneyiminin bütünlüklü bir çıktısı olduğunu göstermektedir. Bu bütün içinde kalite standartları ve akreditasyon, çoğu zaman arka planda kalan ancak imajın güvenilirlik ve sürdürülebilirlik boyutunu taşıyan kritik bir bileşen olarak konumlanmaktadır. Kalite standartları, sağlık kurumlarının “ne sunduğu” kadar “nasıl çalıştığına” dair güçlü sinyaller üretmekte; bu sinyaller uzun vadede güven, itibar ve marka değerine dönüşmektedir. Bununla birlikte, kalite

ve akreditasyonun bu potansiyelinin çoğu zaman teknik bir gereklilik çerçevesinde ele alındığı; stratejik marka yönetimi perspektifiyle yeterince ilişkilendirilmediği görülmektedir. Sağlık kurumlarında kurumsal imajın daha çok iletişim ve pazarlama birimlerinin sorumluluğunda ele alındığını, kalite ve akreditasyon süreçlerinin ise yönetsel ve klinik bir alanla sınırlandırıldığını düşündürmektedir. Oysa bu bölümün bulguları, imaj ve marka değerinin sürdürülebilir biçimde güçlenebilmesi için kalite kültürü ve akreditasyonun merkeze alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Kalite standartları, kurumun iddia ettiği değerlerin (hasta odaklılık, güvenilirlik, etik duruş, profesyonellik) günlük uygulamalarda nasıl karşılık bulduğunu gösteren en somut araçlardır. Bu nedenle kalite, “arka planda işleyen” bir sistem değil, kurumsal kimliğin ve marka vaadinin taşıyıcı unsuru olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmanın bulguları doğrultusunda, sağlık kurumları ve yöneticileri için önemli uygulama önerileri ortaya çıkmaktadır. Öncelikle kurumların marka stratejilerini, SKS ve SAS temelli kalite kültürü ve akreditasyon çıktılarıyla tutarlı biçimde yeniden tanımlamaları gerekmektedir. Marka söylemlerinde kullanılan hasta odaklılık, güven, şeffaflık ve etik gibi kavramların, kalite standartları kapsamında hangi süreçler ve uygulamalarla desteklendiği açık biçimde ortaya konulmalıdır. Bu yaklaşım, marka vaadi ile kurumsal davranışlar arasındaki uyumu güçlendirerek, imajın inandırıcılığını artıracaktır. İkinci olarak akreditasyonun, kurumsal imaj söyleminde soyut bir etiket ya da teknik bir başarı göstergesi olmaktan çıkarılması önem taşımaktadır. Akreditasyon; hasta güvenliğinin nasıl sağlandığı, risklerin nasıl yönetildiği, şikâyetlerin nasıl ele alındığı ve hizmet kalitesinin nasıl iyileştirildiği gibi somut faydalarla ilişkilendirilmelidir. Bu somutlaştırma, akreditasyonun hasta ve toplum nezdinde anlaşılabilir ve anlamlı bir değer haline gelmesine katkı sunacaktır. Böylece akreditasyon, “var olan” bir belge değil, kurumun güven ve kalite iddiasını destekleyen canlı bir kurumsal anlatının parçası haline gelebilir. Pazarlama ve kurumsal iletişim birimleri açısından bakıldığında, kalite standartları ve akreditasyonun kurumsal hikâye anlatımıyla daha güçlü biçimde entegre edilmesi gerekmektedir. Kurumsal hikâye, bir sağlık kurumunun neden var olduğunu, hangi değerlere dayandığını ve bu değerleri nasıl hayata geçirdiğini anlatan temel bir çerçevedir. SKS ve SAS, bu hikâyenin arka planındaki somut dayanaklar olarak konumlandırılmalı; görsel kimlik, dijital iletişim ve hasta deneyimi yönetimi bu çerçeveye uyumlu biçimde tasarlanmalıdır. Özellikle dijital kanallarda kalite ve akreditasyonun logo veya sertifika paylaşımıyla değil, süreç ve deneyim odaklı içeriklerle anlatılması, kurumsal imajın çağdaş dinamiklere uyumunu güçlendirecektir. Politika yapıcılar ve düzenleyici kurumlar için de çalışmanın önemli önerileri bulunmaktadır. Kalite ve akreditasyon politikalarının tasarımında, kurum imajı ve itibar boyutunun daha belirgin hale getirilmesi gerekmektedir. SKS ve SAS revizyonlarında şeffaflık, kamuoyu bilgilendirmesi ve algısal etki bo-

yutlarını güçlendirecek düzenlemeler yapılabilir. Akreditasyon sonuçlarının kamuya açık, anlaşılır ve karşılaştırılabilir formatlarda paylaşımının teşvik edilmesi, akreditasyonun toplumsal güven üretme kapasitesini artıracaktır. Bu tür uygulamalar, kalite ve akreditasyonun kamuoyuna yönelik bir güven ve hesap verebilirlik mekanizması olarak algılanmasına katkı sunacaktır.

Bu çalışmanın bulguları, gelecekte yapılacak araştırmalar için çeşitli açılımlar sunmaktadır. Öncelikle akredite ve akredite olmayan sağlık kurumları arasında, algılanan marka değeri, güven, sadakat ve tavsiye etme eğilimi gibi göstergeler üzerinden nicel karşılaştırmalı çalışmalar yapılması önerilmektedir. Bu tür çalışmalar, kalite ve akreditasyonun marka değeri üzerindeki etkisini ampirik olarak test etmeye imkân tanıyacaktır. Buna ek olarak hastalar, hasta yakınları, çalışanlar ve yöneticilerle yapılacak nitel araştırmalar (derinlemesine görüşmeler, odak grup çalışmaları) aracılığıyla, akreditasyonun kurumsal imaj üzerindeki algılanan etkisinin daha derinlemesine incelenmesi mümkündür. Bu yaklaşım, kalite ve akreditasyonun farklı paydaş grupları tarafından nasıl anlamlandırıldığını ve hangi boyutlarda değer ürettiğini ortaya koyacaktır. Ayrıca SKS ve SAS ile uluslararası akreditasyon modellerinin (örneğin JCI gibi) kurumsal imaj ve marka değeri boyutunda karşılaştırmalı analizi, ulusal sistemin güçlü ve geliştirilmesi gereken yönlerini daha görünür hale getirebilir.

Sağlık kurumlarına yönelik açık bir eylem çağrısı içermektedir. Sağlık kurumlarının, kalite standartları ve akreditasyon süreçlerini kurumsal imaj ve marka değeri stratejilerinin merkezine yerleştirmeleri gerekmektedir. Kalite, “uyulması gereken bir kural seti” değil, kurumun kimliğini ve güvenilirliğini taşıyan stratejik bir kaynaktır. Bu kaynağın bilinçli biçimde yönetilmesi, uzun vadeli itibar ve sürdürülebilirlik açısından kritik öneme sahiptir. Politika yapıcılar ve düzenleyici kurumlara yönelik çağrı ise kalite ve akreditasyon sisteminin yeniden düşünülmesine yöneliktir. Bu sistemlerin, teknik uyum ve denetim aracı olarak değil; güven, itibar ve marka değeri üreten bir kamu politikası aracı olarak ele alınması gerekmektedir. Böyle bir yaklaşım, sağlık sistemine duyulan toplumsal güvenin güçlenmesine ve kalite kültürünün yaygınlaşmasına katkı sunacaktır. Akademi ve meslek örgütlerine, sağlıkta marka değeri, kurumsal imaj ve akreditasyon ilişkisini ele alan sistematik, disiplinlerarası ve ampirik araştırmaların geliştirilmesi yönünde bir çağrı yapılmaktadır. Bu alandaki bilgi birikiminin artması, hem sağlık yönetimi literatürüne hem de uygulamaya önemli katkılar sağlayacaktır. Bu çalışma, kalite ve akreditasyonun sağlıkta marka değeri üretimindeki rolünü görünür kılmaya yönelik bir başlangıç noktası olarak değerlendirilmekte; gelecekte yapılacak araştırmalar için kavramsal ve analitik bir zemin sunmayı amaçlamaktadır.

Kaynakça

- Abbas, F., Ansar, & Malik, T. (2023). Quality of service, patient safety, and patient trust in patient loyalty. *Journal of Indonesian Scholars for Social Research*, 3(1), 8–17. <https://doi.org/10.59065/jissr.v3i1.52>
- Abdallah, W., Johnson, C., Nitzl, C., & Mohammed, M. A. (2019). Organizational learning and patient safety: Hospital pharmacy settings. *Journal of Health Organization and Management*, 33(6), 695–713. <https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2018-0319>
- Abor, P. A., & Tetteh, C. K. (2023). Accountability and transparency: Is this possible in hospital governance? *Cogent Business & Management*, 10(3), 2266188. <https://doi.org/10.1080/23311975.2023.2266188>
- Aguerrebere, P. M., Medina, E., & Pacanowski, T. G. (2025). Online content strategies for building credible brands: An analysis of the world's 100 best hospitals. *Online Journal of Communication and Media Technologies*, 15(1), e202506. <https://doi.org/10.30935/ojcm/15910>
- Aladwan, M. A., Anuar, M. M., Aladwan, R. M., & Salleh, H. S. (2023). The effect of service quality, patient trust and hospital reputation on patient satisfaction in Jordanian public hospital. *WSEAS Transactions on Business and Economics*, 21, 410–426. <https://doi.org/10.37394/23207.2024.21.36>
- Alhawajreh, M. J., Jackson, W. J., & Paterson, A. S. (2025). Correction: Healthcare professionals' perceptions about implementing accreditation as a strategy to improve healthcare quality and organisational performance: A cross-sectional survey study. *PLOS ONE*, 20(9), e0331388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0331388>
- Alhawajreh, M. J., Paterson, A. S., & Jackson, W. J. (2023). Impact of hospital accreditation on quality improvement in healthcare: A systematic review. *PLOS ONE*, 18(12), e0294180. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294180>
- Alizadeh, M., Azizi, N., Mahdavi, S., & Baghlani, F. (2025). Unveiling the shadows: Obstacles, consequences, and challenges of information opacity in healthcare systems. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 20(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13010-025-00170-6>
- AlOmari, F. (2022). The mediating role of hospital image: The impact of care cost and service quality on patient satisfaction. *Journal of Innovation in Business and Economics*, 6(1), 1–16. <https://doi.org/10.22219/jibe.v6i01.18475>
- Alsuhaimi, A., Alkhurayji, K., Alshathri, D., & Al Wahabi, S. (2025). Influence of the Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions on the performance of healthcare institutions: A systematic review. *Saudi Journal of Health Systems Research*. <https://doi.org/10.1159/000548484>
- Araç, S., & Koç, E. S. (2023). Sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyon. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 9(3), 210–224. <https://dergi-park.org.tr/tr/pub/iaaojh/article/1403767>

- Ashraf, S., Ilyas, R., Imtiaz, M., & Ahmad, S. (2018). Impact of service quality, corporate image and perceived value on brand loyalty with presence and absence of customer satisfaction: A study of four service sectors of Pakistan. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 8(2), 452–474. <http://dx.doi.org/10.6007/IJARBS/v8-i2/3885>
- Aslan, Y. (2023). Bir üniversite hastanesi acil servis performansının Sağlıkta Kalite Standartları göstergeleri kapsamında değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(40), 1222–1235. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.1293166>
- Avcıl, S., & Uslu, K. (2022). JCI sağlık standartlarının akreditasyonunun Türkiye’de uygulanmasında üniversite ve devlet hastanelerinin hizmet kalitesinin incelenmesi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 23(1), 279–297. <https://doi.org/10.31671/doujournal.1017748>
- Aytekin, A., Alan, H., Demirel, H., Onur, N., Yalman, A., Livberber, T., & Yiğit-Açıkgöz, F. (2025). Digital health technologies in patient experience literature: A scoping review and future outlook for sustainable digital health interventions. *Sustainability*, 17(2), 456. <https://doi.org/10.3390/su17020456>
- Aziz, A., Mulyana, N., & Nuraini, N. (2025). The influence of hospital image and trust on inpatient satisfaction at Hospital X. *International Journal of Business, Law, and Education*, 6(1), 519–524. <https://doi.org/10.56442/ijble.v6i1.1046>
- Basarah, J. C., Andry, A., & Tahjoo, A. (2022). Perceived accreditation benefits, participation and organizational commitment in hospital accreditation performance. *International Journal of Public Health Science*, 11(2), 527. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v11i2.20980>
- Berktaş, M., Cengiz, C., Beylik, U., Kayral, İ. H., Avcı, K., Gökmen Kavak, D., Yüce, M., & Güdük, Ö. (2017). *Hastane akreditasyon programı rehberi*. <https://files.tuseb.gov.tr/tuseb/files/yayinlar/2024-11-13-12-12-12-12.pdf>
- Berktaş, M., Gökmen Kavak, D., Beylik, U., Kayral, İ., Avcı, K., Cengiz, C., Yüce, M., & Güdük, Ö. (2017). *Hastane akreditasyon standartları uygulama rehberi*. Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü. <https://files.tuseb.gov.tr/tuseb/files/yayinlar/2024-11-13-12-12-12-01.pdf>
- Bhaladhare, R., & Rishipathak, P. (2025). Strategies of quality improvement in healthcare organizations on sustainable healthcare system. *Discover Social Science and Health*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1007/s44155-025-00226-0>
- Bozkurt, Z., & Kılıç, Ü. (2025). Sağlık turizminde akreditasyonun önemi. *Samsun Medical Journal*, 3(1), 27–31. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/smjjournal/article/1596296>
- Brand, T., Goetjes, E., & Blankart, K. (2023). To seek program accreditation, innovation, or both? Examining the interdependencies in high-reliability health care organizations. *Schmalenbach Journal of Business Research*, 75(3), 281–302. <https://doi.org/10.1007/s41471-023-00168-w>
- Brennan, M. D., & Monson, V. (2014). Professionalism: Good for patients and he-

- alth care organizations. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(5), 644–652. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.01.011>
- Bulut, A., Şengül, H., & Çelik, Z. (2023). Hasta güvenliği kültürü: Bir eğitim araştırma hastanesi örneği. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 224–240. <https://doi.org/10.55050/sarad.1297905>
- Cairns, G., de Andrade, M., & MacDonald, L. (2013). Reputation, relationships, risk communication, and the role of trust in the prevention and control of communicable disease: A review. *Journal of Health Communication*, 18(12), 1550–1565. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.840696>
- Çakmak, C., & Uğurluoğlu, Ö. (2024). The effects of patient-centered communication on patient engagement, health-related quality of life, service quality perception and patient satisfaction in patients with cancer: A cross-sectional study in Türkiye. *Cancer Control*, 31, 10732748241236327. <https://doi.org/10.1177/10732748241236327>
- Campbell, K., & Parsi, K. (2017). A new age of patient transparency: An organizational framework for informed consent. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(1), 60–65. <https://doi.org/10.1177/1073110517703100>
- Chahal, H., & Bala, M. (2012). Significant components of service brand equity in healthcare sector. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 25(4), 343–362. <https://doi.org/10.1108/09526861211221518>
- Chen, L., Chu, H., Wang, H., Du, L., Gao, Y., & Shen, J. (2025). Effects of communication, trust, and respect on shared decision-making: Insights from healthcare providers in Chinese public hospitals. *Frontiers in Medicine*, 12, 1577276. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1577276>
- Chuang, S., & Howley, P. P. (2017). Strategies for integrating clinical indicator and accreditation systems to improve healthcare management. *International Journal of Healthcare Management*, 10(4), 265–274. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1300396>
- Çiftcibaşı, F. T., Özyılmaz, C., Sayar, B., & Demiray, E. K. D. (2024). Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) 6.1'e göre palyatif bakım kliniklerinin değerlendirilmesi: Bitlis ili örneği. *Perspectives in Palliative & Home Care*, 1(1), 14–19. <https://doi.org/10.29228/pphcjournal.66355>
- Çınar, F., & Eren, E. (2015). Organizational learning capacity impact on sustainable innovation: The case of public hospitals. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 181, 251–260. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.886>
- Coutinho, E. D., Vieira, P. R. da C., Mattoso, C. L. de Q., Troccoli, I. R., & Renni, M. J. P. (2019). Influence of service quality and corporate image on the satisfaction of patients with Brazil's National Cancer Institute. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 13(4), 447–468. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-07-2018-0036>
- Da Silva Andrade, I. L., Ventura Da Motta, M. E., Camargo, M. E., Dos Santos Dullius, A. I., & Larentis, F. (2022). Perception of stakeholders on organizational perfor-

- mance in a Unified Health System hospital (100% SUS) with Level III Hospital Accreditation, Serra Gaúcha. *International Journal for Innovation Education and Research*, 10(9), 61–78. <https://doi.org/10.31686/ijer.vol10.iss9.3885>
- de Kok, K., van der Scheer, W., Ketelaars, C., & Leistikow, I. (2023). Organizational attributes that contribute to the learning & improvement capabilities of health-care organizations: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 585. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09562-w>
- de Oliveira Lima, H., da Silva, L. M., Tavares, L. R., de Araújo, A. C. L. F., Moreira, L. P., de Melo Silva Torres, V., de Oliveira, F. N., Ho, A. M.-H., Simões, D., Mizubuti, G. B., & Vieira, J. E. (2025). Association between hospital accreditation and healthcare providers' perceptions of patient safety culture: A longitudinal study in a healthcare network in Brazil. *Israel Journal of Health Policy Research*, 14(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13584-025-00690-8>
- Debono, D., Greenfield, D., Testa, L., Mumford, V., Hogden, A., Pawsey, M., Westbrook, J., & Braithwaite, J. (2017). Understanding stakeholders' perspectives and experiences of general practice accreditation. *Health Policy*, 121(7), 816–822. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.05.006>
- Desai, M. K., & Kapadia, J. D. (2022). Medical professionalism and ethics. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 13(2), 113–118. <https://doi.org/10.1177/0976500X221111448>
- Desveaux, L., Mitchell, J. I., Shaw, J., & Ivers, N. M. (2017). Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(7), 941–947. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx136>
- Dharmagunawardene, D., Bowman, P., Avery, M., Greenfield, D., & Hinchcliff, R. (2025). Factors influencing the establishment of hospital accreditation programs in low- and middle-income countries: A scoping review. *Health Policy and Planning*, 40(4), 496–517. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaf011>
- Dobija, D., Górska, A. M., & Pikos, A. (2018). The impact of accreditation agencies and other powerful stakeholders on the performance measurement in Polish universities. *Baltic Journal of Management*, 14(1), 84–102. <https://doi.org/10.1108/BJM-01-2018-0018>
- Druică, E., Wu, B., Cepoi, V., Mihăilă, V., & Burcea, M. (2020). Testing the strength of hospital accreditation as a signal of the quality of care in Romania: Do patients' and health professionals' perceptions align? *Healthcare*, 8(3), 349. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030349>
- Durmuş, S. Ç. (2024). Öğrenci hemşirelerin hasta güvenliği ve tıbbi hataya yönelik görüşleri: Bir kamu üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi örneği. *Social Sciences Studies Journal*, 6(57), 843–847. <https://doi.org/10.26449/sss.2043>
- Elarabi, H. M., & Johari, F. (2014). The impact of human resources management on healthcare quality. *Asian Journal of Management Sciences & Education*, 3(1), 13–22. [http://www.ajmse.leena-luna.co.jp/AJMSEPDFs/Vol.3\(1\)/AJM-](http://www.ajmse.leena-luna.co.jp/AJMSEPDFs/Vol.3(1)/AJM-)

[SE2014\(3.1-02\).pdf](#)

- Elkefi, S., & Asan, O. (2023). The impact of patient-centered care on cancer patients' QOC, self-efficacy, and trust towards doctors: Analysis of a national survey. *Journal of Patient Experience*, 10, 23743735231151533. <https://doi.org/10.1177/23743735231151533>
- Elrod, J. K., & Fortenberry, J. L. (2018). Driving brand equity in health services organizations: The need for an expanded view of branding. *BMC Health Services Research*, 18(3), 924. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3679-4>
- Elrod, J. K., & Fortenberry, J. L. (2020). Integrated marketing communications: A strategic priority in health and medicine. *BMC Health Services Research*, 20(1), 825. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05606-7>
- Ertaş, H., & Çelik, Ö. (2018). Sağlıkta kalite standartları üzerine nitel bir değerlendirme. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(1), 18–40. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/saglik/article/445517>
- Esmailzadeh, P. (2019). The impacts of the perceived transparency of privacy policies and trust in providers for building trust in health information exchange: Empirical study. *JMIR Medical Informatics*, 7(4), e14050. <https://doi.org/10.2196/14050>
- Farrag, M. E., & Elessamy, D. (2025). Investigating the effect of perceived healthcare products quality and brand image on brand usage moderated by brand trust. *Journal of Advances in Economics and Business Studies*, 2(1), 81–104. <https://doi.org/10.21608/jaeb.2025.424641>
- Fener, E., & Köse, T. (2025). Corporate image as a differentiation strategy in healthcare: A study in the COVID-19 crisis period in Turkey. *SAGE Open*, 15(2), 21582440251342196. <https://doi.org/10.1177/21582440251342196>
- Filipe, H. P., Mack, H. G., & Golnik, K. C. (2017). Continuing professional development: Progress beyond continuing medical education. *Annals of Eye Science*, 2(7), 46. <https://doi.org/10.21037/aes.2017.04.01>
- Fischer, S. (2014). Hospital positioning and integrated hospital marketing communications: State-of-the-art review, conceptual framework, and research agenda. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 26(1), 1–34. <https://doi.org/10.1080/10495142.2014.870431>
- Freire, E. M. R., Silva, V. C. da, Vieira, A., Matos, S. S. de, & Alves, M. (2019). Communication as a strategy for hospital accreditation maintenance. *Escola Anna Nery*, 23, e20180224. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0224>
- Fukami, T. (2024). Enhancing healthcare accountability for administrators: Fostering transparency for patient safety and quality enhancement. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.66007>
- Gabay, G., & Bokek-Cohen, Y. (2019). Infringement of the right to surgical informed consent: Negligent disclosure and its impact on patient trust in surgeons at public general hospitals—The voice of the patient. *BMC Medical Ethics*, 20(1),

77. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0407-5>

- Ghaffar, A., Islam, F., Zaheer Zaidi, S. S., & Islam, T. (2025). Navigating health-care excellence: Unravelling the nexus of corporate social responsibility, service quality, corporate reputation and brand preference. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 19(3), 829–852. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-11-2023-0097>
- Górska-Warsewicz, H. (2022). Consumer or patient determinants of hospital brand equity—A systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9026. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159026>
- Gurler, H. E. (2024). How does service quality predict loyalty? The serial mediation effects of perceived value and consumer brand identification. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 42(3), 920–940. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-12-2023-0385>
- Han, S., Xu, M., Lao, J., & Liang, Z. (2023). Collecting patient feedback as a means of monitoring patient experience and hospital service quality—Learning from a government-led initiative. *Patient Preference and Adherence*, 17, 385–400. <https://doi.org/10.2147/PPA.S397444>
- Henrique, D. B., Filho, M. G., Marodin, G., Jabbour, A. B. L. de S., & Chiappetta Jabbour, C. J. (2021). A framework to assess sustaining continuous improvement in lean healthcare. *International Journal of Production Research*, 59(10), 2885–2904. <https://doi.org/10.1080/00207543.2020.1743892>
- Hong, H., & Oh, H. J. (2020). The effects of patient-centered communication: Exploring the mediating role of trust in healthcare providers. *Health Communication*, 35(4), 502–511. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1570427>
- Huang, C.-Y., & Lai, C.-H. (2021). Effects of internal branding management in a hospital context. *The Service Industries Journal*, 41(15–16), 985–1006. <https://doi.org/10.1080/02642069.2018.1491969>
- Hussein, M. (2023). *Evidence on hospital accreditation to leverage its prospects for improvement: The case of Saudi Arabia* (Doctoral dissertation, Maastricht University). <https://doi.org/10.26481/dis.20230511mh>
- Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1057. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6>
- Hydari, M. A., Ali, M., & Dost, M. K. B. (2020). Impact of accreditation, services quality, green standards and product superiority on customer loyalty: A case of healthcare quality in hospitals of Pakistan. *Journal of Accounting and Finance in Emerging Economies*, 6(1), 219–236. <https://doi.org/10.26710/jafee.v6i1.1080>
- Jafree, S. R., Zakar, R., Zakar, M. Z., & Fischer, F. (2016). Nurse perceptions of organizational culture and its association with the culture of error reporting: A case of public sector hospitals in Pakistan. *BMC Health Services Research*, 16(1), 3.

<https://doi.org/10.1186/s12913-015-1252-y>

- Jalilvand, M. A., Raeisi, A. R., & Shaarbafchizadeh, N. (2024). Hospital governance accountability structure: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10135-0>
- Jiang, S., Wu, Z., Zhang, X., Ji, Y., Xu, J., Liu, P., Liu, Y., Zheng, J., Zhao, L., & Chen, J. (2024). How does patient-centered communication influence patient trust? The roles of patient participation and patient preference. *Patient Education and Counseling*, 122, 108161. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108161>
- Jimenez, Y. A., & Lewis, S. J. (2023). Infection prevention and control in the medical imaging environment: A scoping review. *Insights into Imaging*, 14(1), 121. <https://doi.org/10.1186/s13244-023-01470-1>
- Joshi, S. G. (2018). Branding and communication strategies in healthcare organizations: An Indian study. In *Holistic approaches to brand culture and communication across industries* (pp. 227–239). IGI Global Scientific Publishing. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-3150-0.ch013>
- Kalhor, R., Khosravizadeh, O., Kiaei, M. Z., Shahsavari, S., & Badrlo, M. (2021). Role of service quality, trust and loyalty in building patient-based brand equity: Modeling for public hospitals. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1389–1396. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1762053>
- Karaca, P. Ö., & Usta, I. (2020). Sağlıkta kalite ve akreditasyon standartları: Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ'daki hastanelerin web sitelerinin değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(2), 1101–1120. <https://doi.org/10.26468/trakyasobed.729046>
- Kartikawati, D., Rusyidi, B., Apsari, N. C., & Sulastri, S. (2025). Institutional accreditation and its impact on children's health in orphanages: A systematic literature review on learning organizations and quality assurance. *Social Sciences*, 14(5), 307. <https://doi.org/10.3390/socsci14050307>
- Kass, N. E., & Faden, R. R. (2018). Ethics and learning health care: The essential roles of engagement, transparency, and accountability. *Learning Health Systems*, 2(4), e10066. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10066>
- Kavak, D. G. (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) sağlıkta akreditasyon standartları. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 14–20. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhqa/article/415436>
- Kavak, D., Öksüz, A., Cengiz, C., Kayral, İ., & Şenel, F. (2020). The importance of quality and accreditation in health care services in the process of struggle against COVID-19. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(8), 1760–1770. <https://doi.org/10.3906/sag-2007-279>
- Kayral, İ. (2015). Sağlık hizmetlerinde kalite karmaşası: “Sağlık hizmetleri çok boyutlu kalite modeli.” *Verimlilik Dergisi*, 3, 65–81. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/verimlilik/article/233989>
- Koul, A., & Bhoomadevi, A. (2025). The mediating effect of organizational commit-

- ment on employee engagement and quality accreditation in hospitals. *International Journal of System Assurance Engineering and Management*. <https://doi.org/10.1007/s13198-025-02945-8>
- Laassili, Z., & Ejbari, Z. (2023). The contribution of hospital accreditation project to healthcare governance in Morocco: The mediating effect of public management through quality. *African Scientific Journal*, 3(20), 513–540. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10048193>
- Lee, S. M., & Lee, D. (2022). Effects of healthcare quality management activities and sociotechnical systems on internal customer experience and organizational performance. *Service Business*, 16(1), 1–28. <https://doi.org/10.1007/s11628-022-00478-9>
- Levine, K. J., Carmody, M., & Silk, K. J. (2020). The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 130–138. <https://doi.org/10.1111/jonm.12906>
- Li, G., Chen, Y., & Lou, X. (2024). Complaint management system and patient satisfaction in grassroots hospitals. *Medicine*, 103(8), e37275. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037275>
- Limbu, Y. B., Pham, L., & Mann, M. (2019). Corporate social responsibility and hospital brand advocacy: Mediating role of trust and patient-hospital identification and moderating role of hospital type. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 14(1), 159–174. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-04-2019-0029>
- Lockyer, J., Bursey, F., Richardson, D., Frank, J. R., Snell, L., & Campbell, C. (2017). Competency-based medical education and continuing professional development: A conceptualization for change. *Medical Teacher*, 39(6), 617–622. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1315064>
- Maulana, A., & Ayuningtyas, D. (2023). The influence of hospital brand image on patient's decision to choose hospital: Literature review. *Jurnal ARSI: Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 9(3). <https://doi.org/10.7454/arsi.v9i3.7284>
- Meesala, A., & Paul, J. (2018). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40, 261–269. <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2016.10.011>
- Mirzoev, T., & Kane, S. (2018). Key strategies to improve systems for managing patient complaints within health facilities—What can we learn from the existing literature? *Global Health Action*, 11(1), 1458938. <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1458938>
- Moldovan, F., & Blaga, P. (2022). The continuous improvement cycle core activities for the sustainable development of healthcare facilities. In L. Moldovan & A. Gligor (Eds.), *The 15th International Conference Interdisciplinarity in Engineering* (pp. 316–325). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-93817-8_31
- Moretta Tartaglione, A., Cavacece, Y., Cassia, F., & Russo, G. (2018). The excellence

- of patient-centered healthcare: Investigating the links between empowerment, co-creation and satisfaction. *The TQM Journal*, 30(2), 153–167. <https://doi.org/10.1108/TQM-11-2017-0138>
- Mosadeghrad, A. M. (2021). Hospital accreditation: The good, the bad, and the ugly. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1597–1601. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1762052>
- Mwaisengela, S. M., Materu, P. A., German, C. J., Mmbaga, I. I., Temba, D. J., Kiwesa, R. R., Mapunda, M. S., Kinyenje, E. S., Sirili, N., Luoga, P. W., Ernest, S. P., Burra, J. M., Hokororo, J. C., Kacholi, G., Kapologwe, N. A., Anasel, M. G., Kumaliya, C. J., Habtu, M., Saguti, G. E., ... Eliakimu, E. S. (2025). Contribution of human resources for health competence and skill mix on compliance with healthcare quality standards among primary healthcare facilities in Tanzania: Evidence from dispensaries. *Discover Public Health*, 22(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12982-025-00538-1>
- Nunes, C., Gomes, P., & Santana, J. (2023). Transparency, accountability, and governance: A literature review in the context of public hospitals. *Revista de Administração Pública*, 57, e2022. <https://doi.org/10.1590/0034-761220220238x>
- Öztürk, A., Öksüz, A. S., Demir, B., Sarioğlu, Ç., Kavak, D. G., Tarhan, D., Ünal, D., Kesen, E., Yıldız, E., Koca, E., Yalçın, E., Çizmeci Şenel, F., Hakbilen, G., Güler, H., Doluküp, İ., Hayral, İ., Şencan, İ., Demir Eren, N., Azarkan, N., ... Beylik, U. (2021). *Sağlıkta akreditasyon standartları: Hastane seti*. <https://files.tuseb.gov.tr/tuska/files/akreditasyon/2024-11-04-13-13-28.pdf>
- Petersen, C., Subbian, V., & International Medical Informatics Association. (2020). Special section on ethics in health informatics. *Yearbook of Medical Informatics*, 29(1), 77–80. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1702014>
- Rahman, M. A., Jim, M. M. I., Uzzaman, A., & Hasan, M. M. (2024). Addressing privacy and ethical considerations in health information management systems (IMS). *Global Mainstream Journal*, 1(2), 1–13. <https://doi.org/10.62304/ijhm.v1i2.127>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). *Sağlıkta kalite standartları*. Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-8850/saglikta-kalite-standartlari.html>
- Saleem, H., & Raja, N. S. (2014). The impact of service quality on customer satisfaction, customer loyalty and brand image: Evidence from hotel industry of Pakistan. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 19(5), 706–711. <https://www.iosrjournals.org/iosr-jbm/papers/Vol16-issue1/Version-6/O01616117122.pdf>
- Saputri, A. R., & Manik, M. J. (2024). Analysis of human resources competence in the digital era as staff qualifications and education in quality improvement at Kartika Husada Hospital in 2023. *Journal of Social Science and Business Studies*, 2(4), 310–315. <https://doi.org/10.61487/jssbs.v2i4.108>
- Senyapar, H. N. D. (2024). Healthcare branding and reputation management strategies for organizational success. *Technium Social Sciences Journal*, 55, 26–53.

- Séroussi, B., Hollis, K. F., & Soualmia, L. F. (2020). Transparency of health informatics processes as the condition of healthcare professionals' and patients' trust and adoption: The rise of ethical requirements. *Yearbook of Medical Informatics*, 29(1), 7–10. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1702029>
- Seyferth, A. V., Egan, J. M., & Chung, K. C. (2022). Branding in health care. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 150(3), 481. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000009387>
- Shan, L., Li, Y., Ding, D., Wu, Q., Liu, C., Jiao, M., Hao, Y., Han, Y., Gao, L., Hao, J., Wang, L., Xu, W., & Ren, J. (2016). Patient satisfaction with hospital inpatient care: Effects of trust, medical insurance and perceived quality of care. *PLOS ONE*, 11(10), e0164366. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164366>
- Shekhar Kumar, R., Dash, S., & Chandra Purwar, P. (2013). The nature and antecedents of brand equity and its dimensions. *Marketing Intelligence & Planning*, 31(2), 141–159. <https://doi.org/10.1108/02634501311312044>
- Silverberg, S. L., Puchalski Ritchie, L. M., Gobat, N., & Murthy, S. (2021). COVID-19 infection prevention and control procedures and institutional trust: Perceptions of Canadian intensive care and emergency department nurses. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien d'anesthésie*, 68(8), 1165–1175. <https://doi.org/10.1007/s12630-021-02028-9>
- Smith, R. W., Orlando, E., & Berta, W. (2018). Enabling continuous learning and quality improvement in health care: The role of learning models for performance management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(6), 587–599. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-10-2017-0198>
- Swain, S., Ahmad, A., & Mishra, S. (2025). Examining the impact of perceived hospital accreditation quality standards on patient loyalty: A stimulus-organism-response theory perspective. *IIMB Management Review*, 100618. <https://doi.org/10.1016/j.iimb.2025.100618>
- Ta'Amnha, M., Kurtishi-Kastrati, S., Magableh, I. K., & Riyadh, H. A. (2025). Sustainable employer branding as a catalyst for safety voice behavior in healthcare: The mediating role of employee engagement. *Sustainability*, 17(11), 4890. <https://doi.org/10.3390/su17114890>
- Tabish, S. A. (2024). Health services accreditation. In S. A. Tabish (Ed.), *Health care management: Principles and practice* (pp. 691–702). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-981-97-3879-3_32
- Toksarı, M., & İnal, M. E. (2011). Tüketici temelli marka değerinin ölçümü: Kayseri'de otomobil kullanıcıları üzerine bir uygulama. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 69–97. <https://dergipark.org.tr/en/pub/cagsbd/article/554133>
- Trong Tuan, L. (2014). Clinical governance, corporate social responsibility, health service quality, and brand equity. *Clinical Governance: An International Journal*, 19(3), 215–234. <https://doi.org/10.1108/CGIJ-02-2014-0007>
- Tsai, Y. (2014). Learning organizations, internal marketing, and organizational commitment in hospitals. *BMC Health Services Research*, 14(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0152-1>

[org/10.1186/1472-6963-14-152](https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-152)

- Vimla, & Taneja, U. (2021). Brand image to loyalty through perceived service quality and patient satisfaction: A conceptual framework. *Health Services Management Research*, 34(4), 250–257. <https://doi.org/10.1177/0951484820962303>
- Wawersik, D., & Palaganas, J. (2022). Organizational factors that promote error reporting in healthcare: A scoping review. *Journal of Healthcare Management*, 67(4), 283. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-21-00166>
- World Health Organization. (2022). *Health care accreditation and quality of care: Exploring the role of accreditation and external evaluation of health care facilities and organizations*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/48864eb1-266b-4a4e-8fc6-c0bde7de8cf4/content>
- Wu, Q., Jin, Z., & Wang, P. (2022). The relationship between the physician-patient relationship, physician empathy, and patient trust. *Journal of General Internal Medicine*, 37(6), 1388–1393. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07008-9>
- Yardımcı, A. (2024). Dijital itibar yönetimi: Sağlık kurumlarında dijital *Ahmet Yardımcı Academy*. <https://www.ahmetyardimciacademy.com/blog/dijital-iti-bar-yonetimi-saglik-kurumlarinda-dijital-yorumlarin-gucu/>
- Yıldız, M. S., Öztürk, Z., Topal, M., & Khan, M. M. (2019). Effect of accreditation and certification on the quality management system: Analysis based on Turkish hospitals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), e1675–e1687. <https://doi.org/10.1002/hpm.2880>
- Ziemba, J. B., Arenberg, S., Reustle, H., Allaf, M. E., & Haldeman, D. (2019). Consumers' association of hospital reputation with healthcare quality. *The Journal for Healthcare Quality*, 41(4), 251. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000167>



SAĞLIK YÖNETİMİNDE VERİ ODAKLI DÖNÜŞÜM: BÜYÜK VERİ VE YAPAY ZEKÂ ENTEGRASYONU

“ ”

Emin Demir¹

Serkan ŞAHİN²

¹ Doktora Öğrencisi, Emin Demir, Atatürk Üniversitesi, emin.demir22@ogr.atauni.edu.tr
ORCID: 0009-0007-9657-2079

² Öğr. Gör. Dr., Serkan ŞAHİN, Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi, serkansahin@erzincan.edu.tr ORCID: 0000-0002-2344-4857

1. GİRİŞ: SAĞLIK YÖNETİMİNDE YENİ PARADİGMA

Sağlık sektörü, benzeri görülmemiş bir veri hacmiyle yüzleşmekte olup; bu verinin etkin yönetimi teknik bir gereklilikten öte, sistemin sürdürülebilirliği için hayati bir zorunluluk haline gelmiştir. Sağlık sektöründe dijital dönüşümün ve büyük veri analitiğinin önemi giderek artmaktadır. Büyük Veri ve Yapay Zekâ teknolojilerinin entegrasyonu ile sağlık hizmetlerinin daha kişiselleştirilmiş bir yaklaşımla sunulması potansiyeli bulunmaktadır. Literatürde '4P Tıbbi' olarak adlandırılan bu model; Önleyici (Preventive), Tahmine Dayalı (Predictive), Kişiselleştirilmiş (Personalized) ve Katılımcı (Participatory) sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Sohn vd. 2023). Günümüzde sağlık hizmetleri, geleneksel ve herkese uyan tek bir yaklaşımdan, kişiselleştirilmiş bireysel bakıma odaklanan bir yaklaşıma doğru kaymaktadır (Khan, Khan, ve Nazir 2022).

Sağlık sistemlerinin artan karmaşıklığı, üretilen veri hacmindeki patlamayla doğrudan ilişkilidir. Sağlık sektöründe üretilen dijital veri hacminin, dünya veri hacminin yaklaşık %30'unu oluşturduğu tahmin edilmektedir (Macias, Remy, ve Barda 2023). Tıbbi ve biyomedikal verilerin hacminin zettabaytlara ulaştığı ve yottabayt aralığına doğru ilerlediği öngörülmektedir (Nauman vd. 2025). Ancak, sağlık hizmetlerinde üretilen bu büyük ve karmaşık veri kümeleri, geleneksel bilgi ve iletişim teknolojisi uygulamalarıyla etkin bir şekilde yönetilemez, depolanamaz, işlenemez ve analiz edilemez (Adeogun ve Faezipour 2023; Nauman vd. 2025; Subrahmanya vd. 2022).

Yönetimsel perspektiften bakıldığında, sağlık kurumlarında sadece donanım ve yazılım altyapısını ifade eden teknolojik kaynaklara sahip olmak yeterli değildir. Basile ve arkadaşlarının (2024) yaptığı ampirik çalışma, teknolojik kaynakların süreç ve sonuç kalitesi üzerinde doğrudan anlamlı bir etkisi olmadığını; ancak bu kaynakları etkin bir şekilde kullanma ve yönetme becerisini temsil eden büyük veri analitiği yeteneklerinin varlığının, hedeflenen kalite artışını tam olarak sağladığını ortaya koymuştur (Basile vd. 2024). Büyük veri analitiğinin uygulanması, klinik ve idari personelin klinik sonuçlardaki, sarf malzemelerindeki ve maliyetlerdeki varyasyonları daha iyi tespit etmesini sağlayarak operasyonel kazanımlar için uygulamaların yeniden tanımlanmasını destekleyebilir (Brossard, Minvielle, ve Sicotte 2022). Nitekim yapılan çalışmalarda, büyük veri analitiğinin uygulanması talep tahmininin doğruluğunu %25 artırdığı, sipariş işleme süresini %15 azalttığı ve hastane operasyonlarında envanter seviyelerini %20 oranında düşürdüğü görülmüştür (Nuaimi ve Awofeso 2025).

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE TEKNOLOJİ ALTYAPISI

2.1. Büyük Verinin Tanımı ve Genişleyen “V” Modeli

Büyük veri, geleneksel yazılım veya platformlarla yönetilemeyecek kadar büyük olan veri koleksiyonları olarak tanımlanmakta olup, literatürde klasik olarak Laney tarafından ortaya atılan 3V (Hacim/Volume, Hız/Velocity ve Çeşitlilik/Variety) boyutuyla ele alınmaktadır (Dash vd. 2019; Nauman vd. 2025; Subrahmanya vd. 2022). Ancak sağlık sektörünün dinamikleri, bu tanımın genişletilmesini zorunlu kılmıştır. Verinin kalitesine, güvenilirliğine ve öngörü değerine vurgu yapan Doğruluk (Veracity), en çok kabul gören dördüncü boyut olarak modele eklenmiştir (Nauman vd. 2025; Subrahmanya vd. 2022). Bazı güncel yaklaşımlar, ham veriden analiz yoluyla elde edilen faydalı bilgiyi ifade eden Değer (Value) ve verinin öngörülemez içgörülerini kapsayan Değişkenlik (Variability) kavramlarını da ekleyerek 6V modelini benimsemektedir (Adeogun ve Faezipour 2023; Gupta ve Kumar 2023). Hatta Gomes ve arkadaşları (2025), veri bağlantı koşullarını (Valans/Valence) da dahil ederek, sağlıkta büyük veri analitiğinin yedi boyutlu (7V) bir yapıya sahip olduğunu ileri sürmüştür (Gomes vd. 2025).



Şekil 1. Genişleyen “V” Modeli

2.2. Veri Kaynakları ve Çeşitlilik

Sağlıkta büyük veri; hastane kayıtları, klinik ve genetik (omik) veriler, sigorta kayıtları, hasta portalları ve giyilebilir cihazlar aracılığıyla toplanan veriler gibi çok çeşitli kaynaklardan gelmektedir (Dash vd. 2019; Subrahmanya vd. 2022). Veri kaynaklarının dağılımı incelendiğinde; hastane bilgi sistemlerindeki kayıtlar ve klinik notlar gibi İnsan tarafından üretilen veriler, büyük verinin %77 gibi önemli bir kısmını oluştururken; sürekli akış halindeki Sensör/Biyometrik Veriler %12’lik bir paya sahiptir (Subrahmanya vd. 2022). Rutin olarak toplanan elektronik sağlık kayıtları, epidemiyolojik çalışmalar yürütmek ve sonuçları tahmin eden doğru modeller geliştirmek için muazzam miktarda değerli bilgi içermektedir (Tse vd. 2024).

Bunun yanı sıra, giyilebilir teknolojiler ve IoT cihazları, kan basıncı, kalp atış hızı ve EKG sinyalleri gibi tıbbi parametreleri gerçek zamanlı olarak ölçerek doktorların uzaktan sağlık takibi yapmasını sağlar (Clim, Zota, ve Tinica 2019; Dimitrov 2016). Akıllı ev cihazları ve giyilebilir aktivite monitörleri gibi teknolojiler, günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı olmada yüksek kabul görmektedir (Sohn vd. 2023). Kişiselleştirilmiş tıbbın bir diğer önemli itici gücü ise genomik verilerdir. yeni nesil dizileme gibi teknolojiler muazzam miktarda biyomedikal veri üretmektedir ve yeni nesil dizileme sonrası insan genomu sayısının 2025 yılına kadar 100 milyon ile 2 milyar arasında olabileceği tahmin edilmektedir (Dash vd. 2019; Gupta ve Kumar 2023). Son olarak, çevrimiçi platformlarda yayınlanan serbest metin yorumları üzerinden yapılan duyarlılık analizi (sentiment analysis), geleneksel anketlere kıyasla %80’in üzerinde uyum göstererek sağlık hizmeti kalitesini tahmin etmede uygun maliyetli bir alternatif sunmaktadır (Greaves vd. 2013; Subrahmanya vd. 2022).

2.3. Entegrasyon ve Standartlaşma Sorunu

Büyük veri analitiğinin başarısı, verinin kalitesi ve entegrasyonuna bağlıdır. Ancak sağlık verileri, farklı sistemler ve coğrafyalar arasında dağınık bir şekilde saklanarak “veri silolarını” oluşturur, bu da birlikte işlerliği engeller (Khalid vd. 2023). Laboratuvar sonuçlarının kalitesindeki en büyük zorluk, farklı kurumlar arasında standartlaştırılmış test yöntemlerinin ve raporlamanın olmamasıdır. Örneğin, troponin gibi kritik testler için uluslararası düzeyde bir raporlama birimi standardizasyonu eksikliği küresel bir zorluktur (Kim ve Min 2025). Kim ve Min (2025), bu sorunları aşmak için tutarlı ve yüksek kaliteli verilerin gerekliliğine dikkat çekerek; Terminoloji Standartları (LOINC/SNOMED CT), Veri Formatı Standartları ve Hesaplama Standartlarının (örneğin eGFR formülleri) uygulanması gerektiğini belirtmiştir (Kim ve Min 2025). Ayrıca, veri entegrasyonu ve birlikte çalışabilirliği sorunlarını çözmek için geliştirilen FHIR (Fast Health Interoperability Resources) standardı, farklı sağlık sistemleri arasında açık iletişimi kolaylaştıran protokoller

sunmaktadır (Gupta ve Kumar 2023). Veri eksikliği sorunlarını çözmek için uygulanan veri düzenleme (data wrangling) süreci ise veri yaşam döngüsünün %80'ini oluşturmaktadır (Batarseh vd. 2020).

3. ANALİTİK METODOLOJİ: VERİDEN KARARA GİDEN YOL

Sağlık yönetiminde büyük veri, ham haliyle bir anlam ifade etmez; değer yaratabilmesi için sistematik bir analitik süzgeçten geçirilmesi gerekir. Sağlık hizmetleri analitiği, verinin işlenme amacı ve sağladığı içgörünün derinliğine göre dört temel kategoriye ayrılır: geçmişi tanımlayan tanımlayıcı, olayların nedenini açıklayan teşhis edici (tanısal), gelecekteki olayları tahmin eden öngörücü (tahmine dayalı) ve en uygun eylemi öneren kuralcı analitik (Dash vd. 2019; El Aboudi ve Benhlima 2018; Kim ve Min 2025). Bu analitik türler, karar verme süreçlerine destek olmak amacıyla hem anlık veri akışlarından (stream processing) hem de toplu işlenmiş verilerden (batch processing) içgörü elde etmeyi amaçlar (El Aboudi ve Benhlima 2018).

3.1. Analitik Türler ve Karar Destek Fonksiyonları

Veri analitiğinin en temel seviyesini oluşturan tanımlayıcı analitik, mevcut durumları açıklayarak “Ne oldu?” sorusunu yanıtlar ve genellikle raporlama ile izleme faaliyetlerini kapsar (Cozzoli vd. 2022; El Aboudi ve Benhlima 2018; Gupta ve Kumar 2023). Sağlık kurumlarında büyük veri analitiğinin, süreç ve sonuç şeffaflığı yaratarak geçmiş olaylara dair tam ve tutarlı görünürlük elde etmeyi sağlar; örneğin Nauman ve arkadaşları (2025), özelliklerin sıklığını ve dağılımını görselleştirmek amacıyla histogramları etkin bir şekilde kullanmıştır (Brossard vd. 2022; Nauman vd. 2025). Tanımlayıcı analitiğin ötesine geçen tanısal analitik ise belirli olayların neden meydana geldiğini (“Neden oldu?”) açıklamayı amaçlar ve kök neden analizi yapılmasına hizmet eder. Örneğin, hastaların yeniden hastaneye kabul edilme nedenlerini anlamak için kümeleme ve karar ağaçları gibi yöntemler kullanılmaktadır (El Aboudi ve Benhlima 2018).

Geleceğe yönelik içgörüler sunan tahmine dayalı analitik, “Ne olacak?” sorusuna yanıt arayarak belirsiz sonuçların olasılıklarını belirler ve genellikle makine öğrenimi tekniklerini kullanır (Dash vd. 2019; El Aboudi ve Benhlima 2018). Literatürde bu alanda; Tse ve arkadaşları (2024), kardiyovasküler risk ve diyabet komplikasyonlarını tahmin eden PowerAI modelleri geliştirmiştir (Tse vd. 2024). Ayrıca, derin öğrenme kullanılarak glokom tespitinde yüksek başarı (AUC=0.94) sağlanan çalışmalar da öne çıkmaktadır (Pham, Pan, ve Yohannan 2024; Sabharwal vd. 2023). Analitiğin en ileri aşaması olan kuralcı analitik ise “Ne yapmalıyız?” sorusuna odaklanarak en uygun eylemi önerir (El Aboudi ve Benhlima 2018). Örneğin Zolbanin ve Delen (2018), kronik hastalar için taburculukta en uygun eylem planını reçete eden yaklaşımlar önermiştir (Zolbanin ve Delen 2018).

3.2. Veri İşleme, Modelleme ve Performans Değerlendirme

Büyük veri projelerinin başarısı için veri kalitesinin (tutarlılık, doğruluk, eksiksizlik) değerlendirilmesi ve analitik yaşam döngüsünün %80'ini oluşturan veri düzenleme (data wrangling) süreçlerinin etkin yönetilmesi kritik öneme sahiptir (Batarseh vd. 2020; Janjua vd. 2024). Veri ön işleme süreci genellikle ilgili hasta kohortunun standart ICD kodları ile tanımlanmasıyla başlar (Janjua vd. 2024). Modelleme aşamasında ise denetimli (supervised) ve denetimsiz (unsupervised) öğrenme yaklaşımları kullanılır. Denetimsiz öğrenme alanında Batarseh ve arkadaşları (2020), K-prototip kümeleme algoritmasını kullanarak hasta verilerini benzer sağlık gruplarına ayırmıştır (Batarseh vd. 2020). Modellerin performansı, doğruluk oranının yanı sıra Duyarlılık, Özgüllük ve AUC, ROC, F1 gibi metriklerle değerlendirilirken, “kara kutu” sorunu Shapley katkısız açıklamaları gibi yorumlanabilir ML teknikleri ile aşmaya çalışılmaktadır (Janjua vd. 2024).

3.3. Literatürden Özgün Metodolojik Yaklaşımlar

Literatürde büyük veri analitiği süreçlerini iyileştirmek için çeşitli özgün mimariler geliştirilmiştir. Janjua ve arkadaşları (2024), cerrahi sonuç araştırmaları için “Onetomap” adlı bir meta veri deposu geliştirirken; El aboudi ve Benhlima (2018), toplu ve akış işlemeyi birleştiren, Spark ve MongoDB tabanlı hibrit bir mimari önermiştir (El Aboudi ve Benhlima 2018; Janjua vd. 2024). Benzer şekilde Gomes ve arkadaşları (2025), onkoloji hizmetlerinde kullanılmak üzere büyük veri analitiği ve teknoloji transferi için tahmine dayalı model geliştirmiş ve 0.890 AUC değerine ulaşmıştır (Gomes vd. 2025).

4. YÖNETİMSEL VE KLİNİK KARAR SÜREÇLERİNDE UYGULAMALAR

Büyük veri analitiği ve yapay zekâ, sağlık kurumlarında sadece teorik birer kavram olmaktan çıkıp hem operasyonel verimliliği artıran hem de klinik sonuçları iyileştiren somut uygulamalara dönüşmüştür. Bu uygulamalar, genel olarak “Yönetimsel/Operasyonel Kararlar” ve “Klinik Karar Destek Sistemleri” olmak üzere iki ana ekseninde değerlendirilmektedir.

4.1. Yönetimsel ve Operasyonel Kararlarda Veri Odaklılık

Sağlık yöneticileri için en büyük zorluk, sınırlı kaynaklarla artan talebi karşılamaktır. Büyük veri analitiği uygulamaları, hastane yönetiminde kaynak tahsisinde, envanter yönetiminde ve iş akışının optimizasyonunda dönüştürücü bir role sahiptir (Katsoulakis vd. 2024). Örneğin, büyük veri analitiği kullanımıyla hastane kaynak tahsisi ve personel seviyeleri, hasta kabul eğilimleri öngörülerek optimize edilebilmektedir (Brossard vd. 2022). Somut bir örnek olarak Daggy ve arkadaşları (2010), lojistik regresyon modeli kullanılarak hastaların randevuya gelmeme olasılığını tahmin etmiş ve bu sayede klinik programların verimliliğini artırmıştır (Daggy vd. 2010) Benzer şekil-

de, ameliyat içi kalan süreyi gerçek zamanlı tahmin eden modeller, ameliyathane kullanımını optimize etmek için geliştirilmiştir (Brossard vd. 2022; Spangenberg, Wilke, ve Franczyk 2017)

Maliyet yönetimi ve tedarik zinciri optimizasyonu da veri analitiğinin güçlü olduğu alanlardandır. Tayvan Ulusal Sağlık Sigortası verileri üzerinde yapılan bir çalışmada, jinekoloji vakalarındaki hileli işlemler %69 oranında tespit edilmiştir (Subrahmanya vd. 2022; Yang ve Hwang 2006). Ayrıca, Büyük veri analitiğinin uygulanması tedarik zincirinde talep tahmin doğruluğunu %25 artırırken, sipariş işleme süresini %15 azaltmış ve envanter seviyelerinde %20'lik bir düşüş sağlamıştır (Nuaimi ve Awofeso 2025). Kriz anlarında ise, örneğin COVID-19 pandemisi sırasında, GE Care Command gibi dijital ikiz teknolojileri ventilasyon kapasitesini gerçek zamanlı izleyerek kaynak tahsisini optimize etmekte kullanılmıştır (Katsoulakis vd. 2024; Merkel vd. 2020).

4.2. Klinik Karar Destek Sistemleri ve Yapay Zekâ

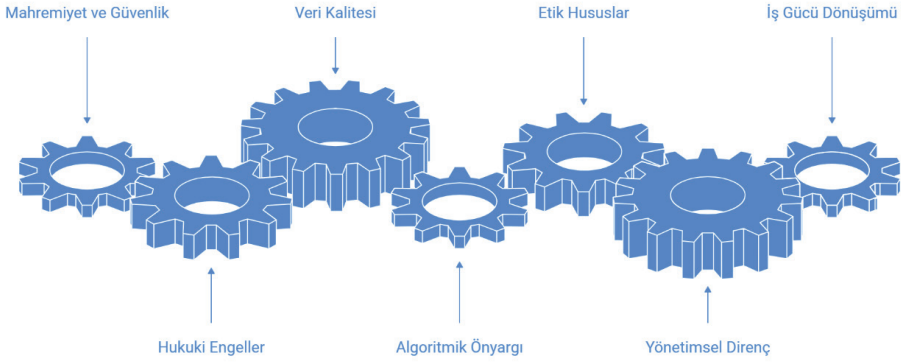
Klinik Karar Destek Sistemleri, sağlık gözlemlerini bilgi ve içgörülerle ilişkilendirerek klinik personelin kararlarını desteklemeyi amaçlar (Macias vd. 2023). Yapay zekâ ve makine öğreniminin entegrasyonu ile bu sistemler, basit kural tabanlı uyarılardan karmaşık tahminler yapan yapılara evrilmiştir. Kardiyoloji alanında Tse ve arkadaşları (2024), PowerAI-Brugada ve PowerAI-LQTS modelleri ile aritmi ve ani kardiyak ölüm riskini öngörmüş; ayrıca PowerAI-Diabetes modeli ile diyabetik hastalarda dokuz farklı komplikasyonu tahmin ederek bir ilke imza atmıştır (Tse vd. 2024).

Görüntü işleme alanında derin öğrenme algoritmaları, insan uzmanlarla yarışır hale gelmiştir. Glokom tespiti için eğitilen modellerin, göz doktorlarının teşhis başarısından (0.585–0.626) çok daha yüksek bir doğruluk oranına (0.876) ulaştığı ve hastalık ilerlemesini tahmin etmede (AUC=0.94) klinisyenlerden daha başarılı olduğu gösterilmiştir (Pham vd. 2024; Sabharwal vd. 2023). Onkoloji ve nöroloji alanlarında da benzer başarılar söz konusudur; Alzheimer hastalığının erken teşhisi ve beyin tümörü segmentasyonunda Birleşik Öğrenme (Federated Learning) yaklaşımları etkili sonuçlar vermiştir (Gupta ve Kumar 2023; Khalid vd. 2023; Sheller vd. 2020). Tüm bu başarılarla rağmen, Klinik karar destek sistemlerinin kliniklerde benimsenmesi, tahminlerin güvenilirliğine ve “kara kutu” sorununun aşılabilir açıklanabilir olmasına bağlıdır; bu nedenle model geliştirme sürecine alan bilgisinin dahil edilmesi hayati önem taşır (Kennedy ve Gallego 2019; Macias vd. 2023).

5. ZORLUKLAR, RİSKLER VE ETİK BOYUT

Sağlık yönetiminde büyük veri ve yapay zekâ uygulamaları devrim niteliğinde fırsatlar sunsa da, bu teknolojilerin entegrasyonu çeşitli zorlukları beraberinde getirmektedir. Yöneticilerin ve uygulayıcıların karşısına çıkan bu zorluklar; teknik altyapı yetersizliklerinden yasal düzenlemelere, etik ih-

lallerden iş gücü direncine kadar geniş bir spektrumda yer almaktadır.



Şekil 2. Zorluklar, Riskler ve Etik Boyut

5.1. Mahremiyet, Güvenlik ve Hukuki Engeller

Sağlık verilerinin hassas doğası gereği, mahremiyetin korunması en öncelikli zorluktur. 2005'ten 2019'a kadar rapor edilen 249.9 milyon sağlık verisi ihlali, siber suçların boyutunu gözler önüne sermektedir (Seh vd. 2020). Bu bağlamda, hasta mahremiyetini güvence altına almak amacıyla küresel ölçekte katı yasal çerçeveler yürürlükte. Avrupa Birliği ve Avrupa Ekonomik Alanı içinde 25 Mayıs 2018 tarihinde yürürlüğe giren Genel Veri Koruma Tüzüğü (General Data Protection Regulation - GDPR), kişisel verilerin işlenmesi, korunması ve serbest dolaşımı konusunda yüksek standartlar belirleyen bir düzenlemedir (Causio vd. 2022; Khalid vd. 2023). Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1996 yılında kabul edilen Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk Yasası (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA), sağlık tesislerini korumayı ve hasta güvenliğini sağlamayı amaçlayan federal bir yasadır (Khalid vd. 2023). Türkiye'de ise 6698 sayılı Kişisel Verileri Koruma Kanunu (KVKK), kişisel verilerin işlenmesinde başta özel hayatın gizliliği olmak üzere kişilerin temel hak ve özgürlüklerini korumayı amaçlayan ulusal yasal çerçeveyi oluşturmaktadır. Ancak, hassas sağlık verilerinin sızdırılmasını veya kötüye kullanılmasını önlemeyi amaçlayan bu düzenlemeler; veri paylaşımını ve kurumlar arası entegrasyonu sınırlandırdığı için, aynı zamanda büyük veri ve yapay zekâ uygulamalarının yaygınlaşmasını kısıtlayan önemli engeller haline gelebilmektedir (Adeogun ve Faezipour 2023; Khalid vd. 2023). Buna ek olarak, yapay zekâ modelleri "Düşmanca Yapay Zekâ" saldırıları gibi yeni nesil tehditlerin hedefindedir. Özellikle giyilebilir cihazlardan elde edilen anonimleştirilmiş verilerin yeniden kimliklendirilmesi riski, ciddi bir güvenlik endişesi oluşturmaktadır (Karmaker Santu vd. 2018; Khalid vd. 2023).

5.2. Veri Kalitesi ve "Çöp Giren Çöp Çıkar" İlkesi

Büyük veri analitiğinde sonuçların güvenilirliği, "Çöp Giren Çöp Çıkar"

ilkesi gereği girdilerin kalitesine doğrudan bağlıdır. Verinin tutarlılığına ve güvenilirliğine odaklanan Doğruluk (Veracity) kavramı, bu nedenle en kritik boyuttur (Janjua vd. 2024; Subrahmanya vd. 2022). Projelerin zamanının %80'i, veri eksikliği ve düzensizliğini gidermek için yapılan “veri düzenleme” süreçlerine harcanmaktadır (Batarseh vd. 2020). Ayrıca, farklı kurumlar arasında laboratuvar test yöntemlerinin standardize edilmemiş olması büyük bir sorundur; Kim ve Min (2025), bu sorunu aşmak için “Sonuç Aktarımı” ve “Sonuç Ayarlaması” yöntemlerinin kullanılmasını önermektedir (Kim ve Min 2025).

5.3. Algoritmik Önyargı (Bias) ve Etik

Yapay zekâ modelleri, eğitildikleri verilerdeki toplumsal eşitsizlikleri öğrenme ve pekiştirme riski taşır. Örneğin, COVID-19 verileri üzerine yapılan bir çalışmada, yatış tanımının bile ırksal eşitsizlik sonuçlarını etkilediği görülmüştür (Adeogun ve Faezipour 2023; Haghighathoseini vd. 2024). Veri setlerinde bazı demografik grupların yeterince temsil edilmemesi, modelin taraflı sonuçlar üretmesine neden olabilir (Batarseh vd. 2020). Etik açıdan bir diğer sorun ise derin öğrenme modellerinin “Kara Kutu” (Black Box) doğasıdır; algoritmaların karar verme mantığının şeffaf ve açıklanabilir olmaması, klinisyenlerin güvenini zedelemekte ve hasta hakları açısından sorun teşkil etmektedir (Khalid vd. 2023; Macias vd. 2023).

5.4. Yönetimsel Direnç ve İş Gücü Dönüşümü

Teknolojik dönüşümün önündeki engellerden biri de organizasyonel kültür ve insan faktörüdür. Yüksek kurulum maliyetleri ve entegrasyon karmaşıklığı, yönetimsel direnci beslerken; yöneticilerin yatırımın geri dönüşünü hesaplamakta zorlanması projelerin onaylanmasını güçleştirmektedir (Abatal vd. 2024; Brossard vd. 2022). Ayrıca sağlık çalışanlarının yeni teknolojilere adaptasyonu, ciddi bir eğitim ve yetkinlik dönüşümü gerektirir. Başarılı bir dönüşüm için sadece teknolojiye değil, veri bilimciler ve klinisyenleri bir araya getiren multidisipliner ekiplere ve “veri odaklı bir kültüre” yatırım yapılması şarttır (Brossard vd. 2022; Macias vd. 2023).

6. GELECEK VİZYONU VE SONUÇ

Sağlık yönetiminde büyük veri ve yapay zekâ entegrasyonu, bugünün sorunlarına çözüm üretmenin ötesinde, geleceğin sağlık sistemlerini inşa eden temel bir yapıtaşdır. Bu dönüşümün gelecekteki rotasını ise Dijital İkizler ve Blokzincir gibi yıkıcı teknolojiler belirleyecektir.

6.1. Geleceğin Hastaneleri: Dijital İkizler

Fiziksel bir sistemin sanal dünyadaki dinamik yansıması olan Dijital İkiz kavramı, sağlık alanında bireyin tedavi stratejisini simüle etmeye ve sağlık seyrini tahmin etmeye olanak tanımaktadır (Katsoulakis vd. 2024). Hastane

yönetiminde kaynak kıtlığını en aza indirmek için kullanılan bu teknoloji, örneğin GE Care Command ile COVID-19 pandemisi sırasında kaynak tahsisini optimize etmiştir (Merkel vd. 2020). Klinik tarafta ise kalbin sanal ikizi (SIMULIA Living Heart) gibi organa özgü modeller ve nörodejeneratif hastalıklarda bireysel sonuçları tahmin eden girişimler, kişiselleştirilmiş tıbbın geleceğini şekillendirmektedir (Fisher, Smith, ve Walsh 2019; Katsoulakis vd. 2024).

6.2. Veri Güvenliğinde Yeni Standart: Blokzincir

Sağlık verilerinin güvenliği konusundaki endişelere en güçlü yanıt, merkeziyetsiz ve değiştirilemez yapısıyla Blokzincir teknolojilerinden gelmektedir (Bazel, Mohammed, ve Ahmed 2021; Demir ve Ayık 2024; Islam vd. 2023). Blokzincir, “tek bir hata noktası” riskini ortadan kaldırarak siber güvenliği artırır ve hastaların tıbbi geçmişini farklı kurumlardan birleştirerek bütüncül bir kayıt oluşturur. Ayrıca, veri sahipliğini bireylere geri vererek hastaların erişim izinlerini kontrol etmesini sağlar; ancak ölçeklenebilirlik ve yasal uyumluluk (GDPR) gibi sorunların aşılması gerekmektedir (AbuHalimeh ve Ali 2023; Bazel vd. 2021).

6.3. Yöneticiler ve Politika Yapıcılar İçin Stratejik Öneriler

Sağlıkta veri odaklı dönüşümün başarısı, teknolojiye ziyade stratejik yönetim kararlarına bağlıdır. Hastane yöneticileri, sadece donanım ve yazılım altyapısını ifade eden teknolojik kaynaklara değil, bu kaynakları kullanma becerisi olan büyük veri analitiği yeteneklerini geliştirmeye öncelik vermelidir (Basile vd. 2024). Dönüşümün önündeki direnci kırmak için yöneticiler tarafından yenilikçi liderlik sergilenmelidir (Bag vd. 2024). Buna ek olarak, multidisipliner ekiplerle veri odaklı bir kültür inşa edilmelidir (Brossard vd. 2022). Politika yapıcılar tarafında ise; FHIR gibi birlikte çalışabilirlik standartları teşvik edilmelidir (Gupta ve Kumar 2023). Ayrıca, yasal düzenlemeler inovasyonu destekleyecek ve veri gizliliğini koruyacak şekilde güncellenmelidir (Khalid vd. 2023).

7. SONUÇ

Sağlık yönetimi, büyük veri ve yapay zekâ teknolojilerinin kaldıraç etkisiyle, sezgisel kararlardan kanıta dayalı, öngörülebilir ve kişiselleştirilmiş bir yönetim modeline evrilmektedir. Bu bölümde incelenen literatür ve vaka örnekleri göstermektedir ki; büyük veri analitiği, maliyetleri düşürme, operasyonel verimliliği artırma ve en önemlisi hasta bakım kalitesini iyileştirme konusunda eşsiz fırsatlar sunmaktadır.

Özellikle Türkiye bağlamında, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi, bu dijital dönüşümün ulusal ölçekteki en güçlü altyapı örneklerinden birini teşkil etmektedir. Milyonlarca vatandaşın verilerini tek bir merkezi platformda bütünleştiren e-Nabız ekosistemi, büyük veri

analitiği ve yapay zekâ uygulamaları için zengin ve standartlaşmış bir veri havuzu sunmaktadır. Bu sistem hem bireylerin sağlık yönetimini kolaylaştırmakta hem de yöneticiler için popülasyon sağlığı analizlerinde stratejik bir güç unsuru olmaktadır.

Ancak bu potansiyelin tam olarak hayata geçmesi; veri kalitesinin (Doğruluk/Veracity) sürdürülebilir şekilde sağlanmasına, etik ve yasal çerçevelerin hassasiyetle korunmasına ve insan kaynağının yetkinleştirilmesine bağlıdır. Geleceğin sağlık kurumları, veriyi sadece depolayan değil, onu e-Nabız gibi bütünleşmiş sistemler, dijital ikizler ve yapay zekâ ile işleyerek toplumsal bir değere dönüştüren organizasyonlar olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abatal, Ahmed, Mourad Mzili, Toufik Mzili, Khaoula Cherrat, Asmae Yassine, ve Laith Abualigah. 2024. "Intelligent Interconnected Healthcare System: Integrating IoT and Big Data for Personalized Patient Care". *International Journal of Online and Biomedical Engineering (iJOE)* 20(11):46-65. doi:10.3991/ijoe.v20i11.49893.
- AbuHalimeh, Ahmed, ve Omar Ali. 2023. "Comprehensive Review for Healthcare Data Quality Challenges in Blockchain Technology". *Frontiers in Big Data* 6:1173620. doi:10.3389/fdata.2023.1173620.
- Adeogun, Ashiat Ashake, ve Misagh Faezipour. 2023. "Big Data in Healthcare: Acquisition, Management, and Visualization Using System Dynamics". Ss. 611-18 içinde *2023 International Conference on Computational Science and Computational Intelligence (CSCI)*. Las Vegas, NV, USA: IEEE.
- Bag, Surajit, Shivam Gupta, Tsan-Ming Choi, ve Ajay Kumar. 2024. "Roles of Innovation Leadership on Using Big Data Analytics to Establish Resilient Healthcare Supply Chains to Combat the COVID-19 Pandemic: A Multimethodological Study". *IEEE Transactions on Engineering Management* 71:13213-26. doi:10.1109/TEM.2021.3101590.
- Basile, Luigi Jesus, Nunzia Carbonara, Umberto Panniello, ve Roberta Pellegrino. 2024. "How Can Technological Resources Improve the Quality of Healthcare Service? The Enabling Role of Big Data Analytics Capabilities". *IEEE Transactions on Engineering Management* 71:5771-81. doi:10.1109/TEM.2024.3366313.
- Batarseh, Feras A., Iya Ghassib, Deri Chong, ve Po-Hsuan Su. 2020. "Preventive Healthcare Policies in the US: Solutions for Disease Management Using Big Data Analytics". *Journal of Big Data* 7(1):38. doi:10.1186/s40537-020-00315-8.
- Bazel, Mahmood A., Fathey Mohammed, ve Mazida Ahmed. 2021. "Blockchain Technology in Healthcare Big Data Management: Benefits, Applications and Challenges". Ss. 1-8 içinde *2021 1st International Conference on Emerging Smart Technologies and Applications (eSmarTA)*. Sana'a, Yemen: IEEE.
- Brossard, Pierre-Yves, Etienne Minvielle, ve Claude Sicotte. 2022. "The Path from Big Data Analytics Capabilities to Value in Hospitals: A Scoping Review". *BMC Health Services Research* 22(1):134. doi:10.1186/s12913-021-07332-0.
- Causio, Francesco Andrea, Ilda Hoxhaj, Flavia Beccia, Marzia Di Marcantonio, Timo Strohäker, Chiara Cadeddu, Walter Ricciardi, ve Stefania Boccia. 2022. "Big Data and ICT Solutions in the European Union and in China: A Comparative Analysis of Policies in Personalized Medicine". *DIGITAL HEALTH* 8:205520762211290. doi:10.1177/20552076221129060.
- Clim, Antonio, Razvan Daniel Zota, ve Grigore Tinica. 2019. "Big Data in Home Healthcare: A New Frontier in Personalized Medicine. Medical Emergency Services and Prediction of Hypertension Risks". *International Journal of Healthcare Management* 12(3):241-49. doi:10.1080/20479700.2018.1548158.

- Cozzoli, Nicola, Fiorella Pia Salvatore, Nicola Faccilongo, ve Michele Milone. 2022. "How Can Big Data Analytics Be Used for Healthcare Organization Management? Literary Framework and Future Research from a Systematic Review". *BMC Health Services Research* 22(1):809. doi:10.1186/s12913-022-08167-z.
- Daggy, Joanne, Mark Lawley, Deanna Willis, Debra Thayer, Christopher Suelzer, Po-Ching DeLaurentis, Ayten Turkcan, Santanu Chakraborty, ve Laura Sands. 2010. "Using No-Show Modeling to Improve Clinic Performance". *Health Informatics Journal* 16(4):246-59. doi:10.1177/1460458210380521.
- Dash, Sabyasachi, Sushil Kumar Shakyawar, Mohit Sharma, ve Sandeep Kaushik. 2019. "Big Data in Healthcare: Management, Analysis and Future Prospects". *Journal of Big Data* 6(1):54. doi:10.1186/s40537-019-0217-0.
- Demir, Emin, ve Yusuf Ziya Ayik. 2024. "Yapay Zeka ve Bilgi Güvenliği: Fırsatlar, Tehditler ve Etik Düşünceler". içinde *COVID-19 Sonrası Uzaktan Çalışma Sistemlerinde Bilgi Güvenliği Yaklaşımları ve Geleceğin Meslekleri*. İstanbul: Efe Akademik Yayıncılık.
- Dimitrov, Dimiter V. 2016. "Medical Internet of Things and Big Data in Healthcare". *Healthcare Informatics Research* 22(3):156. doi:10.4258/hir.2016.22.3.156.
- El Aboudi, Naoual, ve Laila Benhlima. 2018. "Big Data Management for Healthcare Systems: Architecture, Requirements, and Implementation". *Advances in Bioinformatics* 2018:1-10. doi:10.1155/2018/4059018.
- Fisher, Charles K., Aaron M. Smith, ve Jonathan R. Walsh. 2019. "Machine Learning for Comprehensive Forecasting of Alzheimer's Disease Progression". *Scientific Reports* 9(1):13622. doi:10.1038/s41598-019-49656-2.
- Gomes, Myller Augusto Santos, João Luiz Kovaleski, Regina Negri Pagani, Vander Luiz Da Silva, ve Helyane Bronoski Borges. 2025. "Proposal for a Predictive Model for Healthcare Based on Big Data Analytics and Technology Transfer Functionalities". *Technology Analysis & Strategic Management* 37(12):3466-82. doi:10.1080/09537325.2024.2410349.
- Greaves, Felix, Daniel Ramirez-Cano, Christopher Millett, Ara Darzi, ve Liam Donaldson. 2013. "Use of Sentiment Analysis for Capturing Patient Experience from Free-Text Comments Posted Online". *Journal of Medical Internet Research* 15(11):e239. doi:10.2196/jmir.2721.
- Gupta, Nancy Sanjay, ve Pravir Kumar. 2023. "Perspective of Artificial Intelligence in Healthcare Data Management: A Journey towards Precision Medicine". *Computers in Biology and Medicine* 162:107051. doi:10.1016/j.compbiomed.2023.107051.
- Haghighathoseini, Atefehsadat, Janusz Wojtusiak, Nirup M. Menon, Hua Min, Cara Frankenfeld, ve Timothy Leslie. 2024. "Big Data Decision-Making and Racial Disparities: A Case Study Among COVID-19 Inpatient Visits". Ss. 6452-59 içinde *2024 IEEE International Conference on Big Data (BigData)*. Washington, DC, USA: IEEE.
- Islam, Md. Shohidul, Mohamed Ariff Bin Ameen, Md. Arafatur Rahman, Hus-

- nul Ajra, ve Zahian Binti Ismail. 2023. "Healthcare-Chain: Blockchain-Enabled Decentralized Trustworthy System in Healthcare Management Industry 4.0 with Cyber Safeguard". *Computers* 12(2):46. doi:10.3390/computers12020046.
- Janjua, Haroon M., Michael Rogers, Meagan Read, Emily A. Grimsley, ve Paul C. Kuo. 2024. "A of Analytics and B of Big Data in Healthcare Research: Telling the Tale of Health Outcomes Research from the Eyes of Data". *The American Journal of Surgery* 230:105-7. doi:10.1016/j.amjsurg.2023.11.026.
- Karmaker Santu, Shubhra Kanti, Vincent Bindschadler, ChengXiang Zhai, ve Carl A. Gunter. 2018. "NRF: A Naive Re-Identification Framework". Ss. 121-32 içinde *Proceedings of the 2018 Workshop on Privacy in the Electronic Society*. Toronto Canada: ACM.
- Katsoulakis, Evangelia, Qi Wang, Huanmei Wu, Leili Shahriyari, Richard Fletcher, Jinwei Liu, Luke Achenie, Hongfang Liu, Pamela Jackson, Ying Xiao, Tanveer Syeda-Mahmood, Richard Tuli, ve Jun Deng. 2024. "Digital Twins for Health: A Scoping Review". *Npj Digital Medicine* 7(1):77. doi:10.1038/s41746-024-01073-0.
- Kennedy, Georgina, ve Blanca Gallego. 2019. "Clinical Prediction Rules: A Systematic Review of Healthcare Provider Opinions and Preferences". *International Journal of Medical Informatics* 123:1-10. doi:10.1016/j.ijmedinf.2018.12.003.
- Khalid, Nazish, Adnan Qayyum, Muhammad Bilal, Ala Al-Fuqaha, ve Junaid Qadir. 2023. "Privacy-Preserving Artificial Intelligence in Healthcare: Techniques and Applications". *Computers in Biology and Medicine* 158:106848. doi:10.1016/j.combiomed.2023.106848.
- Khan, Sulaiman, Habib Ullah Khan, ve Shah Nazir. 2022. "Systematic Analysis of Healthcare Big Data Analytics for Efficient Care and Disease Diagnosing". *Scientific Reports* 12(1):22377. doi:10.1038/s41598-022-26090-5.
- Kim, Sollip, ve Won-Ki Min. 2025. "Toward High-Quality Real-World Laboratory Data in the Era of Healthcare Big Data". *Annals of Laboratory Medicine* 45(1):1-11. doi:10.3343/alm.2024.0258.
- Macias, Charles G., Kenneth E. Remy, ve Amie J. Barda. 2023. "Utilizing Big Data from Electronic Health Records in Pediatric Clinical Care". *Pediatric Research* 93(2):382-89. doi:10.1038/s41390-022-02343-x.
- Merkel, Matthias Johannes, Renee Edwards, Joe Ness, Carl Eriksson, Susan Yoder, Stephanie Gilliam, Katie Ellero, Coral Barreto-Costa, Peter Graven, Jeffrey R. Terry, ve James Heilman. 2020. "Statewide Real-Time Tracking of Beds and Ventilators During Coronavirus Disease 2019 and Beyond". *Critical Care Explorations* 2(6):e0142. doi:10.1097/CCE.0000000000000142.
- Nauman, Muhammad, Ahmad S. Almadhor, Mohammed Albekairi, Ali R. Ansari, Muhammad A. B. Fayyaz, ve Raheel Nawaz. 2025. "The Role of Big Data Analytics in Revolutionizing Diabetes Management and Healthcare Decision-Making". *IEEE Access* 13:10767-85. doi:10.1109/ACCESS.2025.3526456.
- Nuaimi, Dina Al, ve Niyi Awofeso. 2025. "[Version 4; Peer Review: 2 Approved]".

- Pham, Alex T., Annabelle A. Pan, ve Jithin Yohannan. 2024. "Big Data in Visual Field Testing for Glaucoma". *Taiwan Journal of Ophthalmology* 14(3):289-98. doi:10.4103/tjo.TJO-D-24-00059.
- Sabharwal, Jasdeep, Kaihua Hou, Patrick Herbert, Chris Bradley, Chris A. Johnson, Michael Wall, Pradeep Y. Ramulu, Mathias Unberath, ve Jithin Yohannan. 2023. "A deep learning model incorporating spatial and temporal information successfully detects visual field worsening using a consensus based approach". *Scientific Reports* 13:1041. doi:10.1038/s41598-023-28003-6.
- Seh, Adil Hussain, Mohammad Zarour, Mamdouh Alenezi, Amal Krishna Sarkar, Alka Agrawal, Rajeev Kumar, Raees Ahmad Khan, Adil Hussain Seh, Mohammad Zarour, Mamdouh Alenezi, Amal Krishna Sarkar, Alka Agrawal, Rajeev Kumar, ve Raees Ahmad Khan. 2020. "Healthcare Data Breaches: Insights and Implications". *Healthcare* 8(2). doi:10.3390/healthcare8020133.
- Sheller, Micah J., Brandon Edwards, G. Anthony Reina, Jason Martin, Sarthak Pati, Aikaterini Kotrotsou, Mikhail Milchenko, Weilin Xu, Daniel Marcus, Rivka R. Colen, ve Spyridon Bakas. 2020. "Federated Learning in Medicine: Facilitating Multi-Institutional Collaborations without Sharing Patient Data". *Scientific Reports* 10(1):12598. doi:10.1038/s41598-020-69250-1.
- Sohn, Minsung, JungYeon Yang, Junyoung Sohn, ve Jun-Hyup Lee. 2023. "Digital Healthcare for Dementia and Cognitive Impairment: A Scoping Review". *International Journal of Nursing Studies* 140:104413. doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.104413.
- Spangenberg, Norman, Moritz Wilke, ve Bogdan Franczyk. 2017. "A Big Data architecture for intra-surgical remaining time predictions". *Procedia Computer Science* 113:310-17. doi:10.1016/j.procs.2017.08.332.
- Subrahmanya, Sri Venkat Gunturi, Dasharathraj K. Shetty, Vathsala Patil, B. M. Zeeshan Hameed, Rahul Paul, Komal Smriti, Nithesh Naik, ve Bhaskar K. Soman. 2022. "The Role of Data Science in Healthcare Advancements: Applications, Benefits, and Future Prospects". *Irish Journal of Medical Science (1971 -)* 191(4):1473-83. doi:10.1007/s11845-021-02730-z.
- Tse, Gary, Quinncy Lee, Oscar Hou In Chou, Cheuk To Chung, Sharen Lee, Jeffrey Shi Kai Chan, Guoliang Li, Narinder Kaur, Leonardo Roever, Haipeng Liu, Tong Liu, ve Jiandong Zhou. 2024. "Healthcare Big Data in Hong Kong: Development and Implementation of Artificial Intelligence-Enhanced Predictive Models for Risk Stratification". *Current Problems in Cardiology* 49(1):102168. doi:10.1016/j.cpcardiol.2023.102168.
- Yang, Wan-Shiou, ve San-Yih Hwang. 2006. "A process-mining framework for the detection of healthcare fraud and abuse". *Expert Systems with Applications* 31(1):56-68. doi:10.1016/j.eswa.2005.09.003.
- Zolbanin, Hamed M., ve Dursun Delen. 2018. "Processing electronic medical records to improve predictive analytics outcomes for hospital readmissions". *Decision Support Systems* 112:98-110. doi:10.1016/j.dss.2018.06.010.



DİJİTAL SAĞLIKTA ERİŞİLEBİLİRLİK: ENGELLİ BİREYLER İÇİN TEKNOLOJİ DESTEKLİ SAĞLIK YÖNETİMİ

“ ”

Figen ÖZŞAHİN¹

Muhlise CANLI²

¹ Doktor Öğretim Erzurum Teknik Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü E-mail: figen.ozsahin@erzurum.edu.tr

² Öğretim Görevlisi Gümüşhane Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO, Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü E-mail: muhlise.canli@gumushane.edu.tr

GİRİŞ

Dijitalleşme süreci, çağdaş sağlık hizmetlerinin sunumunda ve yönetiminde köklü bir paradigma dönüşümünü beraberinde getirerek sağlık sistemlerini veri odaklı ve hasta merkezli bir yapıya evirmiştir. Özellikle bilişim ve iletişim teknolojilerinin (BİT) sağlık sektörüne entegrasyonu, tıbbi süreçlerin zamansal ve mekânsal kısıtlamalardan arındırılmasını sağlamış; teletıp uygulamaları, giyilebilir takip cihazları ve mobil sağlık platformları aracılığıyla bireylerin kendi sağlık süreçlerini proaktif bir şekilde yönetmelerine olanak tanımıştır. Ancak bu teknolojik dönüşümün sağladığı avantajların toplumsal düzlemde hakkaniyetli bir şekilde dağılması, dijital sağlık ekosistemlerinin tüm kullanıcı gruplarını kapsayacak şekilde evrensel tasarım ilkeleriyle uyumlandırılmasına bağlıdır. Bu bağlamda, dijital sağlık araçlarının sunduğu potansiyel, yalnızca teknik bir ilerleme olarak değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimde fırsat eşitliğini sağlayan stratejik bir enstrüman olarak değerlendirilmelidir.

Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde karşılaştıkları yapısal ve sosyo-ekonomik bariyerlerin aşılmasında, teknoloji destekli sağlık yönetimi kritik bir katalizör rolü üstlenmektedir. Bununla birlikte, dijital sağlık platformlarının erişilebilirlik standartlarına duyarsız kalması, “dijital uçurum” (digital divide) olarak adlandırılan yeni bir eşitsizlik alanının doğmasına ve dezavantajlı grupların sistemin dışında kalmasına sebebiyet verebilmektedir. Engelli bireyler için tasarlanan sağlık yönetimi sistemlerinin; kapsayıcı arayüz tasarımı, yardımcı teknolojilerle tam entegrasyon ve kişiselleştirilebilir veri yönetimi gibi unsurları ihtiva etmesi, bireysel özerkliğin güçlendirilmesi ve sağlık çıktılarının iyileştirilmesi açısından elzemdir. Dolayısıyla dijital sağlıkta erişilebilirlik, sadece teknik bir gereklilik değil, engelli bireylerin sağlık haklarının korunması ve tıbbi bakımın demokratikleşmesi noktasında temel bir gerekliliktir.

1.Engellilik Kavramı ve Sağlık Yönetimindeki Yeri

Engelli ve engellilik kavramları günlük konuşmalardan kanun metinlerine kadar birçok alanda sıkça kullanılmak ve bu kavramlar farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Yetersizlik, özürlülük ve engellilik kavramları da birbiri yerine sıkça kullanılmakla birlikte anlam olarak farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık ve tıbbi bakım süreçlerinde kavramsal belirsizlikleri gidermek ve küresel düzeyde disiplinlerarası bir terminolojik birlik tesis etmek amacıyla çeşitli uluslararası sınıflandırma sistemleri kurgulamıştır (WHO, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), engellilik olgusunu sistematik bir çerçeveye oturtmak amacıyla 1980 yılında Uluslararası Bozukluklar, Özürlülükler ve Engellilikler Sınıflandırması (ICIDH) sistemini literatüre kazandırmıştır. Bu model, bireyin sağlık durumunu biyolojik, fonksiyonel ve toplumsal boyut-

larda üç temel katmanda analiz eder:

Yetersizlik (Impairment) Yapısal ve Biyolojik Boyut: Psikolojik, fizyolojik veya anatomik düzeydeki yapısal ve işlevsel anomalileri temsil eder. Bu kavram; doku, organ veya vücut sistemlerindeki fonksiyonel kayıpları, geçici veya kalıcı nitelikteki biyolojik sapmaları ve klinik bozuklukları ifade etmektedir. Temelde, bireyin organik bütünlüğündeki bir “eksiklik” veya “anormallik” üzerine odaklanır.

Özürlülük (Disability) Fonksiyonel Kısıtlılıklar: Bir yetersizlik neticesinde, bireyin kendisinden beklenen rutin eylemleri ve davranışları yerine getirme becerisindeki azalmayı veya kısıtlılığı tanımlar. Özürlülük, klinik tablonun (yetersizliğin) bireysel performans üzerindeki doğrudan yansımasıdır ve günlük yaşam aktivitelerinin icrasındaki kapasite kaybını simgeler.

Engellilik (Handicap): Sosyal ve Çevresel Dezavantaj: Bireyin mevcut yetersizlik veya özürlülük durumu ile toplumsal çevre arasındaki etkileşimden doğan dezavantajlı durumu niteler. Engellilik, bireyin yaşına, cinsiyetine ve sosyal rollerine uygun performans sergilemesini engelleyen toplumsal bir bozukluk olarak kabul edilir; yani biyolojik kısıtlılığın sosyal hayattaki ve çevresel katılım düzeyindeki olumsuz çıktılarını temsil eder (Minaire 1992).

1980’li yıllardan itibaren engellilik olgusuna yönelik teorik yaklaşımların evrilmesi (Erdugan, 2010) ve ICIDH modelinin beraberinde getirdiği stigmatizasyon (damgalanma) etkisinin bertaraf edilmesi gerekliliği, yeni bir sınıflandırma sistemine ihtiyaç duyulmasına yol açmıştır. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2001 yılında İşlevsellik, Yetiştirimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF) sistemini literatüre kazandırmıştır (WHO, 2001). Birleşmiş Milletler (BM) de aynı yıl itibarıyla, geleneksel ICIDH modelini terk ederek bu yeni sınıflandırma sistemini referans almaya başlamıştır.

ICF (2001) Kapsamında Tanımlanan Temel İşlev ve Katılım Alanları

ICF çerçevesinde yürütülen araştırmalarda dikkate alınan temel özür ve yetiştirimi türleri aşağıdaki taksonomiye göre yapılandırılmıştır:

- **Duyusal ve Bilişsel Fonksiyonlar:** Görme ve işitme duyuları; öğrenme ve bilginin uygulanması; dikkat, bellek ve düşünme gibi yüksek düzey bilişsel süreçler.
- **İletişimsel Yetiler:** Bilgiyi anlama (alma) ve ifade etme (üretme) süreçleri.
- **Mobilite ve Fiziksel Kontrol:** Beden postürünün korunması/değiştirilmesi; nesnelerin taşınması ve manipülasyonu; yürüme ve çevresel hareketlilik.
- **Öz Bakım ve Günlük Yaşam Yönetimi:** Kişisel hijyen, beslenme ve giyinme gibi öz bakım faaliyetleri ile günlük gereksinimlerin idaresi.

- **Toplumsal Katılım ve Temel Yaşam Aktiviteleri:** Eğitim ve istihdam süreçleri; toplumsal, sivil ve rekreasyonel yaşam; ruhsal ve dini katılım (Mbogoni ve Me, 2002).

İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF), sadece engellilik odaklı bir araç olmanın ötesinde, tüm bireyleri kapsayan evrensel bir çerçeve sunmaktadır. Her türlü sağlık durumu ile ilintili olan fonksiyonel süreçler, ICF'in standartlaştırılmış dili aracılığıyla betimlenebilmektedir. Bu sınıflandırma sistemi, her biri iki temel bileşenden oluşan iki ana bölüm üzerine inşa edilmiştir:

- **Birinci Bölüm: İşlevsellik ve Yetiyitimi:** Bu bölüm, biyolojik düzeydeki "Vücut İşlevleri ve Yapıları" ile bireyin eylemlerini ve toplumsal rollerini içeren "Etkinlikler ve Katılım" unsurlarını kapsamaktadır.

- **İkinci Bölüm: Bağlamsal Etmenler:** Bireyin yaşam koşullarını belirleyen "Çevresel Etmenler" ile demografik ve bireysel özellikleri yansıtan "Kişisel Etmenler" den oluşur (WHO, 2001).

ICF ile birlikte sağlık literatüründe önemli bir paradigma değişimi yaşanmıştır. 1980 tarihli ICIDH modelinde benimsenen ve hastalığın kronolojik etkilerine odaklanan "hastalık sonuçları" yaklaşımı, ICF ile birlikte daha dinamik bir yapı olan "sağlık bileşenleri" sınıflandırmasına evrilmiştir. Bu ayrımda "sonuçlar", bir patolojinin nihai ve doğrusal etkilerini ifade ederken; "sağlık bileşenleri", sağlığın mevcut durumunu ve içeriğini oluşturan çok boyutlu parametreleri tanımlamaktadır (WHO, 2001).

2. Teorik Çerçeve

Engellilik olgusu, tarihsel süreç içerisinde yalnızca biyolojik bir durum olmaktan çıkıp; sosyolojik, hukuki ve yönetsel boyutları olan çok katmanlı bir kavram haline gelmiştir. Bu bölüm, engellilik yönetimine dair yaklaşımların evrimini ve bu evrimin dijital sağlık hizmetlerine yansımaları sağlayan kuramsal temelleri analiz etmektedir. Çalışmanın teorik zeminini, bireyi pasif bir hasta olarak gören geleneksel anlayıştan, onu hak sahibi bir özne olarak kabul eden modern yaklaşıma geçiş süreci oluşturmaktadır.

2.1. Tıbbi Modelden Sosyal Modele Geçiş: Yönetim Anlayışındaki Değişim

Engelliliğe yaklaşımlar tıbbi (medikal) modelden doğmuştur. Bu model engelliliğin biyolojiye bağlı bozukluklardan ve bireysel nedenlerden kaynaklandığını açıklamıştır. Tıbbi model normal algısının toplumlarda yaygın olduğu dönemde ortaya çıkmıştır. Engellilerin "normal" algısına uymadığı özelliklerinin normal olması için yapılması gerekenler üzerine odaklanmıştır. Tıbbi model tedavi edici yaklaşım olarak da adlandırılmaktadır.

Medikal modelin kökenleri 1800'lü yıllara kadar dayanmaktadır. Bu mo-

del için engellilik; hem zihinsel hem de fiziksel işlev bozuklukları ile ortaya çıkan eksiklik ve güçlükler olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda engellilik bireysel tıbbi yetersizliğe indirgenmektedir (Akçalı, 2015). Tıbbi modelle göre engellilik insan doğasıyla bağdaşmayan bir durumdur. Bundan dolayı da ortadan kaldırılmalı ya da en aza indirilmesi gerekmektedir. Engelliliğin giderilmesi için medikal tedavi veya rehabilitasyon gerçekleştirilmelidir. Bu bağlamda tıbbi modelin engellilik alanına en önemli katkısı; engelli bireylerin sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi olmuştur.

1970’lerde engelli alanında sosyal yaklaşım ortaya çıkmıştır. Engelli alanında sosyal modelin gelişmesinde akademik zemin ve toplumsal hareketler önemli olmuştur. Bu dönemde engelli bireylerin örgütlenmesi ve engelli hareketlerini gerçekleştirmesi söz konusu olmuştur. Örneğin;1960’larda ABD’de “Bağımsız Yaşama Hareketi” engelli bireylerin örgütlenerek gerçekleştirdikleri toplumsal hareket olarak ses getirmiş ve engellilik alanında sosyal değişimlerin yaşanmasını sağlamıştır.

Sosyal model engelliliği; bireylerin kendi yetersizliklerinden doğan bireysel sorun olarak değil de toplumsal sorun olarak tanımlamıştır. Engelliliğin hastalık değil insanlık durumu olduğunu ve sosyal realite olduğunu savunmaktadır. Sosyal model için engellilik toplumun engellileri dikkate alarak hizmet sunmamasından kaynaklanmaktadır. Sosyal modelde engellilik alanındaki sorunların çözümünde engelli bireylerin tam katılımı gerekmektedir. Sosyal modelin en önemli katkısı; engelli bireylere eşit haklar verilmesiyle ilgili yaklaşımı geliştirmesidir.

2.2. Hak Temelli Yaklaşım Ve Uluslararası Sözleşmeler (Bm Engelli Hakları Sözleşmesi)

1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde ilk olarak engelliler dile getirilmiştir. Daha sonra Birleşmiş Milletler (BM), Avrupa Konseyi, Avrupa Birliği, Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) ve Dünya Tabipler Birliği gibi çok sayıda uluslararası kuruluşlar engellilik alanında çeşitli düzenlemeler (eğitim, sağlık, istihdam, erişebilirlik vs) gerçekleştirmiştir.

Birleşmiş Milletler ve Bağlı Kuruluşlar Tarafından Yapılan Düzenlemeler ve Çalışmalar

Birleşmiş Millet kurulduğu günden bu yana engellilerin sosyal durumlarını iyileştirmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek için çeşitli çabalar harcamaktadır. 10 Aralık 1948 tarihinde BM Genel Kurulunca kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi engelli alanındaki açılımlarıyla bu çabanın somut örneklerindendir. Bu bildirge tüm insanları ayırım yapmadan hak ve özgürlükler perspektifinde ele almaktadır.

Birleşmiş Milletler (BM) çerçevesinde engelli haklarının kurumsallaşması, 1950 yılında gerçekleştirilen Cenova Konferansı ile önemli bir ivme

kazanmıştır. Bu konferansta, engelli bireylerin sosyal rehabilitasyonu ilk kez kapsamlı bir şekilde gündeme taşınmış; eğitim, tedavi, mesleki rehabilitasyon ve istihdam alanlarında küresel standartların tesisi amacıyla uzman bir komisyonun kurulması kararlaştırılmıştır. Sürecin devamında, 1952 yılında UNDP, ILO (UÇÖ), DSÖ, UNESCO ve UNICEF gibi çok paydaşlı bir platformda yürütülen çalışmalarla, engellilik olgusu uluslararası kuruluşların operasyonel programlarına entegre edilmiştir. Bu dönemde benimsenen yeni perspektif, rehabilitasyon programlarının sadece tıbbi değil, eğitimsel boyutlarını da kapsayacak şekilde genişletilmesini öngörmüştür.

1960'lı yıllarda engelli hakları, daha bağlayıcı hukuki metinlerle normatif bir zemine oturtulmuştur. 16 Aralık 1966'da kabul edilip 1976'da yürürlüğe giren Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ndeki genel ilkeleri somutlaştırmış ve detaylandırmıştır. Sözleşmenin 12. maddesi, her bireyin erişilebilir en yüksek fiziksel ve ruhsal sağlık standardından yararlanma hakkını tescil ederken, taraf devletlere hastalık durumunda tıbbi müdahale ve bakım süreçlerini garanti altına alma yükümlülüğü getirmiştir.

Aynı dönemde kabul edilen Uluslararası Kişisel ve Siyasal Haklar Sözleşmesi ise hak temelli yaklaşımı güçlendirerek ayrımcılıkla mücadele alanını genişletmiştir. Sözleşmenin 26. maddesi, her türlü zeminde eşitlik ilkesini vurgulayarak engelli ve yaşlı bireyleri sistematik ayrımcılığa karşı koruma altına alan belirgin bir düzenleme sunmaktadır. Bu süreci taçlandıran 1969 tarihli Sosyal Kalkınma ve Kalkınma Sürecine Dair Bildirge, engelli bireylerin toplumsal yaşama tam katılımını bir hedef olarak belirlemiş; sağlık, güvenlik ve sosyal refah önlemlerinin bu katılımı destekleyecek şekilde yapılandırılmasını bir gereklilik olarak tanımlamıştır.

Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu tarafından 20 Aralık 1971 tarihinde kabul edilen Zihinsel Engelli Bireylerin Hakları Bildirgesi, engelli haklarının ulusal ve uluslararası eylem planlarında temel bir referans noktası olarak konumlandırılmasını sağlamıştır. Bu bildirge; zihinsel engelli bireylerin eğitim, rehabilitasyon ve sosyal rehberlik haklarının yanı sıra, nitelikli tıbbi bakıma erişim hakkını da yasal bir güvence altına almıştır. Süreç, 9 Aralık 1975 tarihli Engelli Hakları Bildirgesi ile daha kapsayıcı bir boyuta taşınmıştır. Bu düzenleme; dil, din, ırk veya cinsiyet gibi demografik unsurlara bakılmaksızın tüm engelli bireylerin haklarını evrensel düzeyde koruma altına alırken, bakım ve rehabilitasyon süreçlerine dair detaylı standartlar getirmiştir.

1980'li yıllar, engellilik alanında farkındalığın kurumsallaştığı bir dönüm noktası olmuştur. 1981 yılının "Uluslararası Engelliler Yılı" ilan edilmesi ve Viyana'da düzenlenen Dünya Konferansı, konunun küresel bir politika haline gelmesine zemin hazırlamıştır. 3 Aralık 1982 tarihinde yürürlüğe giren Engelliler İçin Dünya Eylem Programı, engellilik politikalarını; "önleme",

“rehabilitasyon” ve “fırsat eşitliği” şeklinde üç temel stratejik sütun üzerinde yapılandırmıştır. Aynı süreçte, 3 Aralık tarihinin “Dünya Engelliler Günü” olarak kabul edilmesi yönünde tavsiye kararı alınmış ve 1983-1992 yılları arası “BM Engelliler Onyılı” olarak tanımlanmıştır. 20. yüzyılın son çeyreğinde bu çalışmalar bölgesel düzeyde de ivme kazanmıştır. 1992 yılındaki kapanış toplantısında 3 Aralık günü resmi olarak takvimlere işlenmiş; engelli nüfusun yoğun olduğu bölgeler dikkate alınarak 1993-2002 yılları Asya-Pasifik Engelliler Onyılı ilan edilmiştir. Türkiye’nin de mülga Engelliler İdaresi Başkanlığı aracılığıyla 1998 yılında dahil olduğu bu süreç, 2002 yılında gerçekleştirilen bir değerlendirme ile 2012 yılına kadar uzatılmıştır. Bu bölgesel yaklaşımlar, küresel kalkınma hedeflerinin yerel dinamiklerle uyumlandırılması noktasında kritik bir rol üstlenmiştir.

20. yüzyılın son çeyreği, engelli haklarının parçalı yaklaşımlardan bütüncül ve hak temelli bir hukuk zeminine evrildiği bir sürece tanıklık etmiştir. Bu evrimin köşe taşlarından biri olan 20 Kasım 1989 tarihli Çocuk Hakları Sözleşmesi (Md. 23), engelli çocukların onurunu koruyan, sosyal entegrasyonlarını teşvik eden ve eğitimden sağlığa kadar geniş bir yelpazede özel bakım hizmetlerine erişimlerini garanti altına alan ilk kapsamlı düzenlemedir. Aynı yıl kabul edilen Tallinn Çerçevesi, engelliliği insan kaynakları geliştirme perspektifiyle ele alarak, bu bireylerin işgücü piyasasına katılımını ve mesleki eğitimlerini stratejik bir hedef olarak belirlemiştir.

1990’lı yıllar, spesifik engel gruplarına ve fırsat eşitliğine odaklanan standartların somutlaştığı bir dönemdir. 1991 yılında kabul edilen Akıl Hastalarının Korunması ve Akıl Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesine İlişkin İlkeler, bu gruptaki bireylerin tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde temel hak ve özgürlüklerinin ihlal edilmemesini amaçlamıştır. 1993 tarihli Engelliler İçin Fırsat Eşitliği Konusunda Standart Kurallar ise, ülkelerin eşitlikçi politikalar üretmesi noktasında bir rehber görevi görmüş ve 1995 Kopenhag Sosyal Kalkınma Bildirgesi ile devletlerin eğitimde fırsat eşitliği sağlama yükümlülüğü bir kez daha teyit edilmiştir.

Bir Paradigma Dönüşümü: BM Engelli Hakları Sözleşmesi (BMEHS)

2006 yılında kabul edilerek 2008’de yürürlüğe giren **BM Engelli Hakları Sözleşmesi (BMEHS)**, uluslararası hukukta engelli haklarını bütünüyle kapsayan ve bağlayıcılığı olan ilk ve tek temel belge olması bakımından devrim niteliğindedir. 50 maddeden oluşan bu sözleşme; erişilebilirlik, adalete erişim, kişisel güvenlik, sağlık ve istihdam gibi alanlarda devletlere net sorumluluklar yüklemiş, engelliliği bir “iyileştirme” meselesinden ziyade bir “hak ve sosyal politika” meselesi olarak tescillemiştir.

Bölgesel ve Sektörel Yaklaşımlar: ESCAP, UNESCO ve DSÖ

Engelli haklarının uygulanmasında bölgesel işbirlikleri ve sektörel uz-

manlıklar kritik önem arz etmektedir:

- **Incheon Stratejisi (2013-2022):** Asya-Pasifik bölgesinde ilk kez üzerinde uzlaşılan, 10 hedef ve 62 göstergeden oluşan bu strateji; engelli haklarının ölçülebilir kalkınma hedefleriyle entegrasyonunu sağlamıştır.

- **UNESCO ve Eğitim Hakkı:** Sundberg (1981) ve Salamanca (1994) Bildirgeleri ile UNESCO, “kapsayıcı eğitim” modelini dünya genelinde yaygınlaştırmış; eğitimde ayrımcılığın önlenmesi ve herkes için eğitim ilkelerini normatif birer standart haline getirmiştir.

- **BM Engelliler Programı:** Ekonomik ve Sosyal İşler Bölümü (DESA) bünyesinde yürütülen bu program, engellilerin toplumsal kalkınma süreçlerine tam katılımını sağlamak amacıyla küresel koordinasyonu yürütmektedir.

- **Sağlık ve Hasta Hakları (DSÖ):** Dünya Sağlık Örgütü, 1994 tarihli **Amsterdam Bildirgesi** ile engelli bireyleri de içine alan “Avrupa Hasta Hakları” çerçevesini çizmiş; bakım ve tedavi süreçlerinde bireyin özerkliğini ve haklarını ön plana çıkarmıştır.

3. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Temel Engeller

Tıbbi hizmetlere ulaşılabilirlik, bireysel refahın temel bir bileşeni ve evrensel bir insan hakkı olmasının yanı sıra, toplumsal hakkaniyetin tesis edilmesinde belirleyici bir kriterdir. Bununla birlikte, engelli bireyler başta olmak üzere dezavantajlı grupların bu haklardan yararlanma süreci; mimari, teknolojik ve psiko-sosyal nitelikteki sistematik bariyerler tarafından sekteye uğratılmaktadır. Söz konusu kısıtlayıcı faktörler, bireylerin klinik süreçlere katılımını zorlaştırarak sağlık çıktılarında asimetrik bir dağılıma ve derinleşen eşitsizliklere sebebiyet vermektedir.

3.1. Fiziksel/Mimari Engeller: Ulaşım Ve Bina Tasarımı

Çevresel engeller; sağlık kuruluşlarında bina giriş ve çıkışları, tuvaletler, bekleme alanları, otoparklar, muayene odaları ve kullanılan tıbbi donanımlar gibi fiziksel unsurları içermektedir. Sağlık kuruluşu binalarına ilişkin başlıca sorunlar arasında, otopark alanlarının erişilebilir olmaması, bina girişlerinde merdiven bulunması, yönlendirme işaretlerinin yetersizliği, kapı genişliklerinin standartlara uygun olmaması ve bina içerisindeki merdivenler ile tuvaletlerin engelli bireylerin gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmemiş olması yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerine erişemeyen bireylerin öncelikli olarak belirlenmesi; sağlık kuruluşlarına ulaşımın kolaylaştırılması, çalışma saatleri dışında sunulan bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlık çalışanlarına erişimin artırılması ve sunulan sağlık bakımının niteliğinin iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmasını gerekli kılmaktadır.

3.2. İletişimsel Engeller: İşaret Dili, Braille, Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık profesyonelleri ile sağlıklı ya da hasta bireyler arasında etkili bir iletişimin sağlanamaması, sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum, engelli bireylerle iletişim kurulması söz konusu olduğunda daha da karmaşık bir hâl almaktadır. Engelli bireylerin sağlık durumlarını yeterli biçimde ifade edememeleri ya da sağlık profesyonellerinin engelli bireylere sağlık durumları ve bakım süreçleri hakkında gerekli bilgileri aktarmamaları gibi iletişim temelli sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Engelli bireylerin engellilik durumlarına uygun materyal ve donanıma sahip olunmaması, sağlık hizmetlerinden etkin biçimde yararlanmalarını önemli ölçüde sınırlandırmaktadır. Araştırmalar, erişilebilir olmayan muayene masaları ile mamografi gibi tanı ve tarama amaçlı cihazların temel alt yapılarında ciddi eksiklikler bulunduğunu ortaya koymaktadır. Tıbbi ekipmanların engelli bireylerin gereksinimlerine uygun tasarlanmamış olması, tanı koyma sürecini zorlaştırmakta ya da gecikmelere neden olmaktadır. Engelli bireylerin deneyimleri incelendiğinde, bazı tıbbi araç ve gereçlerin erişilemez, tehdit edici veya güvensiz olarak algılandığı; bu durumun ise sağlık hizmeti alma motivasyonunu olumsuz etkilediği bildirilmektedir.

Bu engellerin azaltılması ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi için; sağlıkla ilgili bilgilerin büyük punto, Braille alfabesi, sesli ve görsel formatlar gibi farklı erişilebilir biçimlerde sunulması; bireylerle açık, doğrudan, yavaş ve anlaşılır bir iletişim kurulması; yalnızca sözel anlatım yerine uygulamaların görsel ve bedensel hareketlerle gösterilmesi; işaret dili tercümanlığı hizmetlerinin sağlanması; formların doldurulmasında okuma, yazma ve çeviri desteği verilmesi; e-posta veya faks yoluyla randevu oluşturma olanaklarının tanınması; mesaj veya telefon aracılığıyla randevu hatırlatmalarının yapılması; randevular için ek süre ayrılması; engelli bireylere günün ilk ya da son randevularının verilmesi ve randevu planlamalarının bireyin genel sağlık durumu ile engellilik ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmesi önerilmektedir.

3.3. Tutumsal Engeller: Sağlık Personelinin Önyargıları Ve Damgalama

Kültürel yeterlilik, farklı kültürel gruplara mensup bireylere, onların değerleri ve beklentileri doğrultusunda kabul edilebilir nitelikte bakım sunabilmek için gerekli bilgi, anlayış ve becerilere sahip olmayı ifade etmektedir. Her ne kadar kültürel yeterlilik kavramı geleneksel olarak ırksal ve etnik farklılıklar çerçevesinde ele alınsa da, günümüzde ırk ve etnisite dışında çeşitli nedenlerle damgalanma riski taşıyan ve özgün sağlık bakım gereksinimleri bulunan grupları da kapsayacak şekilde genişlemiştir. Sağlık profesyonellerinin engelli kültürene ilişkin bilgi ve farkındalığa sahip olmadan ya da bu alanda yeterli yetkinliği kazanmadan nitelikli bakım sunmaları mümkün değildir.

Bu durum, engelli bireylerin sağlık hizmeti alma sürecinde kendilerini göz ardı edilmiş ya da değersiz hissetmelerine yol açabilmektedir.

4. Yönetimsel Stratejiler ve Çözüm Önerileri

Dijital sağlık hizmetlerinde erişilebilirlik, teknolojik bir iyileştirmenin ötesinde, sağlık kurumlarının stratejik bir yönetim felsefesi olarak ele alınmalıdır. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlamak adına geliştirilecek yönetimsel stratejiler aşağıda detaylandırılmıştır.

4.1. Sağlık Kurumlarında “Evrensel Tasarım” İlkeleri

Dijital sağlık platformlarının yönetimsel düzeyde “Evrensel Tasarım” (Universal Design) ilkelerini benimsemesi gerekmektedir. Persson ve arkadaşlarına (2015) göre, evrensel tasarım sadece bir engel grubuna değil, tüm kullanıcı yelpazesine hitap ederek tasarım maliyetlerini uzun vadede düşürmektedir. Yönetimler, dijital dönüşüm bütçelerini planlarken erişilebilirliği sonradan eklenen bir “yama” olarak değil, projenin temel bir bileşeni olarak konumlandırmalıdır.

- Öneri: Sağlık kurumları, dijital varlıklarının (web sitesi, mobil uygulama, Kiosk) WCAG 2.1 (Web Content Accessibility Guidelines) standartlarına uyumluluğunu periyodik olarak denetleyen bağımsız kurullar oluşturmalıdır (W3C, 2018).

4.2. Katılımcı Yönetim ve Eş-Tasarım (Co-design)

Engelli bireylerin ihtiyaçlarını en iyi anlayanlar yine kendileridir. Yazılım geliştirme süreçlerinde engelli kullanıcıların sürece dahil edilmemesi, “erişilebilirlik boşluğu” olarak adlandırılan duruma yol açmaktadır. Bano ve Zowghi (2015), kullanıcı katılımının sistemin benimsenme oranını ve başarısını doğrudan artırdığını vurgulamaktadır.

Öneri: “Bizim hakkımızda, bizsiz asla” (Nothing about us, without us) prensibi doğrultusunda, dijital sağlık araçlarının kullanıcı arayüzü (UI) ve kullanıcı deneyimi (UX) testlerinde farklı engel gruplarından odak gruplar oluşturulmalıdır.

4.3. Teknolojik Altyapıda Yapay Zeka ve Kişiselleştirme

Yönetimsel stratejiler, gelişmekte olan teknolojilerin erişilebilirlik odaklı kullanımını teşvik etmelidir. Yapay zeka, engelli bireyler için kişiselleştirilmiş sağlık yönetimini mümkün kılmaktadır. Örneğin, görme engelliler için görüntü işleme teknolojileriyle ilaç kutularının tanınması veya işitme engelliler için gerçek zamanlı işaret dili çevirisi sağlayan tele-sağlık platformları kritik önem taşır (Annaswamy vd., 2020).

- Öneri: Kamu ve özel sağlık kuruluşları, erişilebilirliği artıran yerli

yapay zeka girişimlerine (Start-up) Ar-Ge desteği vermeli ve bu çözümleri hastane bilgi yönetim sistemlerine (HBYS) entegre etmelidir.

4.4. İnsan Kaynağı Yönetimi ve Dijital Okuryazarlık Eğitimi

Teknolojik çözümlerin başarısı, bu teknolojileri kullanan sağlık personelinin ve hastaların yetkinliğine bağlıdır. Smith ve Scherer (2018), yardımcı teknolojilerin terk edilme nedenleri arasında en önemli faktörün “yetersiz eğitim ve destek” olduğunu belirtmektedir.

Öneri: Sağlık personeline yönelik “Dijital Erişilebilirlik ve Engelli Hakları” konulu hizmet içi eğitimler zorunlu tutulmalıdır. Ayrıca, engelli bireyler ve bakım verenler için dijital sağlık okuryazarlığını artıracak, erişilebilir formatlarda (sesli betimleme, kolay okunur metin) eğitim materyalleri hazırlanmalıdır.

SONUÇ VE GELECEK VİZYONU

Dijital sağlık, engelli bireyler için yalnızca bir kolaylık değil, temel bir insan hakkı olan “sağlığa erişim”in modern dünyadaki karşılığıdır. Bu çalışma, teknolojinin doğru yönetilmesi durumunda engelli bireylerin sağlık yönetiminde pasif birer hizmet alıcıdan, kendi sağlık süreçlerini yöneten aktif özlere dönüşebileceğini ortaya koymuştur.

Sonuç olarak, dijital sağlıkta erişilebilirlik bir varış noktası değil, sürekli devam eden bir yolculuktur. Mevcut engelleri aşmak için yalnızca teknolojik yatırım yeterli değildir; eş zamanlı olarak kapsayıcı politikalar, toplumsal farkındalık ve engelli bireylerin teknoloji üretim süreçlerine doğrudan katılımı gereklidir. Dijitalleşen sağlık ekosistemi, ancak “hiç kimseyi geride bırakmadığında” (Leaving no one behind) gerçek başarısına ulaşmış sayılacaktır (Birleşmiş Milletler, 2015).

KAYNAKÇA

- Annaswamy, T. M., Verduzco-Gutierrez, M., & Frieden, L. (2020). *Telemedicine and the digital divide: Lessons from the COVID-19 pandemic*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(12), 2237-2239.
 - Bano, M., & Zowghi, D. (2015). *User involvement in software development and system success: A systematic restructuring of reviews*. *Information and Software Technology*, 58, 125-148.
 - Birleşmiş Milletler. (2015). *2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi*.
 - DSÖ (2001). *İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırması*: ICF
 - Persson, H., Åhman, H., Yngling, A. A., & Gulliksen, J. (2015). *Universal design and accessibility: An integrated approach*. *Universal Access in the Information Society*, 14, 505-519.
 - Smith, R. O., & Scherer, M. J. (2018). *Assistive technology and the human interface*. CRC Press.
- W3C. (2018). *Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1*. World Wide Web Consortium. <https://www.w3.org/TR/WCAG21/>



**SAĞLIK YÖNETİMİ
VE SAĞLIK HUKUKU
AÇISINDAN İŞ KAZALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

“ ”

İlkay Sevinç TURAÇ¹

¹ Dr. Öğretim Üyesi ORCID ID: 0000-0003-2884-8049 Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

1. GİRİŞ

İş kazaları, çalışma hayatının en önemli sorun alanlarından birini oluşturmakta ve hem çalışan sağlığını hem de işletmelerin sürdürülebilirliğini doğrudan tehdit etmektedir. İş kazaları, etkili bir sağlık yönetim sisteminin olmaması, iş kazaları ile ilgili düzenlemelerin eksik veya uygulanamaz olması, yeterli güvenlik önlemlerinin olmaması gibi nedenlerle meydana gelmektedir (Demirbilek, 2018). Sağlık yönetimi disiplini, iş kazalarının önlenmesi, kaza sonrası müdahale süreçleri ve rehabilitasyonun organizasyonu açısından kritik bir rol oynarken; sağlık hukuku ise bu süreçlerdeki hak ve sorumlulukları, yükümlülükleri ve yargısal denetimi düzenlemektedir (Özcan & Korkmaz, 2020). Bu bölüm kapsamında, iş kazası kavramı; iş kazalarının nedenleri ve sınıflandırılması; Dünya’da ve Türkiye’de iş kazalarının görülme sıklığı; sağlık çalışanlarında iş kazaları; sağlık yönetimi açısından iş kazalarının değerlendirilmesi; sağlık hukuku açısından iş kazaları; sağlık yönetimi süreçleri ve iş kazalarının önlenmesi; sağlık hukuku düzenlemeleri, sorumluluk ve uyumsuzluk çözümü; güncel sorun ve tartışmalar; değerlendirme, öneriler ve sonuç kısımları yer alacaktır.

2. İŞ KAZASI KAVRAMI VE TANIMI

TDK’ya göre kaza “istem dışı veya ihmal, tedbirsizlik ve dikkatsizlik dolayısıyla bir kimsenin, bir nesnenin veya bir aracın zarara uğramasıdır. TDK’da iş kazası “iş yerinde meydana gelen ve işçiye bedensel veya ruhsal yönden zarar veren olay” olarak tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, TDK, 2025).

İş kazaları, çalışma ortamında faaliyet gösteren bir bireyin istenmeyen ve çoğunlukla beklenmedik bir olayla karşılaşması sonucunda başına gelen yaralanma, kaza, hastalık veya ölüm durumlarını ifade eden bir kavramdır. İş kazaları yapılan işin tehlikeli olması nedeniyle oluşabilmekle birlikte çalışma koşulları, iş yapılırken kullanılan araç gereç veya işin sürecinden kaynaklı da olabilmektedir. Gerekli güvenlik önlemlerinin alınması, iş sağlığı ve güvenliğine özen gösterilmesi ve işyerlerinde güvenlik kurallarına uyulması sonucu iş kazalarında azalmalar olacaktır.

Genel olarak iş kazası literatürde, belirli bir zarar veya yaralanmaya neden olan, öngörülmeyen ve istem dışı bir olay olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, kazanın işle bağlantısını, ani oluşunu ve sonuçlarını vurgulamaktadır. Ancak modern yaklaşımlar, meslek hastalıkları ve psiko-sosyal risklerin yol açtığı uzun vadeli sağlık sorunlarını da iş ile ilişkili sağlık zararları bağlamında değerlendirmektedir (Ertürk & Aydın, 2019).

3. İŞ KAZALARININ NEDENLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

Literatürde, iş kazalarının meydana gelmesinin bir çok faktörle ilişkili olduğu ve fizyolojik, kişisel ve psikososyal özelliklerin de iş kazaları üzerinde etkili olduğu araştırmalar yer almaktadır.

1- Kişisel özellikler: Çalışanın yaşı, medeni durumu, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleki deneyimi gibi birçok demografik faktör iş kazaları ile bağlantılıdır.

2- Fizyolojik özellikler: Yorgunluk, yetersiz ve düzensiz uyku, monotonluk, alışkanlıklar, sağlık durumları, fiziksel yetersizlik vd.. iş kazalarına sebep olan fizyolojik faktörlere örnek olarak gösterilebilir.

3- Psikososyal Özellikler: Motivasyon, kaza eğilimi, duygusallık, stres düzeyi, iş tatmini, takım çalışması vd. gibi sebepler iş kazaları ile bağlantılı bulunmuştur.

Tüm bu faktörler, iş kazalarının kesin belirleyicileri olarak gösterilememekle birlikte, bu faktörlerle kişilerin yaşadığı iş kazaları arasında ilişki olduğu söylenebilir (Ata, 2022; Biçer, 2007). İş kazaları genellikle tek bir nedene bağlı olarak ortaya çıkmamakta; bireysel, çevresel ve örgütsel faktörlerin etkileşimi sonucunda meydana gelmektedir.

4. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE İŞ KAZALARININ GÖRÜLME SIKLIĞI

Küresel ölçekte her yıl yaklaşık 2,7 milyon çalışan iş kazaları ve meslek hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmektedir (ILO, 2023). Bu durum iş kazalarının yalnızca bireysel değil, aynı zamanda ciddi bir halk sağlığı ve kalkınma sorunu olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de 30 Haziran 2012 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile hem çalışanların hem de işverenlerin görevleri, sorumlulukları ve yetkileri belirlenmiştir. Var olan şartların özellikle sağlık ve güvenlik ile ilgili olanların daha iyi hale gelmesi ve çalışma ortamlarında iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için işveren ve çalışanların hak ve yükümlülüklerin düzenlenmesi amaçlanmıştır (İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu).

Türkiye'de iş kazalarına ilişkin veriler ağırlıklı olarak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan istatistiklere dayanmaktadır. SGK verilerine göre son yıllarda bildirilen iş kazası sayılarında artış gözlenmekte, özellikle inşaat ve sanayi sektörleri yüksek riskli alanlar olarak öne çıkmaktadır (SGK, 2023).

5. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ KAZALARI

İş kazaları, sağlık kurumlarında sıkça görülen ve sağlık çalışanlarında ciddi sonuçlara yol açabilen bir sorundur. Sağlık çalışanları tarafından yaşanan iş kazaları maruz kalınan risklerden kaynaklanmaktadır. Özellikle hasta taşınması ve yataklama işlemlerinde çeşitli kazalar yaşanabilmektedir. Sağlık çalışanlarında oluşacak bel ve sırt yaralanmaları buna örnek verilebilir. Hasta taşıma ve transferi en sık karşılaşılan iş kazalarının başında gelmektedir.

Bir diğer sık rastlanan iş kazası ise kesici-delici aletlerle yaralanmalar ve iğne batmasıdır. Sağlık çalışanları özellikle cerrahi işlemler sırasında veya kan örneği alınması esnasında iş kazasına uğramakta ve enfeksiyon riskine maruz kalabilmektedir.

Birçok işyerinde olduğu gibi hastane ortamlarında da kaygan zeminler iş kazalarına sebep olabilmektedir. Düşme ve kayma sonucu meydana gelen çeşitli yaralanmalar gibi.. Özellikle bu tür kazalar hızlı hareket ve hızlı iş yapmaktan kaynaklı olarak acil servis ve müdahale gerektiren ortamlar da daha sık görülmektedir. Acil servisler, yoğun bakım üniteleri gibi...

Sağlık çalışanlarında iş kazalarının önlenmesi için koruyucu ekipmanların kullanılması, çeşitli eğitimlerin verilmesi, güvenli çalışma prosedürlerinin oluşturulması için sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanları bir araya gelerek önlemler almalı ve farkındalık programları oluşturmalarıdır. Sağlık kurumlarında meydana gelen iş kazalarının incelenmesi ve raporlanması dikkat edilmesi gereken önemli bir konudur. Bu incelemeler ve raporlar olası benzer kazaların meydana gelmesini engelleyecek önlemler alınmasında faydalı olabilir. Böylece sağlık çalışanlarında yaşanan iş kazaları azaltılabilir ve sağlık çalışanlarının güvenliği artırılabilir.

İş kazaları açısından değerlendirildiğinde, doğasında risk ve tehlikeleri barındıran sağlık sektörünün ciddi bir alan kapladığı söylenebilir. Kan-vücut sıvılarıyla kontaminasyon, ağır kaldırmaya bağlı sırt yaralanmaları, nesne ve hasta kaldırma, kesici-delici alet yaralanmaları, kayma, düşme, alerjik reaksiyonlar, çarpma, takılma, yanık gibi kaza ve yaralanmalar sağlık sektöründe en çok karşılaşılan iş kazalarıdır (Ata, 2022).

1.1. Kesici- Delici Alet Yaralanmaları: Sağlık çalışanlarının en çok karşılaştıkları iş kazaları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunumu sırasında kullanılan enjektörler, kırılmış pipetler, bistüri uçları, ampul cam parçaları, intravenöz giriş araçları veya sütür iğneleri kullanılırken meydana gelen iş kazaları ve yaralanmalar kesici-delici alet yaralanmalarına örnek olarak verilebilir. Kesici-delici alet yaralanmaları, sağlık çalışanlarının günlük işlerini yaparken, örneğin, dikiş atma, enjeksiyon işlemi, cerrahi işlemler, iğne uygulamaları gibi işlemler esnasında sıklıkla karşılaştıkları iş kazalarıdır (Gürbıyık, 2005).

1.2. Kan-Vücut Sıvı Bulaşı: Sağlık çalışanları için enfeksiyon tehditi oluşturan bir unsurdur. Herhangi bir vücut sıvısının bir kişinin ağızına, cildinin bütünlüğü bozulmuş bölgelerine sıçraması sonucu meydana gelmektedir (Güleç vd, 2001).

1.3. Kas-İskelet Sistemi Yaralanmaları: Sağlık çalışanları kas-iskelet sistemi yaralanmalarında ciddi risk altında olan bir mesleki gruptur. Özellikle doktorlar, klinik destek çalışanları, fizyoterapistler, hemşireler, laboratu-

ar elemanları risk altındadır. Hasta ile yakın temas bu yaralanmaların temel nedenidir. Sağlık çalışanları günlük işlerinin sonucu bu yaralanmalara maruz kalabilmektedir. Kas iskelet yaralanmalarına sürekli ayakta kalınması, düşme, zorlayıcı hareket yapma, ekipmanların uygun kullanmama, çalışanın taşıyacağı gücün ötesinde ağırlık kaldırma, uygun ergonomik hareketler yapmama, çalışma ortamında kayma, çarpma gibi eylemlerin neden olduğu söylenebilir (Ata, 2022; Tunç, 2008).

1.4. Kimyasal Madde ve İlaçla Maruziyet: Çalışmalar sağlık kurumlarında insan sağlığını etkileyen kimyasal maddelerin bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bu kimyasal maddeler zararlı toz, sıvı, gaz ve buhar şeklinde bulunabilmektedir. Kimyasal sterilizasyon ajanları, deterjanlar, anestezi gazlar, dezenfektanlar, sterilizatörler sağlık kurumlarında en çok karşılaşılan kimyasal tehlikeler arasında yer almaktadır. Kimyasal maddeler insan sağlığını negatif olarak etkilemektedir. Eğer gerekli önlemler alınmazsa özellikle laboratuvar ve ameliyathane gibi yerlerde daha çok risk ile karşılaşılabilceği belirtilmektedir (Ata, 2022).

1.5. Şiddete Maruz Kalma: Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddetin arttığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarına karşı şiddet, başta hasta ve hasta yakınları olmak üzere diğer şahıslar tarafından sözlü ve fiziksel olarak yapılmaktadır.

6. SAĞLIK YÖNETİMİ AÇISINDAN İŞ KAZALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık yönetimi perspektifinden iş kazaları; önleme, erken müdahale, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve maliyet yönetimi boyutlarıyla ele alınmaktadır. Sağlık yönetimi, sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve kaliteli sunumu için planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon ve denetim işlevlerini kapsar (Kavuncubaşı & Şahin, 2016). İş kazaları bağlamında sağlık yönetiminin rolü şu başlıklarda özetlenebilir:

6.1. Önleme, Risk Yönetimi ve Risk Değerlendirmesi: İşyerindeki fiziksel, kimyasal, biyolojik ve ergonomik risklerin sistematik olarak tanımlanması ve önceliklendirilmesi (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Etkili bir iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi, risklerin önceden belirlenmesini ve kontrol altına alınmasını amaçlamaktadır.

İş sağlığı ve güvenliği kapsamında ele alınan konulardan biri olan risk değerlendirmesi, iş yerlerinde dışarıdan gelebilecek veya var olan tehlikelerin tespit edilmesini, çalışanlara sağlığına ve güvenliğine yönelik bu tehlikelerin ve olası risklerin analizini ve tüm bu tehlikelerin ve risklerin kontrol altına alınabilmesi için yapılan planlama süreçlerini kapsamaktadır (Öztürk, 2025; Çelik 2020). 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda Türkiye'de işverenlere yüklenmiş yasal bir sorumluluk olarak ele alınan risk değerlendirmesi

ile işverenler yasaya göre işyerlerinde risk değerlendirmesi yapmakla yükümlüdür. Yapılan bu risk değerlendirmesi ile çalışan güvenliğinin sağlanması ve sürdürülebilmesi, iş kazalarının önlenmesi ve üretim sürekliliğinin sağlanması hedeflenmektedir (Öztürk, 2025).

Çalışma ortamlarında yapılan risk değerlendirmeleri belirli amaçları kapsamaktadır. Bu amaçlar;

- İş kazalarının önlenmesi,
- Çalışma ortamının güvenli hale getirilmesi,
- Meslek hastalıklarının önlenmesi,
- İş sürekliliğinin sağlanması,
- Çalışma ortamının güvenli hale getirilmesi,
- Çalışanların sağlığının korunması ve
- Yasal yükümlülüklerin yerine getirilmesidir (Demir, 2019).

Risk değerlendirmesi yapan işverenler ekonomik olarak kazanç sağlayabilmektedirler. Risk değerlendirmesi ile birlikte iş kazalarında azalmalar meydana gelecek veya hiç iş kazası olmayacak, dolayısıyla iş gücü kayıpları, üretim kayıpları ve tazminat gibi nedenlerle oluşabilecek ciddi maliyetler ile işverenler karşılaşmayacaklardır. Çalışanlar da güvenli bir çalışma ortamında sağlıklı bir şekilde iş kazası olmadan çalışabileceklerdir (Öztürk, 2025).

6.2. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: İş kazaları sonucu ortaya çıkan acil ve rehabilitatif sağlık hizmetleri, sağlık kuruluşları üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Kaza anında yapılacak ilk yardım, acil sağlık hizmetlerine ulaşım ve sonrasındaki tedavi süreçlerinin önceden organize edilmesi sağlık hizmetlerinin yönetimi kapsamında değerlendirilmektedir (Kılıç & Öztürk, 2021).

6.3. Ekonomik ve Kurumsal Etkiler: İş kazaları, doğrudan tedavi maliyetlerinin yanı sıra iş gücü kaybı, üretim düşüşü ve sigorta giderleri gibi dolaylı maliyetlere de neden olmaktadır.

6.4.Sağlık Gözetimi: Çalışanların periyodik sağlık muayeneleri, maruziyet kayıtlarının tutulması ve erken tanı olanaklarının sağlanması işlemlerini içermektedir.

6.5.İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Kültürünün Geliştirilmesi: Yönetim taahhüdü, çalışan katılımı, sürekli eğitim ve açık iletişim kanalları ile güvenli davranışların kurumsallaştırılması iş kazalarının önlenmesi için önemlidir (Gürültü & Yıldız, 2017).

7. SAĞLIK HUKUKU AÇISINDAN İŞ KAZALARI

Sağlık hukuku, iş kazalarının önlenmesi ve meydana gelmesi durumunda ortaya çıkan hukuki sorumlulukların belirlenmesi açısından kritik bir rol oynamaktadır. Sağlık hukuku, bireylerin sağlık hakkına ilişkin normları, sağlık hizmeti sunumu sırasında doğan hukuki ilişkileri ve devletin düzenleyici rolünü inceleyen bir disiplindir (Hancı & Coşkun, 2018). İş kazaları, sağlık hukukunu çeşitli açılardan ilgilendirmektedir.

7.1. İşverenin Hukuki Sorumluluğu: İşverenler, çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlüdür.

7.2. Çalışanın Sağlık Hakları: Anayasal ve uluslararası sözleşmelerle (örneğin, Avrupa Sosyal Şartı) güvence altına alınan, güvenli ve sağlıklı çalışma ortamında bulunma hakkını ifade etmektedir (Arıboğan & Aydın, 2022). İş kazası geçiren çalışanın çeşitli hakları vardır ve bu hakların korunması sağlık hukuku kapsamında ele alınmaktadır. Tedavi hakkı, tazminat hakkı, geçici veya sürekli iş göremezlik ödeneği iş kazası geçiren çalışanın haklarına örnek olarak verilebilir.

7.3. Tazminat ve Yargı Süreçleri: İş kazalarına ilişkin davalarda kusur oranları, bilirkişi raporları ve sağlık kurulu değerlendirmeleri belirleyici olmaktadır.

7.4. Kusur Kavramı ve İspat Yükü: İş kazası davalarında, kusurun ispatı ve bunun paylaşımı tartışmalı konulardandır. İş kazası geçiren çalışanın kusurunun olması tazminatın azaltılmasına veya hiç tazminat alamamasına neden olabilmektedir. İşletmenin veya işverenin var olan kusurunun hafifletilmesi sonucunda da çalışanın alacağı tazminatın azaltılması durumu ortaya çıkmaktadır (Yılmaz, 2019).

7.5. Sosyal Güvenlik Hukuku: İş kazası sonucu oluşan haklar (geçici veya sürekli iş göremezlik ödemeleri, ölüm aylığı vb.) Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile düzenlenmiştir.

8. SAĞLIK YÖNETİMİ SÜREÇLERİ VE İŞ KAZALARININ ÖNLENMESİ

8.1. Proaktif Yaklaşım: Risk Yönetimi ve Önleme Stratejileri

Etkin bir sağlık yönetimi, iş kazalarını reaktif değil, proaktif bir yaklaşımla ele almaktadır. İş sağlığı ve güvenliği kültürünün önemli bir parçası olan risk yönetimi ve risk değerlendirmeleri sonucunda işyerleri çalışanlar için daha güvenli bir hale gelmekte ve sağlıklı bir çalışma ortamı oluşmaktadır. Olası risklerin belirlenmesi ile işyerinde oluşabilecek tehlikeler önlebilmekte ramak kala riskler kontrol altına alınabilmektedir. Yasal bir zorunluluk olan risk değerlendirmesi işyerlerinin sürdürülebilirliği açısından da önemlidir (Öztürk, 2025).

8.2. Acil Durum ve Kriz Yönetimi

Kaza anında etkin müdahale, hayat kurtarıcı ve zararı azaltıcıdır. Sağlık yönetimi, işyerlerinde acil durum planlarının hazırlanması, ilk yardım ekiplerinin oluşturulması, acil servislerle koordinasyon ve tatbikatların düzenli yapılmasını sağlamalıdır (Karahasan & Bilir, 2021). Sağlık kurumlarının da iş kazalarına yönelik acil kabul protokollerini ve multidisipliner yaklaşımı (acil tıp, ortopedi, plastik cerrahi vb.) geliştirmesi gerekmektedir.

8.3. Kayıt, Bildirim ve Veri Yönetimi

İş kazalarının sistematik olarak kayıt altına alınması, bildirim ve analizi, gelecekteki kazaların önlenmesi için hayati öneme sahiptir. Sağlık yönetimi, bu verileri düzenli olarak izlemeli, trend analizleri yapmalı ve önleyici politikaları bu verilere dayandırmalıdır (TÜİK & SGK, 2022). Eksik veya yanlış bildirim, hem yönetsel hem de hukuki sorunlara yol açabilmektedir.

9. SAĞLIK HUKUKU DÜZENLEMELERİ, SORUMLULUK VE UYUŞMAZLIK ÇÖZÜMÜ

9.1. Ulusal ve Uluslararası Hukuki Düzenlemeler

Türkiye’de iş kazaları, başta Anayasa’nın 56. ve 49. maddeleri, 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Borçlar Kanunu’nun 417. vd. maddeleri ile düzenlenmektedir. Uluslararası düzeyde ise ILO sözleşmeleri (örneğin, İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 No’lu Sözleşme) ve Avrupa Birliği direktifleri (Çerçeve Direktif 89/391/EEC) önemli referanslardır (Taşkıran, 2017).

9.2. Hukuki Sorumluluk Türleri

• **İşverenin Cezaî Sorumluluğu:** İş kazasına neden olan ihmaller, Türk Ceza Kanunu kapsamında (TCK md. 85 vd. “Taksirle Öldürme/Yaralama”) veya 6331 Sayılı Kanun’daki idari para cezaları ve cezai hükümlerle sonuçlanabilir.

• **İşverenin Hukuk (Tazminat) Sorumluluğu:** Kusurlu olduğu ispat edilen işveren, çalışana maddi (tedavi giderleri, kayıp kazanç) ve manevi tazminat ödemekle yükümlüdür. İşverenin sorumluluğu, “kusur sorumluluğu” yanında “objektif sorumluluk” (tehlike sorumluluğu) ilkeleri çerçevesinde de genişletilip yorumlanmaktadır.

• **SGK’nın Rücu Hakkı:** Sosyal Güvenlik Kurumu, iş kazası nedeniyle yaptığı ödemeleri, kusuru oranında işverenden talep edebilir (5510 SK md. 21). Bu, işveren için önemli bir mali risk oluşturmaktadır.

9.3. Uyuşmazlıklar ve Yargı Süreçleri

İş kazalarından doğan uyuşmazlıklar genellikle iş mahkemelerinde görülmektedir. Süreçte, kaza tutanağı, sağlık kurulu raporları, bilirkişi incele-

meleri ve SGK kayıtları delil olarak kullanılmaktadır. Yargılama sürecinin uzunluğu, mağdurların adalete erişimini güçleştiren bir faktördür (Eren & Çelik, 2020). Alternatif uyuşmazlık çözüm yöntemlerinin (tahkim, arabuluculuk) bu alanda yaygınlaştırılması önemlidir.

10. SAĞLIK YÖNETİMİ VE SAĞLIK HUKUKU KESİŞİMİNDE GÜNCEL SORUNLAR VE TARTIŞMALAR

10.1. Sağlık Çalışanlarının İş Kazaları: İkili Bir Rol

Sağlık sektörü çalışanları (hekimler, hemşireler, sağlık teknisyenleri), hem diğer sektörlerdeki gibi iş kazası riski altındadır (kesici-delici alet yaralanmaları, enfeksiyon bulaşması, şiddet) hem de iş kazası geçiren kişilere müdahale eden taraftır. Bu ikili rol, sağlık yönetimi açısından özel koruma programlarını, hukuk açısından ise sorumluluk ve tazmin rejimlerinin incelemelerini gündeme getirmektedir (Akalın & Özer, 2021).

10.2. Teknolojik Dönüşüm (Dijitalleşme, Robotik) ve Yeni Riskler

Endüstri 4.0 ile birlikte artan otomasyon, yapay zeka uygulamaları ve uzaktan çalışma, yeni iş kazası türleri ve meslek hastalıkları riski doğurmaktadır (siber güvenlik, ergonomik riskler, izolasyon gibi). Mevcut sağlık yönetimi ve hukuk düzenlemelerinin bu yeni risklere uyum sağlaması gerekmektedir (Tekin & Aslan, 2023).

11. DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER

İş kazalarının önlenmesi ve etkin yönetimi, sağlık yönetimi ile sağlık hukukunun sinerjik bir şekilde çalışmasını gerektirmektedir. Aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

11.1.Politika Düzeyinde: İSG politikaları, ulusal düzeyde sağlık ve kalkınma politikaları ile entegre edilmeli; sosyal diyalog mekanizmaları güçlendirilmelidir.

11.2.Kurumsal/Yönetisel Düzeyde: İşyerlerinde, üst yönetim taahhüdüyle desteklenen, veriye dayalı ve sürekli iyileştirme odaklı İSG yönetim sistemleri yaygınlaştırılabilir.

11.3.Hukuki Düzeyde: İş kazası ve meslek hastalığı tanımları, psiko-sosyal riskleri ve uzun vadeli sağlık etkilerini daha açık şekilde kapsayacak şekilde gözden geçirilmelidir. İş kazaları ile ilgili bilirkişilik sistemi daha iyi hale getirilmeli, hukuki süreçler hızlandırılmalı ve alternatif çözüm yolları sunulmalıdır. Hukuki düzeyde caydırıcılığı yüksek yaptırımlar uygulanmalı ve denetim mekanizmaları daha etkin olmalıdır.

11.4.Eğitim ve Farkındalık: İSG eğitimleri, yasal formaliteden çıkarılıp davranış değişikliği odaklı, sürekli ve etkileşimli hale getirilmelidir. Çalışma ortamında iş sağlığı ve güvenliğinin bir kültür haline gelmesi için işbirlikleri

yapılmalıdır. İSG konusunda toplum bilinçlendirilmelidir.

12. SONUÇ

İş kazaları, sağlık yönetimi ve sağlık hukuku açısından bütüncül ve önleyici politikalar gerektiren çok boyutlu bir sorundur. Etkili denetim mekanizmaları, güçlü bir güvenlik kültürü ve güncel mevzuat uygulamaları, iş kazalarının azaltılmasında kilit rol oynamaktadır.

İşyerlerinde belirli bir zaman aralığında, genellikle yıllık tutulacak istatistikler iş yerinde oluşan iş kazası sayı ve oranlarını gösterecektir. Bu istatistiksel verilerin değerlendirilmesi iş sağlığı ve güvenliği kapsamında iş yerinde meydana gelen kaza sıklıklarını göstermesi açısından önemlidir. Bu tutulan veriler ile iş yerlerinde meydana gelen iş kazalarının hangi şiddette ve ne boyutta oldukları ortaya konulmaktadır. İş kazaları; hafif sıyrıklar, hafif veya ciddi yaralanmalar, en nihayetinde ölüm ile sonuçlanabilmektedir. İş kazaları istatistiklerinin tutulması sonucunda, kazaların neden kaynaklı oluştuğu bilinmekte, iş yerindeki potansiyel tehdit ve tehlikeler ortaya çıkmakta ve güvenlik ile ilgili eksiklikler tespit edilebilmektedir. İstatistikler sayesinde alınan önlemlerin ne kadar etkili olduğu değerlendirilebilir. Örneğin, alınan bir güvenlik önlemi sonucunda, o işyerinde önceden oluşan iş kazalarında belirli oranda düşüş olması alınan güvenlik tedbirlerinin etkili olduğunu gösterebilir. Çalışan profilleri de iş kazalarını değerlendirirken ele alınan bir değişkendir. Belirli yaş grupları, cinsiyet, mesleki deneyim gibi etkenler hangi çalışanların daha fazla iş kazası ile karşı karşıya kaldığını belirlemek için kullanılabilir. Böylece daha fazla risk içeren çalışma grupları için güvenlik önlemleri arttırılabilir. İş kazalarının azaltılması ve önlenilmesinde istatistiksel analizlerden faydalanılabilir. Özellikle iş sağlığı ve güvenliği kapsamında, var olan politikalar daha iyi hale getirilebilir veya yeni politikalar oluşturulabilir (Çetin vd., 2024).

İş kazaları, çok boyutlu bir sorun olarak, yalnızca teknik önlemlerle çözülemeyecek kadar karmaşıktır. Bu olgu, etkin bir sağlık yönetimi anlayışı ile güçlü, adil ve uygulanabilir bir sağlık hukuku düzenlemesinin kesişiminde anlam kazanmaktadır. İdeal olan, sağlık yönetiminin proaktif önlemleri ile hukukun düzenleyici ve koruyucu çerçevesinin, çalışanın “yaşam hakkı” ve “sağlıklı ve güvenli çalışma hakkı”nı merkeze alan bir yaklaşımla bütünleşmesidir. Gelecekte, dijitalleşme ve esnek çalışma modelleri gibi yeni dinamikler karşısında her iki disiplinin de kendini yenilemesi, işbirliğini güçlendirmesi ve insan odaklı politikalar geliştirmesi hayati önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Akalın, G. & Özer, Ö. (2021). *Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları*. Ankara: İKSAD Yayınevi.
- Arıboğan, B. & Aydın, C. (2022). Çalışma Hukukunda Sağlık Hakkı ve Güvenli Çalışma Ortamı. *Ankara Barosu Dergisi*, 80(2), 199-230.
- Ata, N. (2022). Sağlık Çalışanlarının Karşılaşabilecekleri İş Kazalarına Yönelik Bilgi Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Kafkas Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Kars.
- Biçer, E., (2007). İş Kazalarının Nedenleri Maliyeti ve Önlenmesi Üzerine Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çelik, S. (2020). Risk Değerlendirmesi ve Yönetim Teknikleri. İstanbul: Beta Yayınları.
- Çetin, M. B., Özdemir, Y., Yıldırım, M., & Aytekin, M. A. (2024). Meslek Hastalıkları ve İş Kazaları ile İlgili İstatistiksel Çalışmalar: Literatür Taraması. *Journal of Statistics and Applied Sciences*, (9), 106-121.
- Demir, H. (2019). İşyerlerinde risk değerlendirmesi uygulamaları. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, 3(2), 45-62.
- Demirbilek, T. (2018). *Sağlık Yönetimi: Temel Kavramlar ve Süreçler*. Bursa: Dora Yayınları.
- Eren, F. & Çelik, N. (2020). İş Kazasından Doğan Maddi ve Manevi Tazminat Davalarında Süreç ve Sorunlar. *Çalışma ve Toplum*, 65(2), 185-220.
- Ertürk, Ş. & Aydın, L. (2019). *Modern İş Sağlığı ve Güvenliği: Kavramlar ve Uygulamalar*. İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Güleç M., Topbaş M., Kır T., Hasde M. Gata Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Mesleksi Risk Faktörleri İle Karşılaşma Durumlarının Araştırılması. *İnfeksiyon Dergisi* 15(1), 97-103. 2001
- Gürbıyık, A., (2005). Gata Sağlık Çalışanlarında Kesici Delici Aletlerle Yaralanma Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimler Enstitüsü Ankara.
- Gürültü, E. & Yıldız, M. L. (2017). Örgütlerde İş Sağlığı ve Güvenliği Kültürünün Oluşturulması. *İş ve İnsan Dergisi*, 4(1), 89-104.
- Hancı, İ. H. & Coşkun, F. (2018). *Tıp ve Sağlık Hukuku*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?Mevzuat-No=6331&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> 12.12.2025 tarihinde erişim sağlandı.
- Karahasan, B. & Bilir, N. (2021). İşyerlerinde Acil Durum Planlaması ve Sağlık Yönetimi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1), 151-170.
- Kavuncubaşı, Ş. & Şahin, B. (2016). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara:

Siyasal Kitabevi.

- Kılıç, B. & Öztürk, Y. (2021). İş Kazaları Sonrası Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Süreç Yönetimi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 129-145.
- Köksal, D. & Uğurlu, Ö. (2022). Psikososyal Riskler ve Hukuki Sonuçları: İş Kazası-Meslek Hastalığı Ayrımında Yeni Yaklaşımlar. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, 80(1), 209-245.
- Özcan, K. & Korkmaz, A. (2020). Sağlık Hukuku ve Yönetimi Perspektifinden İş Kazalarının Maliyet Analizi. *Maliye ve Finans Yazıları*, (114), 111-135.
- Öztürk, M. (2025) *İş Yeri Ortamında Risk Değerlendirmesi, Risk Yönetimi, Risk İletişimi Ve İş Sağlığı Ve Güvenliği Hemşiresinin Görevleri Sf. 41-54* Sağlık Bilimlerinde Seçme Konular VI Ed. Prof. Dr. Nilgün Ulutaşdemir, Prof. Dr. Hakan Timur. İKSAD, Ankara
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2023). *İş kazaları ve meslek hastalıkları istatistikleri*. SGK Yayınları.
- Taşkıran, H. (2017). *Karşılaştırmalı İş Hukukunda İşverenin Gözetim Borcu*. İzmir: İzmir Barosu Yayınları.
- T.C. Resmî Gazete. (2012). 6331 sayılı *İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *İşyeri Hekimliği Uygulama Rehberi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Tekin, M. & Aslan, Ş. (2023). Endüstri 4.0 ve Dijital Çağda İş Sağlığı ve Güvenliğinin Geleceği. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 14(1), 89-110.
- Tunç P. (2008). Sağlık Çalışanlarında Kas İskelet Sistemi Bozuklukları İle İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Başkent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Türk Dil Kurumu

<https://sozluk.gov.tr/> 12.12.2025 tarihinde erişim sağlandı.

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) & Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). (2022). *İş Kazası ve Meslek Hastalığı İstatistikleri*. Ankara: TÜİK Yayını.
- Yılmaz, E. (2019). *İş Kazalarında İşverenin Kusur Sorumluluğu ve İspat*. Ankara: Adalet Yayınevi.



SAĞLIK YÖNETİMİ BAĞLAMINDA ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

“=====”

Abdulsamet Duran¹

¹ Öğr. Gör. Dr., Yozgat Bozok Üniversitesi, Akdağmadeni Meslek Yüksekokulu, Finans-Bankacılık ve Sigortacılık Bölümü, abdussamedduran@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8032-4977>

1. GİRİŞ

Çalışanlar kuşkusuz işyerinin en asli unsurlarından biridir. Öyle ki örgütlerin dört temel üretim faktörü arasında emek (işgücü) de yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), çalışan sağlığını iş sağlığı alanında fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hâlinin korunması ve geliştirilmesi açısından küresel bir halk sağlığı önceliği olarak tanımlamaktadır (WHO, 2025). Yakın geçmişteki Covid-19 salgını, işgücünün örgütler için ne denli kritik bir unsur olduğunu gösteren önemli bir kırılım olmuştur. Post-pandemi döneminde de gerek iş yapış biçimleri gerek çalışanlara yönelik insan kaynakları (İK) politikalarında örgütsel sağlık açısından dikkate değer bir paradigma değişimi yaşandığı da bilinmektedir (Manroop vd., 2025).

Bilindiği üzere Covid-19 salgını sürecinde hükümetler, gerek kamu hizmetlerinin yürütüldüğü kendi kurumlarındaki; gerekse özel kesimde faaliyet gösteren işletmeler için işyerinden yürütülmesi gereken faaliyetleri sınırlandırdı ya da durdurdu. Ayrıca işyerinden yürütülmesi zaruri olmayan evden ya da farklı bir mekândan yürütülebilecek işler için uzaktan çalışma yöntemleri uygulamaya konarak hizmetlerin ya da üretimin devamlılığı sağlanmaya çalışıldı. Genel olarak salgın sürecinde, kamu eliyle yürütülen sağlık hizmetleri ile özel kesim sağlık sektörü başta olmak üzere ekonomik ve sosyal hayat, işgücü piyasası ve iş yapış biçimlerinde önemli değişimler yaşanmıştır (Gallagher, 2020). Tüm bu gelişmeler sağlık yönetimi açısından yeni paradigmalar oluşmasını sağladığı gibi işverenler açısından çalışan sağlığı ve güvenliği bağlamında farklı perspektiflerin gelişmesine sebep olmuştur.

Hem sağlık yönetimi hem de çalışan sağlığı ve güvenliği ile ilgili uygulamaların mevcut dönemdeki değişim kaynağı Covid-19 ile sınırlı kalmamıştır. Entelektüel sermayenin, ulusların ve işletmelerin rekabet gücü açısından gün geçtikçe artan değeri gerek devletlerin sağlık yönetimi politikalarını gerekse işverenlerin çalışan sağlığı bağlamındaki İK ve genel işletme politikalarını önemli ölçüde değiştirmiştir. Nitekim, mevcut ekonomik koşulların bilgi üretmenin ve bilgiyi elinde bulundurmanın ne denli stratejik olduğunu gösterdiği bilinmektedir ki; rekabetin yoğun olduğu sektörlerde nitelikli personelin önemi vurgulanmaktadır (Powell ve Snellman, 2004). Tüm bunların yanı sıra kuruluşlar kendi stratejik hedeflerinden ve rekabet gücü elde etme niyetinden bağımsız olarak birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki düzenlemeler gereği zorunlu olarak asgari düzeyde çalışanlarının sağlığı konusunda tedbirler almakla yükümlü kılınmaktadır. Ülkelerdeki düzenlemelere göre yükümlü bulundukları düzeyler ise değişebilmektedir.

Türkiye’de 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (İSGK) ve 4857 sayılı İş Kanunu ile çalışanların işyerlerindeki sağlığı ve güvenliğine dair düzenlemeler yapılmışken; en güncel hali ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile çalışanın kendisi ve bakmakla yükümlü

olduğu yakınlarının genel sağlık hizmetlerinden yararlanmasına yönelik çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Özellikle 6331 sayılı Kanunun 4. maddesi ile işverenlere mahiyetindeki çalışanlarının sağlığını ve güvenliğini sağlamak üzere sorumluluklar yüklenmiş ve 8. maddesiyle de işyerinin niteliğine göre işyeri hekimi ve iş sağlığı uzmanı bulundurma suretiyle çalışan sağlığı ve güvenliği daha geniş kapsamda güvence altına alınmıştır (Resmî Gazete, 2012).

Ülkelerin bu konudaki mevzuat çalışmaları sağlık yönetimi bağlamında önemli bir çerçeve çizmekte ve sağlık hizmetlerinin çalışma hayatı içindeki ve dışındaki uygulanış biçimlerine dair politikaları oluşturmaktadır. Türkiye'deki mevzuat düzenlemeleri de ulusal sağlık yönetimi açısından gerek kamu gerek özel kesim çalışanlarının haklarını korurken, işverenlerin bu konuda asgari önlemleri almasını sağlamaktadır. Halk sağlığı adına ve sosyal devlet ilkesinin bir gereği olarak geniş çerçevede yapılan düzenlemelerin, çalışan sağlığı konusunu da kapsaması, bütüncül bir sağlık stratejik üretim faktörlerinden olan işgücünün işverenlere sağladığı faydalar da asgari düzeyde güvence altına alınmaktadır. Ancak yine de unutulmamalıdır ki; çalışan güvenliği, iş yükü yönetimi ve kurumsal risk azaltma süreçlerinin etkinliği, büyük ölçüde örgütsel politikaların hukuki düzenlemelerle uyumlu biçimde yapılandırılmasına bağlıdır.

Literatürde yer alan araştırmalar, çalışan sağlığı ve güvenliğine ilişkin düzenlemelerin kurumsal performans, kalite ve örgütsel bağlılık üzerinde doğrudan olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Gershon vd., 2007). Çalışan sağlığı ve güvenliği odaklı politikalarının, özellikle sağlık çalışanlarında psikososyal risklere maruz kalma riskini azalttığı ve kurumsal sağlık yönetimi noktasında sistematik bir karar verme süreci oluşturduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Nahrgang vd., 2011). Ayrıca sosyal güvenlik ve çalışma koşullarına ilişkin düzenlemelerin kapsamlı şekilde uygulanmasının, insan kaynağı yönetiminde sürdürülebilirlik ve çalışan motivasyonunun korunması açısından kritik olduğu belirtilmektedir (Al-Hamdan vd., 2017). Bu çerçevede söz konusu kanunların varlığı, sağlık yönetiminde yalnızca yasal uyumu sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda güvenli, verimli ve etik bir çalışma ortamının kurumsal standart haline gelmesine de katkıda bulunmaktadır.

Bu doğrultuda sağlık yönetimi, örgütsel davranış ve insan kaynakları yönetimi bağlamında çalışan sağlığı ve güvenliği incelenerek Covid-19 etkisi, absenteizm, sürdürülebilir istihdam ve nitelikli işgücünü elde tutma noktasında örgütlerin rekabet avantajı konularına değinilecektir. Nitekim gerek makro ölçekte hükümetler için gerekse mikro boyutta işletmeler için çalışan sağlığı, işgücünün kesintiye uğramaması, örgütsel performans ve sürdürülebilir istihdam açısından kritik önemi haizdir. Benzer şekilde üretimin ve kalkınmanın sürdürülebilirliği açısından da insan kaynaklarının rolü ülkeler açısından oldukça stratejik bir yerdedir (Liu, 2024; Papalexandris, 2022).

2. SAĞLIK YÖNETİMİ

Literatürde sağlık yönetimi, doğrudan ve dolaylı sağlık hizmetlerinin yönetimi bağlamında iki farklı açıdan ele alınmalıdır (Bushbinder ve Thompson, 2010). Bunun nedeni ise temelde doğrudan ve dolaylı hizmetlerin sunumu açısından oluşan farklılıkların yönetsel süreçlere farklı yansımalarıdır. Bu yüzden kavrama ilişkin tanımın iki farklı temelde yapılması daha faydalı olacaktır.

Doğrudan sağlık hizmet ortamları için, sağlık kuruluşuna başvuran hasta veya danışana doğrudan bakım, tedavi hizmetlerinin sağlandığı yerlerdir denebilir (Thompson vd., 2017). Doğrudan sağlık hizmetleri sağlanan organizasyonlarda, hastaya yüz yüze sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu bağlamda hasta özelinde tanı, teşhis ve tedavi süreçleri hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist gibi sağlık personelleri tarafından yürütülmektedir.

Öte yandan dolaylı sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü ve hastayla yüz yüze olmayan süreçleri kapsayan direkt sağlık hizmetlerine destek mahiyetindeki süreçler de mevcuttur (Thompson vd., 2017). Bu ortamlarda genelde direkt sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli yürütülebilmesi için yardımcı ve destekçi işlemler yürütülmektedir. Dolayısıyla hastalara doğrudan bakımın uygulanmamasına karşın doğrudan bakım süreçlerine destek sağlayan, bakım hizmetlerine aracılık eden daha çok teknik ve idari süreçlerden oluşan ortamlar, dolaylı sağlık hizmetlerinin sağlandığı süreçler olarak tanımlanır.

Genel olarak sağlık yönetimine dair tanımlar incelendiğinde en genel kabul görmüş tanımlardan biri, Avrupa Sağlık Yönetimi Derneği (European Health Management Association [EHMA]) tarafından yapılan tanımdır. Buna göre sağlık yönetimi, birey, örgüt ve sistem düzeyinde sağlık amaçlarını desteklemek, ileriye taşımak ve hedeflere ulaşmak amacıyla rehberlik ve liderlik faaliyetleri bütünüdür (Valiotis vd., 2025). Yerli kaynaklar içinde yaygın olarak referans gösterilen bir başka tanımda ise sağlık yönetimi, sağlık için ayrılan sınırlı kaynakların, etkili ve verimli bir biçimde kullanılmasını sağlamak, hastaların tanı, teşhis ve tedavi süreçlerini yürütmek ve hekimlerin iş süreçlerini desteklemek amacıyla uygulanan yönetim biçimi olarak tanımlanmıştır (Söylemez ve Kaya, 2019). Bu tanımlardan yola çıkarak aslında sağlık yönetimi, yönetim bilimleri açısından örgütlerde fiziki ve beşerî kaynakların örgüt amaçlarını gerçekleştirmek üzere planlanması, organize edilmesi, yönlendirilmesi, koordine edilmesi ve denetlenmesi faaliyetlerinin sağlık hizmetlerinin yürütülmesi bağlamında uygulanması olarak tanımlanabilir (Mammadrzayev ve Akgün, 2025).

İktisat bilimi açısından serbest piyasa ekonomisi teorisyenleri tarafından kamunun toplum sağlığının korunması bağlamında sağlık hizmetlerinden elini çekmemesi, bazen özel sektöre bırakılsa da kontrolcü ve düzenleyici rolü üstlenmesi bazen de uygulama konusunda aktif uygulayıcı olmaları da

önerilmektedir. Temelde tüm sektörlerin özel kuruluşlar tarafından oluşan piyasalara bırakılmasına dayanan serbest piyasa ekonomisi anlayışına yeni bir bakış açısı getiren Adam Smith (1776) Ulusların Zenginliği adlı eserinde; iç ve dış güvenlik, adalet, çeşitli altyapı hizmetleri, eğitim ve sağlık gibi alanların devlet eliyle ya da devletin kontrolünde yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Türkiye’de bu anlayışa uygun olarak; her ne kadar özel sektöre sağlık hizmetleri sunulması imkânı verilse de hizmetlerin yine büyük bir kısmı devlet tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarının süreçleri de mevzuat ve kamu idarelerince denetlenmektedir.

Sağlık Bakanlığının (2024) yayımladığı rapora göre sağlık hizmetlerinde çalışan toplam hekim sayısının özel sektördeki payı yaklaşık %17 iken; geri kalan %83’lük kısım sağlık bakanlığına ya da üniversitelere bağlı kamu hastanelerinde çalışmaktadır (Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024, s. 10). Aynı raporda hekimler dahil tüm sağlık çalışanları bazındaki kamu-özel kesim dağılımı ise %73 - %27 şeklinde gösterilmiştir. Öte yandan hastalara hizmet yoğunluğuna dair önemli bir gösterge sayılabilecek hasta başvuru sayıları dikkate alındığında kamu hastanelerine ve birinci basamak sağlık hizmeti veren kamu kuruluşlarına başvuru oranı %94 dolaylarındayken; başvuruların yalnızca %6’sı özel kesim sağlık kuruluşlarına gerçekleştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024, s. 8).

Sonuç olarak Türkiye’deki kamu sağlığına yönelik hizmetlerin önemli bir ağırlığı doğrudan kamu eliyle yürütülmektedir. Buna ek olarak kamu-özel ortaklığı modeli ile kamu hastanelerinin hızlı finansman aracılığıyla kurulması ve işletilmesi 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun ek 7. maddesine dayanan yönetmeliklerle yürütülmektedir (Acartürk ve Keskin, 2012; Ayhan ve Önder, 2018). Ancak özel kuruluşlar tarafından yürütülen sağlık hizmetleri de ilgili kanunun 73. Maddesine istinaden kamu finansmanı ile desteklendiği gibi (5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006), hizmetlerin yürütülmesine dair birçok standart kamu tarafından belirlenmekte (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1987) ve Sağlık Bakanlığına bağlı görevli kurum ya da kurullar tarafından denetlenmektedir. Dolayısıyla kamusal sağlık yönetimi, Adam Smith’in Ulusların Zenginliği eserinde ortaya koyduğu perspektife çok yakın bir anlayışla yönetilmektedir denebilir.

3. ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Gerek yönetim bilimleri ve İKY, gerekse sağlık yönetimi disiplininin temel taşlarından biri olan çalışan sağlığı ve güvenliği (ÇSG) kavramının derinlemesine inceleneceği bu bölümde ulusal ve uluslararası otoriteler tarafından yapılan temel ÇSG tanımları ele alınacak, kavramın tarihsel ve felsefi kökenlerine değinilecektir. Ayrıca, ÇSG’nin salt bir yasal uyum meselesi olmanın ötesinde, insan kaynakları yönetimi (İKY) ve örgütlerin genel stratejik

yönetimi açısından taşıdığı kritik önem ve değeri üzerinde durulacaktır.

3.1. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kavramı

Çalışan sağlığı ve güvenliği (ÇSG), tarihsel süreçte I. Sanayi Devrimi'nin yarattığı ağır çalışma koşullarına bir tepki olarak ortaya çıkan sendikalaşma hareketleriyle gündeme gelmeye başlamıştır. Günümüzde ise multidisipliner bir yaklaşımla ele alınan kapsamlı bir bilim ve yönetim alanı haline gelmiştir. Kavram, temelde çalışan sağlığı ve çalışan güvenliği olarak iki bileşenden oluşmaktadır.

Çalışan sağlığı ve güvenliğinin genel kabul görmüş en kapsayıcı tanımlarında biri, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization [ILO]) tarafından 1950 yılında ortaklaşa bir şekilde yapılmıştır. Tanıma göre ÇSG, tüm meslek gruplarında çalışanların fiziksel, ruhsal ve sosyal refahlarının korunmasını ve geliştirilmesini, işyeri koşullarının yol açtığı sağlık sorunlarının önlenmesini, işyerindeki sağlık risklerinin bertaraf edilmesini ve sağlık açısından oluşabilecek risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasını, çalışanların yeteneklerine uygun işlere yerleştirilmesini ve buna uygun kariyer planının yapılmasını; özetle, işin çalışanlara ve her çalışanın kendi işine uyumunu sağlamayı amaçlar (WHO/ ILO, 1950/2005; Tezcan, 2019).

Tanımdan da anlaşılacağı üzere ÇSG genel olarak algılandığı şekilde çalışanların hastalanması ya da yaralanmasına yönelik tedbirlere indirgenmemelidir. ÇSG aslında kapsamı çok daha geniş, çalışanların biopsiko-sosyal olarak iyi oluşunu hedefleyen bir süreçtir. Süreçtir çünkü aynı zamanda durağan bir olgudan öte, sürekli iyileştirme ve korumayı içeren dinamik bir yapı olarak tarif edilmektedir.

İlk olarak I. Sanayi Devrimi ile ortaya çıkan kavramın iki temel bileşeni; çalışan sağlığı ve çalışan güvenliği özelinde günümüze kıyasla daha sınırlı bir kapsam çerçevesinde yürütülmüştür. Çalışan sağlığı bileşeni daha çok meslek hastalıklarının önlenmesi ve çalışanların genel sağlığının korunmasıyla ilgilidir. Çalışan güvenliği bileşeni ise çalışanların korunması, müreffeh, güvenli ve iş kazaları ile ilgili tedbirlerin alındığı bir alanda; özellikle işletme dışından gelebilecek tehlikelere karşı güvenliğinin sağlanarak tehditlerden uzak olduğunu hissederek çalışmasının sağlanmasını içermektedir (Ören, 2024).

Modern ÇSG yaklaşımı iki temel bileşen çerçevesinde daha kapsamlı bir anlayışı içermektedir. Modern ÇSG, riskleri sadece fiziksel olarak değil, aynı zamanda ergonomik (tekrarlayan hareketler, uygunsuz kaldırma teknikleri) ve psiko-sosyal (iş yükü, mobbing, iş-yaşam dengesi) boyutlarda da ele alarak bütüncül bir bakış açısı sunar (Leka vd., 2004). Özellikle sağlık çalışanları için uzun çalışma saatlerine bağlı kronik stres, tükenmişlik gibi psiko-sosyal riskler

ve enfeksiyonlara maruz kalma gibi biyolojik riskler iş sağlığı kapsamında değerlendirilmektedir (Maslach ve Leiter, 2016; WHO, 2020). Yapılan araştırmalar sağlık sektöründe, şiddet ve tükenmişlik gibi psiko-sosyal riskler, en az biyolojik riskler kadar kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir (Tekin-Epik ve Öztürk, 2020).

3.2. Çalışan Sağlığı ve Güvenliğinin Stratejik Yönetim ve İnsan Kaynakları Açısından Anlamı

Klasik ve Neo-Klasik yönetim dönemlerinde ÇSG, işletmeler için daha çok maliyet veya teknik-hukuki bir zorunluluk olarak görülmekteydi. Ancak modern yönetim anlayışı son dönemde, ÇSG'nin, örgütlerin rekabet avantajını doğrudan etkileyen stratejik bir yatırım olduğu kanaati yaygınlaşmıştır (ILO, 1981). Özellikle emek ve bilgi yoğun, insana dayalı; sağlık, eğitim, bilgi iletişim teknolojileri vb. sektörlerde, çalışanların sağlığı ve refahı, örgütsel performansın temel belirleyicilerinden biri hâline gelmektedir.

ÇSG, aynı zamanda İKY'nin fonksiyonlarından biridir ve ÇSG'nin etkin bir biçimde yürütülmesi birçok İK çıktısını doğrudan etkilemektedir. İşe devam oranı/devamsızlık (absenteizm), örgütsel bağlılık, insan kaynaklarının korunması/geliştirilmesi gibi İKY hedefleriyle doğrudan ilişkili olan birçok faktörü etkilediği gibi bu faktörlere bağlı çeşitli örgütsel çıktıları da dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı, iş kazası ve meslek hastalıklarına bağlı tıbbi harcamalar, tazminatlar, üretim/hizmet kesintileri maliyetleri gibi birçok maliyet kalemini önemli ölçüde azaltabilmektedir. ÇSG'ye yatırım yapmak başta maliyetli gibi görünse de uzun vadede sigorta primlerinin düşmesine, işe devamsızlığın azalmasına ve bunun sonucunda da örgütsel performansın ve üretkenlik düzeyinin yükselmesini sağlamaktadır (Reyhanoğlu ve Akin, 2020; Sevinç vd., 2016). Sağlık sektöründe, güvenli bir çalışma ortamı aynı zamanda tıbbi hata riskini de düşürerek hasta güvenliğini dolaylı yoldan artırır (Carayon vd., 2014).

Çalışanların kendilerini güvende hissetmeleri, örgüte olan güvenlerini ve bağlılıklarını da olumlu etkileyebilmektedir. Ergonomik düzenlemeler, psikolojik destek programları vb. İK uygulamalarıyla örgütün kendilerine değer verdiğini gören çalışanların iş tatmini düzeyleri iyileşmekte ve motivasyonları artmaktadır (Kahn, 1990). Gelişen örgütsel bağlılık ise, işten ayrılma niyetini ve işten ayrılma oranlarının düşmesiyle kurumsal bilginin örgüt içinde kalmasına yardımcı olur (Kahn, 1990). Bu tür ÇSG düzenlemeleri, özellikle yüksek eğitilmiş ve uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri için hayati bir İK stratejisidir (DeVries vd., 2023; Meyer ve Allen, 1991).

Günümüzde yüksek yetkinliklere sahip nitelikli işgücü, potansiyel işverenleri değerlendirirken ÇSG performansını önemli bir kriter olarak görmektedir. ÇSG'ye öncelik veren organizasyonlar, işgücü piyasası nazarında daha iyi bir görünüme sahip olmakta olup, bu durum, sektördeki en yetkin

ve nitelikli insan kaynağını örgüte çekme ve elde tutma konusunda rekabet avantajı sağlamaktadır (Owolabi vd., 2024). Son dönemde örgütlerin en önemli stratejik kaynağının işgücü olduğu göz önüne alındığında ÇSG, stratejik yönetim açısından önemi oldukça yüksek, kritik bir İK uygulamasıdır. Bu çerçevede ÇSG, örgütün misyon, vizyon ve sürdürülebilirlik hedeflerine ulaşmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Örgütlerde güvenlik zafiyetleri ya da sağlık sorunlarının yaşanması, örgütün kamuoyu nezdindeki itibarını da ciddi şekilde zedeleyebilir ve kurumsal meşruiyetini sorgulatabilir. Özellikle sağlık kuruluşları için, hizmet kalitesi ve çalışan refahının birbirinden bağımsız düşünülmemesi, güven faktörünü sağlık kuruluşları açısından çalışanların genel iyi oluşlarıyla yakından ilgili kılmaktadır. Bu çerçevede ÇSG süreçlerinin etkin ve verimli biri biçimde yürütülmesi kurumsal sosyal sorumluluğun (KSS) önemli bir bileşeni olarak da düşünülebilir (Carroll, 1991). Nitekim örgütlerin itibar ve imajı bağlamında; ÇSG ile KSS arasında önemli bir ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar literatürde mevcuttur (Miao vd., 2025; Koo ve Ki, 2020).

Stratejik yönetim süreçlerinin, uzun vadeli sürdürülebilir performans ve başarıyı hedeflediği bilinmektedir. Sürdürülebilir başarı, finansal performanstan ibaret olmaktan öte çevresel duyarlılık ve toplumsal katkı performansıyla da oldukça yakından ilişkilidir (Elkington, 1999; Owalo ve Aosa, 2025). Çalışan sağlığı ve güvenliği için ortaya konan İK politikaları ise örgütün sosyal sorumluluğunun en somut göstergelerindendir. Tükenmiş, yaralı veya hasta bir işgücü ile uzun vadeli stratejik hedeflere ulaşmak mümkün değildir. Bu nedenle ÇSG, örgütsel sürdürülebilirliğin en önemli anahtarlarından biridir denebilir.

Öte yandan stratejik risk yönetimi, örgütün hedeflerine ulaşmasını engelleyebilecek iç ve dış tehditlerin proaktif olarak yönetilmesini gerektirir. ÇSG ise iş kazası, işlerin kesintiye uğramasına neden olabilecek işgücü yoksunluğu vb. operasyonel risklerle; uyuşmazlık, dava, tazminat vb. yasal risklerin yönetilmesinde merkezi bir rol oynar. Etkin bir ÇSG sistemi, bu riskleri kaynağında tespit ederek, örgütün beklenmedik durumlar karşısındaki direncini artırarak stratejik risk yönetimi bağlamında kritik bir rol oynayabilir (Hopkin, 2018). Tüm bu bilgiler ışığında, sağlık yönetiminde ÇSG artık denetimlerden geçmek için zorunlu bir uygulama ya da destek süreci olarak görülmekten öte, örgütün kurumsal yapısını ve yetkinliğini koruyan kritik ve stratejik bir faktör olarak konumlandırılmalıdır.

4. SONUÇ

Çalışan sağlığı ve güvenliği konusu organizasyonlar için başlarda bir zorunluluk ve mali açıdan yük gibi görüldüyse de stratejik insan kaynaklarının artan önemi ve örgütler için kritik rolü sayesinde; işlerin devamlılığı ve nitelikli işgücünün örgütte kalmasını sağlamak adına ne denli önemli olduğunun

farkına varılması çok uzun bir zaman almamıştır. Covid-19 pandemisi bu açıdan başta sağlık sektörü olmak üzere tüm sektörlerde ÇSG süreçlerinin etkin yönetilmesinin önemini bir kez daha derinden hissetmiştir. Dahası pandemi süreci, ulusal ve uluslararası düzeyde toplum sağlığının korunması ve sağlık hizmetleri süreç yönetiminin; kritik makroekonomik göstergeler, ticari faaliyetler ve işgücü arzının sürdürülebilirliği üzerindeki belirleyici önemini çarpıcı biçimde ortaya koymuştur (Moolla ve Hiilamo, 2023).

Ulusal ve uluslararası bağlamda işgücü piyasası için oldukça kritik bir önemi haiz ÇSG tedbirleri, özellikle sağlık yönetimi bağlamında gerek kamu gerekse özel sektör sağlık kuruluşlarının işgücü kaynağının sürdürülebilirliği ve buna bağlı olarak örgütsel performansı açısından da oldukça stratejik bir konumdadır. Özellikle etkin bir biçimde yürütülen ÇSG süreciyle birlikte çalışan refahı ile psikolojik güvenlik iklimindeki iyileşmelere bağlı olarak, iş tatmininde iyileşme (Halim-Özkan ve Başol, 2025; Larasandi ve Satrya, 2025), üretkenlik artışı (Lari, 2024), işten ayrılma niyetinde-oranında düşüş (Camlian ve Baron, 2025; Sam-Mensah vd., 2025) ve tükenmişlik düzeyinin (Acuña-Hormazabal vd., 2023; de Lisser vd., 2024) azalışı gibi etkilerle örgütsel performansı iyileştirecek etkiler sağlanabilmektedir. Bu anlamda ÇSG örgütler için kısa vadede maliyet unsuru gibi gözükse de uzun vadede örgütlerin sürdürülebilirliği, kârlılığı ve stratejik rekabet avantajı açısından vazgeçilmez bir unsurdur. Ayrıca etkili bir biçimde yürütülen ÇSG süreçlerinin kurumsal itibar noktasında örgütlere önemli bir değer kattığı da göz ardı edilmemelidir. Bu anlamda genel olarak tüm kurum ve işletmelerin özelde de sağlık kuruluşlarının ÇSG bağlamında atacakları her bir adım sürdürülebilir örgütlerin temelini oluşturmaktadır denebilir.

Sonuç olarak sağlık yönetimi bağlamında, bir İK süreci olarak etkin bir biçimde işletilen ÇSG, örgütlere nitelikli işgücünün örgüte katılması, elde tutulması, performansının iyileştirilmesi gibi etkilerle örgütsel güvenlik iklimine ve örgütsel performansa oldukça olumlu katkılar sunmaktadır. Söz konusu katkılar ise örgütlerin sürdürülebilirliği ve stratejik rekabet avantajı elde etmelerinde kritik bir rol oynamaktadır.

KAYNAKÇA

- Al-Hamdan, Z., Oweidat, I. A., Al-Faouri, I., & Codier, E. (2017). Correlating Emotional Intelligence and Job Performance Among Jordanian Hospitals' Registered Nurses. *Nursing Forum*, 52(1), 12–20. <https://doi.org/10.1111/nuf.12160>
- Acartürk, E., ve Keskin, S. (2012). Türkiye'de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 25-51. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/194364>
- Acuña-Hormazabal, Á., Dávila-Vera, M., Mendoza-Llanos, R., Maureira-Meneses, S., & Pons-Peregor, O. (2023). Engagement and Burnout in Times of COVID-19: A Comparative Analysis Based on Healthy Organizational Practices. *Sustainability*, 15(23), 16414. <https://doi.org/10.3390/su152316414>
- Ayhan, E., ve Önder, E. (2018). Türkiye'de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(1), 109-121. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/471503>
- Buchbinder, S. B., & Thompson, J. M. (2010). *Career opportunities in health care management: Perspectives from the field*. Jones & Bartlett Publishers.
- Camlian, M. M., & Baron, J. V. (2025). Workplace health and safety, social support, and turnover intention in Private Higher Education Institutions in the Philippines. *Annals of Human Resource Management Research*, 5(1), 1-14. <https://doi.org/10.35912/ahrmr.v5i1.2661>
- Carayon, P., Kianfar, S., Marin, S., Moriarty, R., & Hundt, A. S. (2014). Work system design for patient safety: The SEIPS model. *Safety Science*, 67, 4–13.
- Carroll, A. B. (1991). The pyramid of corporate social responsibility: Toward the moral management of organizational stakeholders. *Business Horizons*, 34(4), 39–48. [https://doi.org/10.1016/0007-6813\(91\)90005-g](https://doi.org/10.1016/0007-6813(91)90005-g)
- de Lisser, R., Dietrich, M. S., Spetz, J., Ramanujam, R., Lauderdale, J., & Stollendorf, D. P. (2024). Psychological safety is associated with better work environment and lower levels of clinician burnout. *Health Affairs Scholar*, 2(7), qxae091.
- De Vries, N., Lavreysen, O., Boone, A., Bouman, J., Szemik, S., Baranski, K., Godderis, L., & De Winter, P. (2023). Retaining Healthcare Workers: A Systematic Review of Strategies for Sustaining Power in the Workplace. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(13), 1887. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131887>
- Elkington, J., & Rowlands, I. H. (1999). Cannibals with forks: The triple bottom line of 21st century business. *Alternatives Journal*, 25(4), 229-231. <https://doi.org/10.1023/a:1006129603978>
- Gallagher, J. (2020). Analysis: How do we get out of lockdown? BBC News. <https://www.bbc.com/news/health-52183295>. Erişim Tarihi: 23.06.2024.
- Gershon, R. R., Stone, P. W., Zeltser, M., Faucett, J., Macdavit, K., & Chou, S. S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Industrial Health*, 45(5), 622-636. <https://doi.org/10.2486/ind-health.45.622>

- Halim Özkan, A., & Başol, O. (2025). From safety climate to life satisfaction: The mediating role of job stress and job satisfaction. *Safety and Health at Work*, 16(3), 349–354. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2025.04.006>
- Hopkin, P. (2018). *Fundamentals of risk management: understanding, evaluating and implementing effective risk management*. Kogan Page Publishers.
- International Labour Organization. (1981). Occupational Safety and Health Convention (No. 155).
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012, 30 Haziran). *Resmi Gazete (Kanun No: 6331)*. Sayı: 28339. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?Mevzuat-No=5510&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692–724. <https://doi.org/10.2307/256287>
- Koo, J. E., & Ki, E. S. (2020). Corporate social responsibility and employee safety: Evidence from Korea. *Sustainability*, 12(7), 2649. <https://doi.org/10.3390/su12072649>
- Larasandi, D. S. & Satrya, A. (2025). High-performance work systems and psychosocial safety climate influence work engagement through job satisfaction pathways. *Annals of Human Resource Management Research*. 5, 817-830. <https://doi.org/10.35912/ahrmr.v5i3.2913>
- Lari, M. (2024). A longitudinal study on the impact of occupational health and safety practices on employee productivity. *Safety Science*, 170, 106374. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2023.106374>
- Leka, S., Houdmont, J., & Cox, T. (2003). *Work organization and stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. WHO Protecting Workers' Health Series No 3. World Health Organization.
- Liu, C. (2024). The Role of Human Resource Management in Sustainable Development. *International Journal of Education and Humanities*, 14(3), 118-122. <https://doi.org/10.54097/eck4jx81>
- Mammadrzayev, P., ve Akgün, S. (2025). Hastaların İstanbul'da ağız ve diş sağlığı klinikleri seçmelerinde sosyal medyanın etkisi. *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi*, 11(18), 267-293. <https://doi.org/10.51947/yonbil.1757973>
- Manroop, L., Zheng, H., Malik, A., Milner, M., Schulz, E., & Banerji, K. (2025). Human resource management in times of crisis: Strategies for a post COVID-19 workplace. *Organizational Dynamics*, 54(1), 101059. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2024.101060>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61–89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-z)

- Miao, G., Chen, G. & Li, C. (2025). The impact of corporate social responsibility on employee safety citizenship behavior in Chinese gas sector. *Sci Rep* 15, 26729. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-12083-7>
- Moolla, I., & Hiilamo, H. (2023). Health system characteristics and COVID-19 performance in high-income countries. *BMC Health Serv Res* 23, 244. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09206-z>
- Nahrgang, J. D., Morgeson, F. P., & Hofmann, D. A. (2011). Safety at work: A meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 96(1), 71–94. <https://doi.org/10.1037/a0021484>
- Owalo, O. E., & Aosa, E. (2025). Strategic Planning and Sustainable Organizational Performance. *European Journal of Business and Strategic Management*, 10(2), 33–55. <https://doi.org/10.47604/ejbsm.3275>
- Owolabi, O., Okunade, B., Olatoye, F., & Elufioye, O. (2024). Human resources management in healthcare: recruitment, retention, and workforce development: A review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 21(2), 950–957. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.21.2.0522>
- Ören, K. (2024). *İş sağlığı ve güvenliği* (2. baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Papalexandris, N. (2022). Sustainable development and the critical role of HRM. *Studia Universitatis Babes Bolyai-Oeconomica*, 67(3), 27–36. <https://doi.org/10.2478/subboec-2022-0013>
- Powell, W. W., & K. Snellman. (2004) The knowledge economy. *Annual Reviews Sociology*. 30(1). 199–220. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.29.010202.100037>
- Reyhanoğlu, M., & Akin, Ö. (2020). The effect of workplace conditions on employee job performance. *Ege Academic Review*, 20(1), 57–74. <https://doi.org/10.21121/eab.510839>
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Grubu. (2024). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 Haber Bülteni. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/51942/0/haber-bulteni-2024-trpdf.pdf>
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987, 15 Mayıs). *Resmi Gazete* (Sayı: 19461). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3359&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- Sam-Mensah, R., Bingab, B.B.B., Boakye, K.O., & Boateng, R.K (2025). Safety first, retention forever: enhancing commitment and reducing turnover through safety practices. *Future Business Journal* 11, 52. <https://doi.org/10.1186/s43093-025-00475-0>
- Sevinç, H., Bozkurt, E., & Sevinç, D. E. (2016). A research on occupational health and safety as economic development indicators. *SSRJ| Social Sciences Research Journal* 2147-5237 Frequency: Continuous Publication Dates of Publication: 2012-9999 *International Academic Journal*, 5(04),1-11. <https://socialsciencesresearchjournal.com/index.php/ssrj/article/view/773>

- Smith, A. (2016), *Milletlerin zenginliği* (11. baskı). (H. Derin, Çev.), Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. (1776).
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006, 16 Haziran). *Resmî Gazete* (Sayı: 29200). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5510&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- Söylemez, Ş. Ç. ve Kaya, Ş. D. (2020). Mesleki uygulama beklentilerinin kariyer motivasyonu üzerine etkisi: sağlık yönetimi bölümü öğrencilerine yönelik bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(28), 855-874. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.658768>
- Tekin-Epik, M., ve Öztürk, M. (2020). Sağlık hizmetlerinde psikososyal riskler. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(4), 451-467.
- Tezcan, S. (2015). *Halk sağlığı: Temel bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Thompson, J. M., Bushbinder, S. B., & Shanks, N. H. (2017). An overview of health care management. S. B. Bushbinder, & N. H. Shanks (Ed.), *Introduction to health care management (3th ed.)* in. (s. 1-22). Jones & Bartlett Publishers.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012). Resmî Gazete (Sayı: 28339). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6331&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
- Valiotis, G., Buttigieg, S. C., Cicchetti, A., Dang, R., Jamshed, N., Jevtic, M., Magalhães, T., Nies, H., Pferzinger, M., Santana, R., Correia, T., Weller, E., Cande, L., Desson, Z., & Margheri, F. (2025). *Defining health management: A conceptual foundation for excellence through efficiency, sustainability and equity*. *International Journal of Health Planning and Management*, 40(3), 788-793. <https://doi.org/10.1002/hpm.3903>
- World Health Organization. (2005). *Occupational health*. https://www.who.int/topics/occupational_health/en/
- World Health Organization. (2020). *Keep health workers safe to keep patients safe*. World Health Organization.
- World Health Organization/International Labour Organization. (2005). *Global strategy on occupational health for all*. World Health Organization/International Labour Organization. (Orijinal tanım 1950'de kabul edilmiştir).



**TÜRKİYE’DE KORUYUCU
VE ÖNLEYİCİ SAĞLIK
HİZMETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: DSÖ
PERFORMANS GÖSTERGELERİ
İLE SWOT ANALİZİ**

“ ”

Özlem ALADAĞ BAYRAK¹

(Öğr. Gör. Dr.Kurumu: (Yabancı Diller Yüksekokulu, İngilizce Hazırlık.) E-mail: ozlemabayrak22@gmail.com Trakya Üniversitesi, 0000-0002-4631-8271

Giriş

Koruyucu ve önleyici sağlık politikaları, sağlık sistemlerinin maliyet etkinliğini artıran ve toplumların yaşam beklentisini yükselten stratejik müdahalelerdir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bu hizmetlere yapılan her bir birimlik yatırım, uzun vadede 3–7 birim arasında ekonomik geri dönüş sağlamaktadır (WHO, 2023; Kieny vd., 2017). Uluslararası literatür, koruyucu sağlık politikalarının sosyal eşitsizlikleri azaltmada da kritik rol oynadığını göstermektedir (Marmot, 2015; Beaglehole & Bonita, 2008; Solar & Irwin, 2010). Bu politikalar, dezavantajlı gruplara erişimi artırarak sağlıkta adaleti güçlendirmektedir.

Türkiye'de 2003 sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birincil basamak hizmetleri yeniden yapılandırılmış, aile hekimliği sistemi ülke geneline yayılmıştır (Akdağ, 2012). Koruyucu sağlık hizmetleri yalnızca örgüt yapısıyla değil, toplum temelli müdahaleler, sağlık davranışları, epidemiyolojik veri yönetimi ve sağlık okuryazarlığı gibi alanlarla da yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (OECD, 2022; Gostin & Wiley, 2020). Bu bağlamda, sağlık politikaları, dezavantajlı gruplara erişimi artırarak sağlıkta adaleti güçlendirmektedir. Türkiye'de 2003 sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birincil basamak hizmetleri yeniden yapılandırılmış ve aile hekimliği sistemi yaygınlaştırılmıştır (Akdağ, 2008).

Koruyucu sağlığın temel amacı, sağlık sorunlarını erken tespit edip ele alarak hastalık yükünü azaltmak ve nüfusun refahını artırmak, böylece daha yoğun tıbbi müdahalelere olan ihtiyacı azaltmaktır (Wang & Lo, 2022). Bu düzenli sağlık kontrolleri, taramalar ve halk sağlığı bilinçlendirme programlarının yanı sıra doğum kontrolü ve aile planlaması gibi girişimleri de içermektedir (Gökalp vd., 2024). Dünya Sağlık Örgütü, erişilebilirliği, kullanımı ve ölçülebilir sağlık sonuçlarını, koruyucu bakım sistemlerinin etkinliğini değerlendirmek için çok önemli temel performans göstergeleri olarak tanımlamaktadır (Gökalp vd., 2024). Türkiye'de, özellikle Aile Hekimliği modeli olmak üzere önemli sağlık reformları, birinci basamak sağlık hizmetlerine ve koruyucu hizmetlere erişimi genişletmiştir (Kartoğlu & Pala, 2023). Bu ilerlemelere, özellikle aşılama oranlarında ve anne-çocuk sağlığında kronik hastalıkların önlenmesi ve farklı bölgelerde hizmetlere eşit erişim konusunda önemli zorluklar devam etmektedir (Sülkü vd., 2023). Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık yükünü azaltmak ve nüfus sağlığı sonuçlarını iyileştirme açısından önemlidir. DSÖ, koruyucu bakım sistemlerini değerlendirmek için erişilebilirlik, kullanım ve ölçülebilir sonuçları temel performans göstergeleri olarak belirlemiştir (DSÖ, 2000). Türkiye, özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ve Aile Hekimliği modeli aracılığıyla önemli sağlık reformlarından geçmiştir; bu reformlar, birinci basamak sağlık hizmetlerine ve koruyucu hizmetlere erişimi genişletmiştir (Keskin, 2020). Türkiye'de aşılama ve anne-çocuk sağlığında kayda değer ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen,

kronik hastalıkların önlenmesi, eşit kullanım ve davranışsal risk faktörleri konularında karşılaşılan zorluklar devam etmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin koruyucu sağlık hizmetlerini DSÖ performans göstergeleriyle ilişkilendirerek değerlendirmek, uyum ve farklılık alanlarını belirlemek ve politika geliştirme için kanıta dayalı bilgiler sunmaktır. Ayrıca şu sorulara cevap aramaktadır:

1. Türkiye'nin koruyucu sağlık hizmetleri, erişilebilirlik, kullanım ve sağlık sonuçlarına ilişkin DSÖ performans göstergeleriyle nasıl örtüşmektedir?

2. Türkiye'nin koruyucu sağlık sistemini DSÖ standartlarına göre karakterize eden güçlü ve zayıf yönler nelerdir?

3. Türkiye'de koruyucu sağlık sonuçlarının sürdürülebilirliğini etkileyen fırsatlar ve tehditler nelerdir?

Bölüm, ikincil veri kaynaklarına dayalı nitel bir tasarım sunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde DSÖ temel sağlık göstergeleri ölçüt olarak kullanılmıştır. SWOT analizi, bulguları güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar ve tehditler olarak sınıflandırmıştır. SWOT analizi, bir kuruluşun rekabetine kıyasla nasıl bir konumda olduğunu değerlendirmek için kullanılan bir iş stratejisi aracıdır. Analiz, bir kişinin durumunu rekabete karşı daha ayrıntılı olarak değerlendirmek için bireysel düzeyde de uygulanabilir. Araçta hem içsel hem de dışsal hususlar yer almaktadır. "Güçlü yönler" ve "zayıf yönler" içsel olarak ilişkilidir. İlki, bir kuruluşun/varlığın rekabete karşı avantaj sağlayan bir yönünü temsil eder. İkincisi ise, aynı varlığın rekabete karşı göreceli bir dezavantajına yol açan bir özelliğidir. Dışsal olarak ilgili olan "fırsatlar" ise, varlığın yararına kullanılabilecek daha geniş çevredeki gerçeklerdir. Diğer yandan, "tehditler" daha geniş çevrede var olan ve kuruluş için sorunlara yol açabilecek gerçekler olarak ifade edilmiştir (Teoli, Sanvictores, & An, 2023). Çalışmada yer alan verilerin ikincil veriler olması, ayrıntı düzeyini etkileyebilmekte ve sınırlayabilmektedir.

Koruyucu ve Önleyici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, bireylerin hastalanmasını engellemeye ve sağlığın sürdürülebilirliğini sağlamaya odaklanan temel sağlık yaklaşımıdır. Bu hizmetler, hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek, erken teşhis sağlamak ve risk faktörlerini azaltmak amacıyla planlanmaktadır. Sağlık sistemlerinde koruyucu ve önleyici uygulamaların güçlendirilmesi hem toplum sağlığının iyileştirilmesine hem de sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasına önemli katkılar sunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Bu nedenle, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, modern sağlık politikalarının ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir.

Bu hizmetler, Leavell ve Clark (1965) tarafından dört düzeyde teorileştirilmiştir:

1. Primer Düzey: Risk eliminasyonu ve sağlıklı yaşam tarzlarının teşvik edilmesi. Bu düzeyde, bireylerin hastalıklara yakalanma riskini azaltmak için eğitim, aşılama ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları teşvik edilir.

2. Sekonder Düzey: Erken tanı ve müdahale. Bu düzeyde, hastalıkların erken evrelerinde tanı konulması ve tedavi edilmesi amaçlanır. Tarama testleri ve düzenli sağlık kontrolleri bu düzeyin önemli bileşenlerindendir.

3. Tersiyer Düzey: Komplikasyonların önlenmesi. Hastalıkların ilerlemesini engellemek ve mevcut sağlık sorunlarının yönetilmesi amacıyla rehabilitasyon hizmetleri ve sürekli bakım sağlanır.

4. Kuarter Düzey: Gereksiz müdahalelerin engellenmesi. Bu düzeyde, gereksiz tıbbi işlemlerden kaçınılması ve hastaların uygun sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi hedeflenir.

Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, sağlık sorunlarının ortaya çıkışını engelleyerek hem bireylerin yaşam kalitesini artırır hem de sağlık sistemlerinin üzerindeki ekonomik yükü azaltır. Bu hizmetlere yapılan yatırımlar, uzun vadede tedavi maliyetlerinin düşmesine, iş gücü kayıplarının azalmasına ve toplumsal verimliliğin artmasına yol açar. Sonuç olarak, koruyucu ve önleyici sağlık uygulamaları ekonomik açıdan yüksek geri dönüş sağlayarak, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğine önemli katkılar sunar ve toplum genelinde sağlık düzeyini iyileştirir.

COVID-19 pandemisi, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin önemini gözler önüne sermiş ve bu alandaki yatırımların gerekliliğini artırmıştır. Salgının yayılmasını önlemek için maske kullanımı, hijyen kuralları, aşı uygulamaları ve erken tarama gibi önleyici tedbirler kritik rol oynamıştır. Pandemi sürecinde etkin koruyucu stratejiler geliştiren ülkeler, hem sağlık sistemlerinin aşırı yüklenmesini engellemiş hem de toplum sağlığını daha hızlı koruma altına almıştır. Bu deneyim, gelecekte salgınlara karşı daha güçlü ve kapsamlı koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasının gerekliliğini bir kez daha ortaya koymuştur.

COVID-19 pandemisi sırasında uygulanan küresel aşı programları, 14.4 milyon hayat kurtarmıştır. Ayrıca, dijital izleme sistemleri mortaliteyi %40 oranında düşürmüştür (Watson vd., 2022). Bu veriler, koruyucu sağlık hizmetlerinin acil durumlarda bile ne kadar etkili olabileceğini ortaya koymaktadır.

Kurumsal Yapılanma ve Finansman

Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerinin sorumlusu Sağlık Bakanlığı ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’dür. Aile hekimliği sistemi koruyucu hizmet-

lerde temel temas noktasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2023). Türkiye’de 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) aile hekimliği sistemini 25.000 birime çıkarmış, kişi başı doktor sayısını 1.2’den 2.1’e yükseltmiştir (Akdağ, 2012). Ancak OECD PISA sağlık okuryazarlığı skorları (Türkiye: 32/100; OECD: 48/100) ve kronik hastalık prevalansı (diyabet: %11,8) sorunları devam etmektedir (TÜİK, 2022).

Türkiye’de 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın aile hekimliği sistemini yaygınlaştırarak doktor başına düşen kişi sayısını artırması sağlık hizmetlerine erişim açısından olumlu bir gelişme sağlamıştır. Ancak, sağlık okuryazarlığı skorlarının OECD (2014) tarafından tutulunun gerisinde kalması ve kronik hastalık prevalansının (özellikle diyabet oranlarının %11,8 gibi yüksek olması) sağlık faaliyetlerinde eğitim ve bozulmaların kaybolmadığına işaret etmektedir (OECD, 2014). Bu durum, sağlık hizmetlerindeki güzel ilerlemeye rağmen niteliksel kurallara göre daha fazla odaklanma çalışması göstermektedir.

Türkiye’nin Koruyucu Sağlık Uygulamaları ve Güncel Durum

Türkiye’nin koruyucu ve önleyici sağlık politikaları, hastalıkların önlenmesi ve halk sağlığının geliştirilmesi amacıyla çeşitli programları içermektedir. Bu programların etkinliği ve halk tarafından benimsenme oranları, uygulandıkları alana göre farklılık göstermektedir. Türkiye’de belirli kanser taramalarına katılımın önemli düzeyde olduğunu, ancak bulaşıcı hastalıklara yönelik bazı önleyici tedbirlerde katılımın düşük kaldığı görülmüştür. Bu durum, politika başarısının alanlara göre değişkenlik gösterdiğini ve hedefli müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (Çakır, 2023).

Literatürde, önleyici sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörler üzerine yapılan çalışmalar, yüksek eğitim ve gelir seviyelerinin hizmet kullanımını artırıcı bir etken olduğunu, ancak sağlık hizmetlerine erişimin tek başına yüksek düzeyde kullanımı garanti etmediğini göstermiştir (Beşparmak, Seviğ, & Yeşilmen, 2021; Hayran, vd.1998.). Bu bulgu, hizmetlerin sadece sunulmasının yeterli olmadığını, aynı zamanda halkın bu hizmetlerin önemi-ne dair farkındalığının artırılması ve sosyoekonomik engellerin kaldırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu kapsamda halk sağlığı kampanyaları ve çok sektörlü iş birlikleri önerilmektedir (Söyler vd., 2025).

Aşağıdaki tablo, 2019 Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre bazı koruyucu sağlık uygulamalarına katılım oranlarını göstermektedir (Çakır, 2023).

Tablo 1. Koruyucu Sağlık Uygulamalarına Katılım Oranları

Koruyucu Sağlık Uygulamaları	Hedef Grup	Uygulama Periyodu	Katılım Oranları%
Grip Aşısı	Tüm Katılımcılar	Son 1 Yıl	2,3
Dışkıda Gizli Kan Testi	50-70 Yaş	Son 5 Yıl	38,0
Mamografi/Meme Röntgeni	40-69 Yaş Kadınlar	Son 2 Yıl	32,0
Servikal Smear Testi	30-65 Yaş Kadınlar	Son 5 Yıl	44,00

Kaynaklar: Türkiye İstatistik Kurumu (2020); Türk Tabipleri Birliği (2021); T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2025); T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2025).

Bu veriler, kanser taramalarına yönelik farkındalığın ve katılımın, grip aşısı gibi yaygın bulaşıcı hastalıklara karşı önleyici tedbirlerle kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, Türkiye'nin belirli kronik hastalıklarla mücadelede odaklanmış kampanyalarda başarılı olabildiğini, ancak genel koruyucu sağlık alışkanlıklarının yaygınlaştırılması konusunda ek çabalara ihtiyaç duyduğunu düşündürmektedir (Çakır, 2023).

Türkiye'de spesifik alanlarda ise durumun daha komplike bir hale dönüştüğü görülmüştür. Örneğin, ağız sağlığı Türkiye'de genellikle ihmal edilmiş bir alan olarak görülmektedir. Tedavi edici hizmetlerin baskın olduğu sistemde, koruyucu hizmetler yetersiz finanse edilmekte ve tutarsız bir şekilde sunulmaktadır. Dış hekimleri, vatandaşlar ve sağlık yöneticileri ile yapılan görüşmeler, koruyucu ağız sağlığı hizmetlerinin sistematik bir şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesine ve halkın bu konuda bilinçlendirilmesine acil ihtiyaç olduğunu ortaya koymuştur (Doğan & Durukan Köse, 2025).

Ruh sağlığı alanında ise Türkiye, DSÖ ile iş birliği içinde ulusal politikalar geliştirme çabaları göstermiş olmasına rağmen, uygulamada ciddi eksiklikler yaşamaktadır. 1980'lerde bakanlık düzeyinde önleyici hizmetlerin önemi vurgulanmış olsa da mevcut sistemin hala büyük ölçüde merkezi ve hastane temelli tedaviye odaklandığı belirtilmektedir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri iyi organize edilmemiştir ve önleyici müdahaleler yetersiz kalmaktadır. Ayrıca, uzmanlaşmış psikiyatri hemşirelerinin rol tanımlarının ve bağımsız pratik yapmalarını sağlayacak yasal düzenlemelerin eksikliği, bu alandaki koruyucu ve sağlığı geliştirici potansiyelin tam olarak kullanılmamasını engellemektedir (Oflaz vd., 2021).

Türkiye, temel aşılama ve birincil basamak hizmetlerinde güçlü olduğu dikkat çekmektedir; ancak erişkin aşılması, kronik hastalıkların önlenmesi, toplum temelli müdahalelere katılım ve epidemiyolojik izleme kapasitesi bakımından gelişmiş ülkelerin gerisindedir (OECD, 2022; OECD (2025)).

DSÖ Anahtar Performans Göstergeleri ve Sağlık Sistemi Değerlendirme Çerçevesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ulusal sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmek için kapsamlı çerçeveler ve bir dizi anahtar performans göstergesi (APG) kullanmaktadır. Bu göstergeler, bir sağlık sisteminin temel hedeflerine ne ölçüde ulaştığını ölçmeyi amaçlamaktadır: sağlığı iyileştirmek, halkın beklentilerine yanıt vermek ve finansal katkıda adalet sağlamak. DSÖ'nün yaklaşımı, sağlık sistemlerinin verimlilik, güvenlik, yanıt verme, erişilebilirlik, eşitlik ve etkinlik gibi çeşitli boyutlarını kapsamaktadır (Hejdukova, 2015).

DSÖ'nün performans değerlendirmesi genellikle aşağıdaki alanları içermektedir:

- **Genel Sağlık Sonuçları:** Doğuşta yaşam beklentisi (LE), potansiyel kayıp yaşam yılları (PYLL) ve engelliliğe ayarlanmış yaşam beklentisi (DALE) gibi makro göstergeler, bir ülkenin sağlık durumunun genel bir resmini sunmaktadır (Hejdukova & Kurekova, 2016).

- **Sağlık Finansmanı ve Evrensel Kapsayıcılık:** DSÖ, sağlık hizmetlerine evrensel erişimi sağlamayı temel bir hedef olarak görmektedir. Bu bağlamda geliştirilen APG'ler, sağlık finansmanının üç temel işlevi olan gelir toplama, risk havuzlama ve hizmet satın alma süreçlerinin performansını ölçmektedir. Bu göstergeler, nüfusun ne kadarının kapsandığı, sağlık harcamalarının haneler için yıkıcı olup olmadığı ve kaynakların verimli kullanılıp kullanılmadığı gibi kritik sorulara yanıt aramaktadır (Carrin & James, 2005).

- **Hizmet Sunumu:** DSÖ'nün Sağlık Sistemi Performans Değerlendirme (SSPD) çerçevesi gibi daha modern yaklaşımlar, yönetim, kaynak üretimi, finansman ve hizmet sunumu gibi dört temel işlevi bir bütün olarak ele almaktadır (Adam vd., 2024).

Aşağıdaki tablo, DSÖ'nün sosyal sağlık sigortası gibi evrensel kapsayıcılığı hedefleyen sistemler için önerdiği anahtar performans sorunlarını ve ilgili göstergeleri özetlemektedir (Carrin & James, 2005).

Tablo 2. DSÖ'nün Evrensel Kapsayıcılığı Hedefleyen Sistemler İçin Önerdiği Anahtar Performanslarla İlgili Göstergeler

Sağlık Finansman İşlevi	Anahtar Performans Sorunu	Performans Göstergesi Örneği
Gelir Toplama	Nüfus Kapsamı	Sosyal Sağlık Sigortası Tarafından kapsanan nüfus yüzdesi
	Finansman Yöntemi	Yıkıcı/felaket sağlık harcaması olan hane halkı yüzdesi
Risk Havuzlama	Risk Havuzunun Bileşimi	Belirli nüfus gruplarında üyeliğin zorunlu olup olmadığı
	Havuzlamanın Parçalanması	Risk denkleştirme mekanizmalarının varlığı
Hizmet Satın Alma	Fayda Paketi	Fayda paketinin açık verimlilik ve eşitlik kriterlerine dayanıp dayanmadığı
	Sağlayıcı Ödeme Mekanizmaları	Sağlayıcı teşviklerinin uygun bakım düzeyini teşvik edip etmediği İdari Verimlilik Toplam harcamalar içinde idari maliyetlerin yüzdesi

Kaynak: Carrin & James (2005).

Bu çerçeveler, Türkiye gibi ülkelerin koruyucu ve önleyici sağlık politikalarının etkinliğini yalnızca hastalık yükünü azaltma açısından değil, aynı zamanda finansal sürdürülebilirlik, eşitlik ve halkın ihtiyaçlarına yanıt verme kapasitesi gibi daha geniş bir perspektiften değerlendirmek için standartlaştırılmış bir temel sağlamaktadır.

SWOT Analizi: Türkiye'nin Koruyucu ve Önleyici Sağlık Politikaları (DSÖ Standartları Çerçevesinde)

Güçlü Yönler (Strengths)

• **Evrensel kapsayıcılık:** Suriyeli mülteciler dahil tüm hassas gruplara ücretsiz birincil ve ikincil sağlık hizmetleri sunulması, DSÖ'nün "evrensel sağlık kapsayıcılığı" hedefiyle uyumlu olduğu gözlenmiştir.

• **Çocuk felci aşı kampanyası:** DSÖ ile koordineli biçimde yürütülen ulusal kampanya, küresel sağlık tehditlerine hızlı yanıt kapasitesini göstermektedir.

• **Kanser taramaları:** Halkın belirli düzeyde katılım göstermesi, bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede farkındalık yaratıldığını kanıtlamaktadır.

- **Üreme sağlığı ve çocuk aşıları:** Rutin uygulamalar, DSÖ'nün temel koruyucu hizmetler listesiyle uyumludur.

- **Krizlere adaptasyon:** Pandemi ve salgınlara karşı hızlı mobilizasyon kapasitesi, DSÖ'nün "güvenlik" ve "etkinlik" performans boyutlarıyla örtüşmektedir.

Zayıf Yönler (Weaknesses)

- **Grip aşısı katılımı:** %2.3 gibi son derece düşük oran, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde ciddi bir boşluk olduğunu vurgulamaktadır.

- **Ağız ve diş sağlığı:** Tedavi odaklı yaklaşımın baskın olması, koruyucu hizmetlerin sistematik olarak ihmal edilmesi negatif yön olarak ortaya çıkmaktadır.

- **Ruh sağlığı hizmetleri:** Hastane merkezli yapı, DSÖ'nün toplum temelli ve insan haklarına saygılı modelinden uzak olması zayıf yönler arasındadır.

- **Uzman katılımı eksikliği:** Ruh sağlığı profesyonellerinin politika yapım süreçlerine yeterince dahil edilmemesi Ülke için olumsuz unsurları içermektedir.

- **Sosyoekonomik eşitsizlikler:** Eğitim ve gelir düzeyi yüksek bireylerin hizmetlerden daha fazla yararlanması, DSÖ'nün "equity" göstergesiyle çeliştiği izlenmektedir.

Fırsatlar (Opportunities)

- **DSÖ iş birlikleri:** Çocuk felci örneğinde olduğu gibi, diğer bulaşıcı hastalıklar için ortak kampanyalar geliştirilebilir.

- **Toplum temelli ruh sağlığı modeli:** DSÖ'nün önerdiği rehabilitasyon merkezleri ve mobil hizmetler Türkiye'de yaygınlaştırılabilir.

- **Ağız sağlığı entegrasyonu:** Koruyucu diş sağlığı hizmetleri ulusal tarama programlarına eklenerek sistematik hale getirilebilir.

- **Sağlık okuryazarlığı:** Halkın grip aşısı ve diğer koruyucu hizmetlere katılımını artırmak için eğitim kampanyaları düzenlenebilir.

- **Sosyal belirleyicilere müdahale:** Gelir ve eğitim eşitsizliklerini azaltacak sosyal politikalarla koruyucu hizmetlerin kullanımında adalet sağlanabilir.

Tehditler (Threats)

- **Düşük halk katılımı:** Grip aşısı gibi temel hizmetlerde düşük katılım, salgınlara karşı kırılganlığı artırabilir.

- **Finansman yetersizliği:** Koruyucu hizmetlerin yeterince fonlanmama-

sı, uzun vadede sağlık sisteminde maliyet yükünü artırabilir.

• **Toplum temelli hizmetlerin eksikliği:** Ruh sağlığı alanında DSÖ standartlarından uzak kalınması, kronikleşen sorunlara yol açabilir.

• **Eşitsizliklerin derinleşmesi:** Sosyoekonomik farklılıkların hizmet kullanımını belirlemesi, sağlıkta adalet ilkesini zayıflatmaktadır.

• **Küresel sağlık tehditleri:** Yeni salgınlar karşısında düşük aşılama oranları Türkiye'yi riskli hale getirebilir.

Şekil 1. Türkiye'nin Koruyucu ve Önleyici Sağlık Politikalarının DSÖ Standartları Çerçevesinde SWOT Analizi

Türkiye'nin Koruyucu Sağlık Politikaları SWOT Analizi (DSÖ Standartları Işığında)

Strengths	Opportunities
- Evrensel kapsayıcılık (mültecilere ücretsiz hizmetler) - Çocuk felci aşı kampanyası (DSÖ iş birliği) - Kanser taramalarına halk katılımı - Üreme sağlığı ve çocuk aşıları - Krizlere adaptasyon kapasitesi	- DSÖ iş birliklerinin artırılması - Toplum temelli ruh sağlığı modeli - Ağız sağlığı entegrasyonu - Sağlık okuryazarlığı kampanyaları - Sosyal belirleyicilere yönelik politikalar
Weaknesses	Threats
- Grip aşısı katılımının %2.3 gibi düşük olması - Ağız ve diş sağlığında tedavi odaklı yaklaşım - Ruh sağlığında hastane merkezli yapı - Uzman katılımı eksikliği - Sosyoekonomik eşitsizlikler	- Düşük halk katılımı - Finansman yetersizliği - Toplum temelli hizmetlerin eksikliği - Eşitsizliklerin derinleşmesi - Küresel sağlık tehditleri

Kaynaklar: Assi, Özger-İlhan, & İlhan (2019); Çakır (2023); Doğan & Durukan Köse (2025); Oflaz vd. (2021); Söyler vd. (2025).

Şekil 1, Türkiye'nin koruyucu ve önleyici sağlık politikalarının Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anahtar Performans Göstergeleri (APG) ile karşılaştırmalı değerlendirmesini sunmaktadır. Güçlü yönler, evrensel kapsayıcılık ve DSÖ ile iş birliği örnekleri üzerinden sistemin uluslararası standartlarla uyumunu göstermektedir. Zayıf yönler, grip aşısı katılımındaki düşük oranlar, ağız sağlığında tedavi odaklı yaklaşım ve ruh sağlığı hizmetlerinde toplum temelli modelin eksikliği ile öne çıkmaktadır. Türkiye'nin koruyucu ve önleyici sağlık politikaları, DSÖ'nün performans göstergeleri ve genel sağlık hedefleri çerçevesinde değerlendirildiğinde hem dikkate değer başarılar hem de önemli eksiklikler ortaya çıkmaktadır.

Güçlü Yönler ve DSÖ Standartlarıyla Uyumlu Alanlar Türkiye'nin sağlık sistemi, özellikle erişilebilirlik ve hassas gruplara yönelik kapsayıcılık konularında DSÖ'nün evrensel sağlık kapsayıcılığı hedefleriyle uyumlu politikalar geliştirmiştir. Kayıtlı tüm Suriyeli mültecilere, Türk vatandaşlarıyla

aynı düzeyde birincil ve ikincil sağlık hizmetlerine ücretsiz erişim sağlanması bu politikanın en somut örneğidir. Bu hizmetler, rutin çocuk aşıları, üreme sağlığı hizmetleri, tarama testleri ve mikro besin takviyeleri gibi temel koruyucu uygulamaları içermektedir (Assi, Özger-İlhan, & İlhan, 2019).

Ayrıca, DSÖ'nün yaban tipi çocuk felci virüsü tespiti üzerine Türkiye genelinde hem Türk hem de yabancı çocukları kapsayan bir aşı kampanyası düzenlenmesi, Türkiye'nin küresel sağlık tehditlerine karşı DSÖ ile koordineli ve hızlı bir şekilde yanıt verme kapasitesini göstermektedir. Bu, DSÖ'nün "güvenlik" ve "etkinlik" performans boyutlarıyla örtüşen bir başarıdır (Assi, Özger-İlhan, & İlhan, 2019).

Kanser taramalarına yönelik halk katılım oranlarının belirli bir seviyede olması da, kronik hastalıklarla mücadelede farkındalık yaratma ve hizmet sunma kapasitesi açısından bir başka güçlü yön olarak değerlendirilebilir. Bu durum, DSÖ'nün bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele stratejileriyle paralellik göstermektedir (Çakır, 2023).

Zayıf Yönler ve Geliştirilmesi Gereken Alanlar Buna karşın, birçok alanda Türkiye'nin koruyucu sağlık politikaları DSÖ standartlarının gerisinde kalmakta veya uygulama zorlukları yaşamaktadır. Grip aşısı gibi temel ve maliyet-etkin bir koruyucu müdahaleye katılımın %2,3 gibi son derece düşük bir seviyede olması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik halk sağlığı stratejilerinde ciddi bir zayıflığa işaret etmektedir (Çakır, 2023).

Ağız sağlığı, koruyucu hizmetlerin sistematik bir şekilde ihmal edildiği bir diğer kritik alandır. DSÖ, ağız ve diş sağlığını genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak kabul ederken, Türkiye'de bu alandaki politikaların tedavi odaklı kalması, koruyucu hizmetlerin yetersiz finanse edilmesi ve halkın bu konudaki bilincinin düşük olması, önemli bir politika boşluğu yaratmaktadır (Doğan & Durukan Köse, 2025).

Ruh sağlığı hizmetlerinde ise, Türkiye'nin politikaları DSÖ'nün tavsiyeleriyle açıkça çelişen bir yapı sergilemektedir. DSÖ, büyük akıl sağlığı hastanelerinin yerine toplum temelli, erişilebilir ve insan haklarına saygılı rehabilitasyon merkezlerini önermektedir. Ancak Türkiye'de sağlık sisteminin hala hastane merkezli olması, önleyici müdahalelerin yetersiz kalması ve toplum temelli hizmetlerin organize olamaması, bu alanda DSÖ standartlarından uzaklaşıldığını göstermektedir. Uzmanlaşmış ruh sağlığı profesyonellerinin politika yapım süreçlerine dahil edilmemesi de bu sorunu derinleştirmektedir (Oflaz vd., 2021).

Son olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında sosyoekonomik belirleyicilerin rolü, DSÖ'nün "eşitlik" (equity) performans göstergesi açısından önemli bir zorluk teşkil etmektedir. Daha yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip bireylerin bu hizmetlerden daha fazla yararlanması, sağlıkta mevcut

eşitsizlikleri derinleştirme riski taşımaktadır. Bu durum, hizmetlerin sadece ücretsiz veya erişilebilir olmasının yeterli olmadığını, aynı zamanda sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik daha geniş kapsamlı politikalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (Söyler vd., 2025).

Tablo 2. Politika Önerileri, DSÖ Göstergeleri ve Öncelik Düzeyleri

Politika Önerisi	Kaynak (APA)	Hedeflenen Alan	Beklenen Etki	Öncelik Düzeyi
Tarama katılımını artırmak için yerel yönetim ve toplum temelli programların güçlendirilmesi	IARC (2020, p.45)	Erken tanı, kronik hastalıkların önlenmesi	Tarama oranlarının yükselmesi, erken teşhis kapasitesinin artması	Yüksek
Erişkin aşılması için dijital entegrasyon ve aile hekimliği teşviklerinin artırılması	KDCA (2022, p.18)	Bağışıklama, erişkin sağlığı	Aşıya erişimin kolaylaşması, bağışıklama oranlarının yükselmesi	Yüksek
Davranışsal risk faktörlerine yönelik bütüncül politikaların geliştirilmesi	Swinburn et al. (2019, p.2519)	Yaşam tarzı hastalıkları, obezite, tütün	Sağlıklı yaşam alışkanlıklarının yaygınlaşması, kronik hastalıkların azalması	Yüksek
Gerçek zamanlı veri izleme sistemlerinin güçlendirilmesi	Jin & Lee (2020, p.17647)	Veri yönetimi, epidemiyolojik izleme	Dinamik politika üretimi, hızlı müdahale kapasitesinin artması	Orta
Yerelleştirilmiş koruyucu sağlık hizmetlerinin artırılması	Tikkanen & Abrams (2020, p.67)	Yerel sağlık ihtiyaçları, erişilebilirlik	Toplumsal özel ihtiyaçlarına uygun çözümler, sürdürülebilir sağlık politikaları	Orta

Kaynaklar: International Agency for Research on Cancer [IARC], 2020; Disease Control and Prevention Agency [KDCA], 2022; Swinburn, Kraak, Alender, vd., 2019; Jin & Lee, 2020; Tikkanen & Abrams, 2020.

Tablo 2, Türkiye'nin koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde literatür doğrultusunda önerilen politika müdahalelerini özetlemektedir. Öneriler, DSÖ'nün anahtar performans göstergeleri (erişilebilirlik, etkinlik, eşitlik, güvenlik ve sürdürülebilirlik) ile ilişkilendirilmiş ve beklenen etkileriyle birlikte sunulmuştur. Öncelik düzeyi sütunu, politika yapıcılarının hangi alanlarda acil müdahaleye ihtiyaç olduğunu belirlemesine yardımcı olmaktadır. Özellikle tarama katılımının artırılması, erişkin aşılmasının güçlendirilmesi ve davranışsal risk faktörlerine yönelik politikaların geliştirilmesi yüksek öncelikli alanlar olarak öne çıkmaktadır.

Genel Değerlendirme ve Politika Önerileri

Literatür doğrultusunda Türkiye'nin sağlık sisteminde mevcut eksikliklerin giderilmesi ve sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi amacıyla önerilen

politika maddeleri şunlardır: Tarama katılımını artırmak için yerel yönetim ve toplum temelli programların güçlendirilmesi (IARC, 2020:45). Erişkin aşılması için dijital entegrasyon ve aile hekimliği teşviklerinin artırılması (KDCA, 2022:18). Davranışsal risk faktörlerine yönelik bütüncül politikaların geliştirilmesi (Swinburn & ark., 2019:2519). Gerçek zamanlı veri izleme sistemlerinin güçlendirilmesi (Jin & Lee, 2020:17647). Yerelleştirilmiş koruyucu sağlık hizmetlerinin artırılması şeklinde öneriler sunulabilir (Tikkanen & Abrams, 2020:67). Bu öneriler, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmayı hedeflemekte ve kronik hastalıkların azaltılması için kritik stratejiler içermektedir.

Tarama Katılımını Artırmak

Yerel yönetimlerin ve toplum temelli programların güçlendirilmesi, tarama katılım oranlarını artırma konusunda önemli bir adım olacaktır. Bu tür programlar, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıracak ve erken teşhis ile müdahaleye olanak sağlayacaktır. Erken tanı, kronik hastalıkların önlenmesinde hayati bir rol oynamaktadır.

Erişkin Aşılması

Erişkin aşılması için dijital entegrasyon ve aile hekimliği teşviklerinin artırılması, aşıya ulaşımı kolaylaştıracak ve bağışıklama oranlarını yükseltecektir. Bu, özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olan bireyler için kritik bir öneme sahiptir. Dijital sistemlerin kullanımı, aşı takvimlerinin takip edilmesini ve bireylerin aşılanma süreçlerini daha verimli hale getirebilir.

Davranışsal Risk Faktörlerine Yönelik Politika Geliştirme

Davranışsal risk faktörlerine yönelik bütüncül politikaların geliştirilmesi, yaşam tarzı hastalıklarının önlenmesi açısından önemlidir. Bu politikalar, halkın sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemesine yardımcı olarak, uzun vadede sağlık sorunlarının azalmasına katkı sağlayacaktır.

Gerçek Zamanlı Veri İzleme

Gerçek zamanlı veri izleme sistemlerinin güçlendirilmesi, sağlık politikalarının dinamik ve etkin bir şekilde sürdürülmesine olanak tanıyacaktır. Bu sistemler, sağlık hizmetleri sunumunda hızlı müdahalelere imkan tanıyarak, sağlık sorunlarına anında yanıt verilmesini sağlar.

Yerelleştirilmiş Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Yerelleştirilmiş koruyucu sağlık hizmetlerinin artırılması, toplumun özel ihtiyaçlarına uygun çözümler sunarak sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artıracaktır. Bu yaklaşım, yerel sağlık dinamiklerini göz önünde bulundurarak, daha etkili ve sürdürülebilir sağlık politikaları geliştirilmesine katkı sağlar.

Türkiye'nin koruyucu ve önleyici sağlık politikaları, DSÖ Anahtar Performans Göstergeleri (APG) ile karşılaştırıldığında karma bir tablo sunmaktadır. Türkiye, kanser taramalarına halkın katılımı ve mülteciler gibi hassas gruplara sağlık hizmeti erişimi sağlama gibi alanlarda DSÖ'nün evrensel sağlık kapsayıcılığı ve erişilebilirlik ilkeleriyle uyumlu önemli başarılar göstermektedir (Çakır, 2023; Assi, Özger-İlhan, & İlhan, 2019). DSÖ ile çocuk felci aşılması gibi konularda doğrudan iş birliği yapılması da bu uyumu pekiştirmektedir (Assi, Özger-İlhan, & İlhan, 2019).

Ancak, grip aşısı gibi bazı temel koruyucu uygulamalardaki düşük katılım oranları, koruyucu ağız sağlığı hizmetlerinin sistematik bir şekilde entegre edilememesi ve ruh sağlığı alanında DSÖ'nün toplum temelli hizmet modeline karşın hastane merkezli yaklaşımın devam etmesi gibi önemli zayıf yönler ve geliştirilmesi gereken alanlar mevcuttur (Çakır, 2023; Doğan & Durukan Köse, 2025; Ofraz vd., 2021). Ayrıca, önleyici hizmetlerin kullanımının eğitim ve gelir düzeyi gibi sosyoekonomik faktörlerden etkilenmesi, DSÖ'nün sağlıkta eşitlik ilkesi açısından üzerinde durulması gereken bir sorundur (Söyler vd., 2025).

Sonuç

Türkiye'nin koruyucu sağlık hizmetleri, DSÖ performans göstergeleriyle karşılaştırıldığında güçlü yönler ve fırsatlar barındırsa da, grip aşısı katılımı, ağız sağlığı ve ruh sağlığı hizmetlerinde önemli zayıflıklar bulunmaktadır. Sosyoekonomik eşitsizliklerin azaltılması ve toplum temelli hizmetlerin yaygınlaştırılması, DSÖ standartlarına uyum için kritik öneme sahiptir.

Mevcut bulgular, Türkiye'nin aşılama ve anne-çocuk sağlığı alanında kayda değer ilerlemeler sağladığını, ancak kronik hastalıkların önlenmesi, erişkin aşılması ve sağlık okuryazarlığı gibi alanlarda DSÖ'nün anahtar performans göstergelerinin gerisinde kaldığını göstermektedir (Çakır, 2023; OECD, 2022). Ayrıca, ağız sağlığı ve ruh sağlığı hizmetlerinde tedavi odaklı yaklaşımın baskın olması, DSÖ'nün toplum temelli ve önleyici hizmet modelinden uzaklaştığını ortaya koymaktadır (Doğan & Durukan Köse, 2025; Ofraz et al., 2021).

Bu bağlamda, Türkiye'nin koruyucu sağlık sistemini DSÖ standartlarına daha yakın hale getirmek için şu politika öncelikleri öne çıkmaktadır:

- **Dijital sağlık hizmetlerinin genişletilmesi** ve epidemiyolojik veri yönetiminin güçlendirilmesi.

- **Toplum temelli müdahalelerin yaygınlaştırılması** ve özellikle ruh sağlığı alanında DSÖ'nün önerdiği rehabilitasyon merkezlerinin kurulması.

- **Sağlık okuryazarlığının artırılması** ve halkın grip aşısı gibi temel koruyucu hizmetlere katılımını teşvik edecek kampanyaların geliştirilmesi.

· **Sosyoekonomik eşitsizliklerin azaltılması** için sosyal belirleyicilere yönelik politikaların güçlendirilmesi.

Sonuç olarak, Türkiye'nin koruyucu sağlık hizmetleri, DSÖ performans göstergeleriyle uyumlu bazı güçlü yönleri sahip olmakla birlikte, sürdürülebilirlik ve eşitlik açısından geliştirilmesi gereken kritik alanlar barındırmaktadır. Bu alanlarda yapılacak iyileştirmeler, hem ulusal sağlık sisteminin etkinliğini artıracak hem de Türkiye'nin DSÖ standartlarına uyumunu güçlendirecektir.

KAYNAKÇA

- Adam, L., Leung, A. H., & Sariyar, M. (2024). Mapping of health system performance indicators to the WHO HSPA framework. *Stud Health Technol Inform*, 321, 2-6. <https://doi.org/10.3233/SHTI241050>
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu*. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ilerleme raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Assi, R., Özger-İlhan, S., & İlhan, M. N. (2019). Health needs and access to health care: The case of Syrian refugees in Turkey. *Public Health*, 172, 146-152. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.05.004>
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (2008). Global public health: A scorecard. *Lancet*, 372, 1988-1996. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61558-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61558-5)
- Beşparmak, A., & Seviş, Ü. (2005). Kayseri İl Merkezi Argıcık Sağlık Ocağı Bölgesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı ve kullanımını etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 1-7.
- Carrin, G., & James, C. (2005). Key performance indicators for the implementation of social health insurance. *Applied Health Economics and Health Policy*, 4(1), 15-22. <https://doi.org/10.2165/00148365-200504010-00004>
- Çakır, M. (2023). Preventive health services in Turkey: Participation and challenges. *Journal of Public Health Policy*, 44(2), 215-229.
- Doğan, A., & Durukan Köse, S. (2025). Oral health policy model for Turkey: How to deliver preventive services? *Front Health Serv*, 5, 1513688. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1513688>
- Gökalep, Y., Dinçer, H., Eti, S., & Yüksel, S. (2024). Generating a novel artificial intelligence-based decision-making model for determining priority strategies for improving community health. *Journal of Operational Intelligence*, 1(1), 1-12. <https://doi.org/10.31181/jopi21202413>
- Gostin, L. O., & Wiley, L. F. (2020). Governmental public health powers during the COVID-19 pandemic: Stay-at-home orders, business closures, and travel restrictions. *JAMA*, 323(21), 2137-2138. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5460>
- Hayran, O., Nuhoğlu, A., & İnan, A. (1988). Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen etkenler. *Toplum ve Hekim*, 6, 17-21.
- Hejduková, P. (2015). The trends of globalization in the health care markets. In *Innovation Management and Sustainable Economic Competitive Advantage: From Regional Development to Global Growth* (Vols I-VI, pp. 3197-3208). Norristown: Int Business Information Management Assoc-IBIMA.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2020). *Cancer screening programmes and participation rates*. Lyon: WHO Press.
- Jin, H., & Lee, J. (2020). Real-time health data monitoring systems: Applications

- and challenges. *IEEE Access*, 8, 17645–17658. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2020.2965432>
- Kartoglu, U., & Pala, K. (2023). Evaluation of COVID-19 pandemic management in Türkiye. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpu-bh.2023.1142471>
- Keskin, H. İ. (2020). Türkiye’de aile hekimliğine geçiş sürecinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının verimliliği. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 21(1), 133-152.
- Kieny, M. P., Bekedam, H., Dovlo, D., Fitzgerald, J., Habicht, J., Harrison, G., Kluge, H., Lin, V., Menabde, N., Mirza, Z., Siddiqi, S., & Travis, P. (2017). Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(7), 537–539. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.187476>
- Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). (2022). *Adult vaccination strategies and digital integration*. Seoul: KDCA Publications.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Marmot, M. (2015). The health gap: The challenge of an unequal world. *The Lancet*, 386(10011), 2442–2444.
- OECD (2014). *OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/factbook-2014-en>.
- OECD/European Union. (2022). *Health at a glance: Europe 2022: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
- Oflaz, F., Boyacıoğlu, N. E., Yılmaz, S., Sukut, Ö., Doğan, N., & Enginkaya, S. (2021). A profile of nurses in psychiatric units: Istanbul sample. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12(3), 188-197. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.59672>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı,
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). *Türkiye sağlık istatistikleri yılığı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Aile hekimliği uygulama ve geliştirme dairesi başkanlığı*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/baskanligi-miz-ah-uygulamagelistirme-db/gorev-tanimi.html>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Discussion Paper*. World Health Organization. <http://hdl.handle.net/1903/21769>
- Soyler, S., Sipahi, B., & Çavmak, D. (2025). Does access to health care affect utilization of preventive health services? An ordered probit model analysis of Turkey health survey. *World Medical & Health Policy*, 17, 606-615. <https://doi.org/10.1002/wmh3.70028>
- Sülkü, S., Coşar, K., & Tokathoğlu, Y. (2021). COVID-19 süreci: Türkiye deneyi-

- mi. *Sosyoekonomi*, 29(49), 345-372. <https://doi.org/10.17233/sosyoekonomi.2021.03.18>
- Swindburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., et al. (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 393(10173), 791–846. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
- Teoli, D., Sanvictores, T., & An, J. (2023). SWOT analysis. *StatPearls*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing.
- OECD. (2025). *Health at a glance 2025: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.
- Tikkanen, R., & Abrams, M. K. (2020). Enhancing localized preventive health services: Lessons from international practice. *Commonwealth Fund Report*, 1–78.
- TÜİK. (2022). *Türkiye istatistikleri 2022*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Yayınları. https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/turkiye_istatistikleri.pdf
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). *Sağlık araştırması verileri*. Ankara: TÜİK Yayınları.
- Türk Tabipleri Birliği. (2021). *Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetleri raporu*. Ankara: TTB Yayınları.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025). *Koruyucu sağlık hizmetleri yıllık raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2025). *Sağlık hizmetleri yıllık raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Wang, M.-J., & Lo, Y.-T. (2022). Strategies for improving the utilization of preventive care services: Application of importance–performance gap analysis method. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13195. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013195>
- Watson, O. J., Barnsley, G., Toor, J., Hogan, A. B., Winskill, P., & Ghani, A. C. (2022). Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: A mathematical modelling study. *Lancet Infectious Diseases*, 22(9), 1293-1302. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00320-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00320-6)
- WHO. (2023). *World health statistics 2023*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000). *World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance*. Geneva, Switzerland.



**SAĞLIĞIN SESSİZ AKTÖRLERİ:
SOSYOEKONOMİK
VE KÜLTÜREL
BELİRLEYİCİLERİN GÜCÜ**

“=====”

Nadide Sevil TÜLÜCE¹

Mustafa KÖSE²

¹ Doç. Dr., 0000-0003-2804-0728, Kayseri Üniversitesi, nadidetuluce@kayseri.edu.tr
² 0009-0004-8150-993X, Kayseri Üniversitesi, mustafa.kkose@outlook.com

Giriş

Modern tıbbi yaklaşımlarda uzun bir süre boyunca biyomedikal model öne çıkmıştır. Yıllarca tıbbın temelini oluşturan bu görüşe göre, sağlık ve hastalıkların asıl nedeni vücut içindeki değişimlerdir. Sağlıklı bir insanda meydana gelen biyofiziksel veya biyokimyasal değişimler, kimi zaman rahatsızlıklara ya da hastalıklara yol açar. İnsan bedenini anlaşılabilir bir makine gibi gören modern tıp, gelişimini neden-sonuç ilişkileri üzerine kurmuştur. Tıbbın kurumsallaşmasını sağlayan ve ona uzun süre yön veren biyomedikal model, hastalıkları ve sağlığı pozitivist kanıtlara dayanarak açıklamaktadır (Turner, 2011).

Biyomedikal sağlık modelinin hastalık ve sağlık süreçlerini açıklamakta yetersiz kalması üzerine, sosyal bilimlerden bir alternatif olarak biyokültürel sağlık modeli geliştirilmiştir. Bu model, biyomedikal yaklaşımda olduğu gibi bedende yaşanan değişimlerin hastalıklar üzerindeki etkisini kabul eder. Ancak buna ek olarak, sağlık ve hastalık süreçlerinin toplumsal yapıdan ve kültürel yaşamdan ayrı düşünülemeyeceğini savunarak tamamlayıcı bir bakış açısı sunar. Biyokültürel model, tıbbi açıklamaları reddetmek yerine onları destekler; sadece hastalıkları tanımlarken psikososyal ve sosyokültürel faktörleri de sürece dahil eder. Talcott Parsons'ın çalışmaları, sağlık durumlarının toplumsal yapı ve insan ilişkileri gibi sosyolojik unsurlarla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulayarak bu modelin tıp dünyasında tanınmasını sağlamıştır (Turner, 2011). Böylece tıp ve sağlık gibi temel kurumların incelenmesinde sosyokültürel perspektifler önem kazanmış, bu alanların bilimsel bir çerçevede ele alınabileceği daha iyi anlaşılmıştır.

İnsanların dünyaya geldiği, büyüdüğü, çalıştığı ve yaşlandığı tüm çevre ve yaşam koşullarını ifade eden sosyal belirleyiciler ile sağlık arasındaki bağlantı çok eski bir bilgi olmasına rağmen, bu konu modern tıbbın ilgi alanına girmesi uzun zaman almıştır. Oysa, yapılan çalışmalar sosyal belirleyicilerin birey sağlığı üzerindeki etkisinin, genetik faktörlerden ve sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğinden dahi daha kritik olduğunu göstermektedir. Hatta, toplumun genel sağlık düzeyi ve refah halinin yarısından fazlasının bu sosyal belirleyicilere ve bunlara adil bir şekilde cevap veren sağlık hizmeti sunumuna bağlı olduğu ortaya çıkmıştır.

Biyokültürel yaklaşımın ortaya koyduğu bu geniş bakış açısı ve sosyal faktörlerin sağlık üzerindeki büyük etkisi, tıp biliminin artık sadece teknik bir alan olmadığını göstermektedir. Sağlıklı olmayı sadece tahliller veya genetik sonuçlarla açıklamak artık yetersiz kalmakta, sağlık alanında çalışan herkesin bakış açısını değiştirmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bireyin genleri ve aldığı hizmetler önemli olsa da tüm bu durumlar kişinin yaşadığı çevre ve sosyal şartlar tarafından belirlenmektedir.

Araştırmamızın temel amacı ise, sosyal belirleyiciler ışığında seçili OECD ülkelerinde, sağlık çıktıları ile sosyoekonomik ve sağlık sistemi değişkenleri arasındaki ilişkileri analiz etmektir. Çalışma, özellikle toplumsal gelir dağılımındaki eşitsizliğin temel sağlık göstergeleri üzerindeki etkisinin yönünü ve gücünü ortaya koymayı hedeflerken, aynı zamanda sağlık harcamalarının bu çıktıları ne ölçüde iyileştirdiğini inceleyerek harcama etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Elde edilecek bulgular ışığında, sağlık sistemlerinin başarısının sadece finansal yatırımla değil, aynı zamanda toplumsal hakkaniyet ve gelir dağılımındaki adaletle olan kritik bağımlı bilimsel olarak temellendirmek ve daha eşitlikçi sağlık politikaları oluşturulmasına yönelik öneriler sunmak bu araştırmanın öncelikli hedeflerini oluşturmaktadır.

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri: Kuramsal Temeller

Sağlık kavramının ne anlama geldiği ve nasıl tanımlanması gerektiği sorunu, uzun yıllardır tartışılan önemli bir konudur. Bu alanda sayısız sağlık tanımı yapılmış olmasına rağmen, tanımların birbirinden farklı olması ve sağlığın hangi koşullar dahilinde ele alınacağına dair ortak bir fikir birliği bulunmamaktadır. Hatta dünya çapında yetkili bir kurum olan Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı sağlık tanımı dahi akademik çevrelerce eleştirilmektedir. Buna rağmen, DSÖ'nün tanımının en yaygın kullanılan tanım olduğu kabul edilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın tanımını, yalnızca hastalık ya da sakatlık durumunun olmayışı değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olması şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 1978).

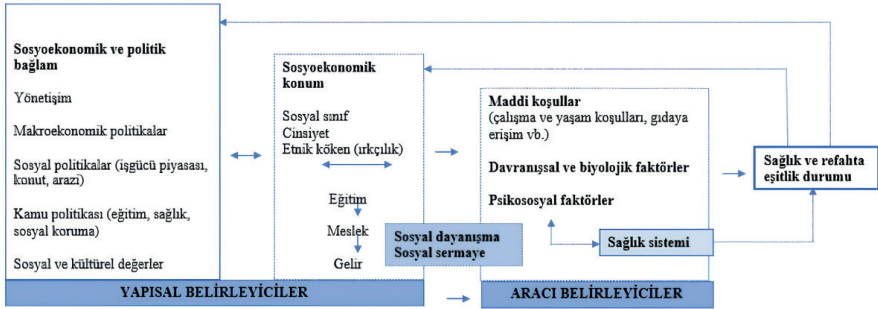
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımlamaya göre sağlığın sosyal belirleyicileri; bireylerin yaşam döngüsü boyunca içinde bulundukları doğma, büyüme, çalışma ve yaşlanma gibi tüm çevresel koşulları kapsamaktadır. Bu koşulların temel şekillendiricisi ise küresel ve yerel ölçekteki para, güç ve kaynak dağılımıdır (Chelak ve Chakole, 2023). Sosyal belirleyiciler, kişilerin toplumsal hiyerarşi içerisindeki statü, güç ve kaynaklara erişim konusundaki farklılıklarını somut bir şekilde ortaya koyar. Mevcut araştırmalar, küresel düzeydeki hastalık yükü ve sağlık alanında gözlemlenen adaletsizliklerin asıl kaynağının bu sosyal faktörler olduğunu kanıtlamaktadır (WHO, 2010). Bu doğrultuda, DSÖ Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (CSDH); toplum refahını yükseltmek ve eşitsizlikleri gidermek için izlenecek en verimli yolun, doğrudan bu yapısal sosyal unsurların iyileştirilmesinden geçtiğini belirtmektedir (Chelak ve Chakole, 2023).

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (CSDH), ekonomik ve sosyal politikaların sağlık ve sağlık eşitsizliği üzerindeki etkilerini açıkça ortaya koymuştur. Çalışmalar, hem ülkeler arasında hem de ülke ve bölgeler içinde belirgin sağlık eşitsizliklerinin bulunduğunu belirlemiştir. Komisyon, yöne-

timlerin, paydaşları güçlendiren bir sağlık politikası oluşturması, merkeziyetçi olmayan bir sağlık sistemi ile yerel gereksinimleri karşılaması, toplumsal katılımı teşvik etmesi ve sosyal sermayeyi güçlendirmesinin gerekli olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca, günlük yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve kaynaklarla gücün adil dağıtılması durumunda sağlık eşitsizliklerinin azalacağı ifade edilmiştir (WHO, 2008; Friel & Marmot, 2011; Bharmal, Derose, Felician ve ark., 2015).

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun (CSDH) kavramsal çerçevesi, sağlığı temelden sosyal bir olgu olarak kabul eder ve meseleyi bütüncül bir perspektifle inceler. Bu modelde belirleyiciler, yapısal ve aracı olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmıştır. Yapısal belirleyiciler, bireyin sosyoekonomik konumunu (sosyal sınıf, cinsiyet, etnik köken, ırkçılık) şekillendiren faktörler ile yönetim, makroekonomik politikalar, işgücü/konut gibi sosyal politikalar ve kültürel değerler gibi politik/sosyal mekanizmalardan oluşur.

Öte yandan aracı belirleyiciler, maddi koşullar (çalışma ve yaşam şartları, gıda erişimi) gibi çevresel nedenlere ek olarak davranışsal, biyolojik ve psikososyal faktörleri ve sağlık bakım sisteminin kendisini içermektedir (Şekil 1). Komisyon, bu iki belirleyici grubun arasındaki karmaşık etkileşimlerin, ülkeler içinde ve uluslararası düzeyde sağlık ve refah sonuçlarının farklılaşmasına neden olduğunu açıkça gözlemlemiştir (CSDH, 2008).



Şekil 1. Yapısal ve Aracı Belirleyiciler (Karatana, 2023)

Sağlıkta Eşitsizlik Kavramı

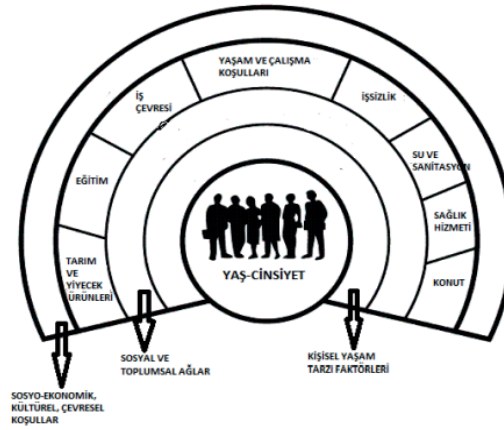
Sağlıkta eşitsizlik, bireylerin ve grupların sağlık durumları arasında görülen, önlenemez, haksız ve adil olmayan tüm farkları tanımlar. Bu farklılıklar sadece biyolojik veya genetik yatkınlıklardan değil, büyük ölçüde insanların kontrolü dışında olan sosyal, ekonomik ve çevresel koşullardan kaynaklanmaktadır.

Bu eşitsizlik, bir ülkenin en zengin kesimi ile en yoksul kesimi arasındaki yaşam beklentisi farkında, eğitim düzeyi düşük gruplarda görülen daha yüksek kronik hastalık oranlarında veya etnik azınlıkların sağlık hizmetlerine

erişim zorluklarında somutlaşır. Sağlık eşitsizliği, esas olarak sağlığın sosyal belirleyicileri (gelir, eğitim, barınma, çalışma koşulları) tarafından şekillen-
dirilen bir sonuçtur. Bu nedenle, toplumun kaynaklarını, gücünü ve fırsatla-
rını adil bir şekilde dağıtmadığının temel bir göstergesidir. Sağlık alanındaki
her türlü iyileştirme çabası, bu yapısal eşitsizlikleri ele almalıdır.

Sağlık eşitsizlikleri temelde gelir, sosyal sınıf, etnik köken, coğrafi ko-
şullar, yoksunluk vb. gibi sosyal olarak belirlenmiş faktörlerin yanı sıra, iş
sahibi olup olmama, sosyal entegrasyon, meslek, gelir düzeyi vb. gibi bireysel
belirleyiciler ve faktörlerden kaynaklanmaktadır. (Vagerö, 1995; McCartney
vd., 2013).

Sağlıkta eşitsizliklerin oluşmasına etki eden, sağlığın belirleyicileri ile
ilgili olarak Dahlgren ve Whitehead'ın geliştirdiği Gökkuşuğu Model'i (Ra-
inbow Model) göre; bireyin merkezde, yaş, cinsiyet gibi değişkenlerle kişisel
alışkanlıklar (ör: sigara içmek) sosyal ve toplumsal etkilerin ve yapısal fak-
törlerin (ör: çalışma koşulları, hizmetlere erişim) etkisinde olduğu vurgulan-
maktadır (Kurtuldu,2016).



Şekil 2. Dahlgren ve Whitehead'in Gökkuşuğu Modeli (Kurtuldu,2016).

Birçok akademik çalışma, sağlık eşitsizliklerinin ilk ve doğrudan neden-
leri olarak coğrafi konumu ve etnik kökeni ele alma eğilimindedir. Bu tür
yaklaşımlar, belirli bölgelerdeki bozuk gelir dağılımını veya yaygın yoksul-
luğu doğrudan etnik yapıya ya da coğrafyaya bağlar. Oysa durumun temeli
farklıdır: Aynı coğrafyada yaşayan veya aynı etnik gruba mensup zengin in-
sanlar, diğer bölgelerdeki veya gruplardaki zenginler gibi, daha az hastalanır
ve daha uzun yaşarlar.

Örneğin, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan zengin bir iş adamı,
İzmir'deki fakir bir işçiden daha sağlıklı bir yaşam sürebilir. Benzer şekil-

de, Mısır, Sri Lanka ve Peru'nun zengin mahallelerinde çocuk ölümleri çok düşük seviyedeysen, aynı mahallede fakir ailelerde (örneğin, kapıcı çocuklarında) çocuk ölüm oranının daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir (World Bank, 1993). Bu verilere dayanarak, sağlık eşitsizliğinin temel nedeninin bölgesel veya etnik özellikler değil, sosyal sınıf ve sosyoekonomik konum olduğu göz ardı edilmemelidir (Şimşek & Kılıç, 2012).

Sağlıkta eşitsizliğin en kritik noktalarından biri, sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyan grupların ödeme güçlükleri veya bilgi eksikliği vb. nedenlerle bu hizmetlere ulaşamamasıdır. Dahası, yoksulların yaşadığı bölgelere yapılan sağlık yatırımları genellikle düşüktür. Bu durum, zaten daha fazla risk altında olan yoksulların sağlık hizmetlerine erişmesini imkânsız hale getirmektedir. Literatürde "Ters Hizmet Kuralı" olarak adlandırılan bu döngüsel süreç, mevcut eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir (Whitehead, 1990). Sonuç olarak, sağlıkta adaletin sağlanması, sağlık sistemlerinin, kaynakların ve hizmetlerin dağıtımındaki bu yapısal çarpıklığı acilen gidermesine bağlıdır. Aksi takdirde, sosyoekonomik durumun sağlık çıktılarındaki belirleyiciliği devam edecek, böylece eşitsizlikler kalıcı bir toplumsal sorun olarak varlığını sürdürecektir (Şimşek & Kılıç, 2012).

Yetenekler Yaklaşımı

İktisatçı ve filozof Amartya Sen'in Yetenek Yaklaşımı, refah ve sosyal adalet kavramlarını geleneksel yaklaşımların ötesine taşıyan yeni bir bakış açısı sunmaktadır. Sen, sosyal adalet değerlendirmelerinin yalnızca bireylerin sahip olduğu kaynaklara (gelir, servet) odaklanmaması gerektiğini asıl önemli olanın bireylerin bu kaynakları kullanarak değerli işlevleri gerçekleştirme potansiyeli olduğunu savunmaktadır.

Amartya Sen yeryüzündeki servetin eşi benzeri görülmemiş bir şekilde artmış olmasına rağmen, dünyadaki insanların çoğunun temel özgürlüklerden bile yoksun olduğu, kuraklıklara rağmen açlıktan ölümlerin devam ettiği gerçeği üzerinde oldukça fazla düşünmüştür. 1979'da Stanford Üniversitesi'nde verdiği bir konferansta, refah değerlendirmelerinin tamamen yeni bir yolunun temeli olan "Yeterlilik Yaklaşımı" kavramını sunmuş ve kalkınmanın, pozitif özgürlükler bağlamında yeterliliklerin genişlemesi olarak anlaşılması halinde, itici güç olduğunu savunmuştur. Onun yaklaşımında, sadece piyasada serbestçe ticaret yapmak değil, aynı zamanda iyi bir eğitim almak, sağlıklı olmak, kolayca önlenebilir hastalıklardan kaçınabilmek, düzgün beslenmek ve barınmak da iyi bir yaşam için gerekli yetkinlikler de önemlidir. Yeterlilik yaklaşımının temel iddiası şu şekilde özetlenebilir: Bir kişinin durumunun ne kadar iyi olduğunu anlamak için, o kişinin ne tür bir hayat sürdürdüğüne, oluş (beings) ve yapılar (doings) açısından neler başardığına bakmak gerekir. Bu nedenle, Yetkinlik yaklaşımını temelde bireysel refahın ve sosyal düzenlemelerin değerlendirilmesi, toplumdaki değişikliklere ilişkin öneri ve politi-

kaların formüle edilmesi için geniş bir normatif çerçeve olarak tanımlayabiliriz (Boz,2012).

Temel Sosyal Belirleyiciler

Gelir Düzeyi

Sağlık ve gelir arasındaki ilişki, gelişmiş ülkelerde uzun zamandır incelenen bir konudur ve bu ülkelerdeki çalışmalar sağlık ve gelir ilişkisini çeşitli boyutlarda sunmaktadır. Bu alandaki çalışmaların ortak sonuçları, bireylerin sağlık düzeylerini ve sağlık çıktılarını belirleyen sosyo-ekonomik faktörlerdir (Cutler ve Lleras-Muney, 2006; Deaton, 2006; Preston, 1975; Rodgers, 1979, WHO, 2008).

Gelir düzeyinin ve gelir dağılımındaki adaletsizliğin sağlık üzerindeki etkileri, ağırlıklı olarak gelişmiş ülkeler özelinde araştırılmış ve bu ilişkiyi açıklayan çeşitli teoriler geliştirilmiştir. Bu kuramsal yaklaşımlar arasında, sağlık-gelir bağına analiz eden iki temel görüş “mutlak gelir hipotezi” ve “gelir eşitsizliği hipotezi”dir (Lynch vd., 2004; Wagstaff ve van Doorslaer, 2000). Mutlak gelir hipotezi, bireyin sağlığını sahip olduğu gelirin bir sonucu olarak kabul eder ve maddi refah arttıkça sağlık durumunun da iyileşeceğini ileri sürer (Lynch vd., 2004; Wagstaff ve van Doorslaer, 2000). Ancak bu olumlu etki, gelir seviyesi yükseldikçe azalma eğilimine girer; gelir ile sağlık arasındaki bu doğrusal olmayan ilişki birçok bilimsel çalışmada kanıtlanmıştır (Preston, 1975; Rodgers, 1979).

Öte yandan, gelir eşitsizliği hipotezi bireyin sağlığını sadece kendi kazancına değil, aynı zamanda toplumdaki gelir dağılımının dengesine bağlar. Bu yaklaşıma göre, mutlak gelirin yanı sıra ülkelerdeki gelir adaletsizliği, sağlık sonuçları üzerinde bağımsız bir etkiye sahiptir (Lynch vd., 2004; Wagstaff ve van Doorslaer, 2000). Dolayısıyla bu hipotez, toplumda gelir uçurumu arttıkça sağlık göstergelerinin de kötüleştiğini savunmaktadır (Wilkinson, 1992, 1997; Kawachi ve Kennedy, 1999; Subramanian ve Kawachi, 2004).

Sağlık ve gelir arasındaki bağlantı sadece bireyin ekonomik gücüyle sınırlı değildir. Mutlak Gelir Hipotezi’nin temsil ettiği gibi, gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar, gelir seviyesindeki artışın başlangıçta sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini, ancak avantajın giderek azaldığını göstermiştir. Bununla birlikte, Gelir eşitsizliği hipotezinin savunduğu durum daha da şaşırtıcıdır. Bu hipotez, toplumdaki gelir dağılımındaki adalet derecesinin, bireyin mutlak gelirinden bağımsız olarak, genel halk sağlığı düzeyini etkileyen kritik bir faktör olduğunu belirtmektedir.

Bu iki hipotezin bulguları, sağlık eşitsizliğinin bir arada bulunmasında sosyo-ekonomik faktörlerin sadece kişisel değil, toplumsal düzeyde de en önemli etkenler olduğunu doğrulamaktadır. Bu nedenle, daha sağlıklı toplumlar inşa etmek için sadece bireysel gelirleri artırmak değil, aynı zamanda

politikalar uygulanarak gelir dağılımındaki eşitsizlikleri azaltmak da gereklidir.

Eğitim

Farklı kanallar aracılığıyla eğitim, bireyin ve toplumun sağlığa yönelik tutum ve davranışları üzerinde olumlu etkiler yaratır ve insanların yaşam beklentisi düzeylerinin artmasına katkıda bulunur. Eğitim, yalnızca sağlığa zararlı maddelerin kullanım alışkanlığını azaltmakla kalmaz, aynı zamanda fiziksel sağlığın korunmasına ve obezite riskinin azalmasına, ayrıca zihinsel ve ruhsal sağlığın korunmasına da katkıda bulunur. Bunlara ek olarak, eğitim bulaşıcı hastalıklara karşı duyarlılığın artmasına ve düzenli spor yapma alışkanlığının kazanılmasına katkıda bulunur, bu nedenle ölüm oranlarını azaltır ve doğumda beklenen yaşam süresini artırır. Ayrıca, eğitim, ekonomik faktörlerin iyileştirilmesine katkıda bulunarak sisteme olumlu sağlık dışsal-lıkları kazandırır. Sağlık da eğitim üzerinde benzer etkiler yaratır. Eğitim ve sağlık arasında, bireyin insan sermayesi birikimine katkıda bulunan karşılıklı olumlu bir ilişki vardır. Bireyin insan sermayesindeki artış ise ekonomik büyüme, kalkınma, gelir dağılımı, ekonomik verimlilik, sosyal refah ve diğer birçok faktörü etkileyen bir etkidir (Yardımcıoğlu,2013).

Pek çok araştırmadan elde edilen veriler, eğitim ile sağlık arasında karşılıklı ve güçlü bir bağ olduğunu doğrulamaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe, bireylerin sağlığa yönelik tutum ve alışkanlıkları iyileşmekte, bu da toplum genelinde olumlu sağlık kazanımları yaratmaktadır (RWJF, 2009). Eğitim ve sağlık arasındaki bu ilişki çift yönlüdür: Eğitimli bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürmesi beklenirken, sağlıklı olmak da eğitim alma potansiyelini artırmaktadır (Webber, 2002; Stacey, 1998). Nitekim sağlık durumu yerinde olmayan bir bireyin eğitim sürecine aktif katılması ya da eğitiminden verim alması oldukça güçtür (Stacey, 1998). Eğitimin sağlık üzerindeki etkisi ekonomik kanallarla da pekişmektedir; zira yüksek eğitim seviyesi, daha iyi iş olanakları ve daha yüksek gelir düzeyi sağlayarak sağlığı dolaylı yoldan iyileştirmektedir (RWJF, 2009). Öte yandan, gelişmiş sağlık standartları iş gücünde verimliliği artıran en temel unsurlar arasındadır. Çünkü fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olan çalışanların üretim kapasiteleri çok daha yüksektir (Weale, 1992).

Sağlık, ekonomik büyüme ve kişisel verimlilik, yani gelir dağılımı bağlamında toplam faktör verimliliği üzerinde olumlu etkileri olan insan sermayesinin birikimidir. Bu bağlamda, hem eğitim hem de sağlık, mikro düzeyde olduğu kadar makro düzeyde de önemli faktörlerdir.

Çalışma Koşulları

Çalışmak, insanlık var olduğundan beri var olan bir kavramdır; başlangıçta yiyecek ve barınma ihtiyacından doğmuş, bugün ise gelir elde etme ve

statü kazanma anlamıyla varlığını sürdürmektedir. Çalışma hayatının çerçevesi, sanayi devrimine kadar uzanan bir tarihe sahiptir ve bu dönemde çalışma hayatını düzenlemek için adımlar atılmış, iş ve hastalık arasındaki ilişkiye odaklanılmıştır (Bilir & Yıldız, 2012). İş sağlığı ve güvenliğinde amaç, çalışanların fiziksel, zihinsel ve sosyal refahını sağlamak, geliştirmek ve teşvik etmektir. İş sağlığı ve güvenliğindeki temel yaklaşım, sağlığın korunmasıdır (Yıldız & Ceyda, 2020). Başlangıçta, çalışma hayatıyla ilgili sağlık ve güvenlik sorunları yalnızca sanayi ile ilişkilendirilirken, şimdi kapsamı tarım, hizmet sektörü, imalat, ulaştırma ve çalışanların iş sağlığı ve güvenliğinin konusu olduğu diğer tüm alanlara genişletilmiştir.

İşyerinde çalışanların sağlık ve güvenliğini tehlikeye atan risk faktörleri geniş bir yelpazede incelenmektedir. Temelde bu faktörler fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal kategorilere ayrılır. Fiziksel riskler (gürültü, titreşim, aşırı ısı, uygunsuz aydınlatma ve radyasyon) bedensel hasara veya hatta kalıcı duyu kaybına yol açabilir. Kimyasal riskler, solunum, deri veya sindirim yoluyla vücuda giren tozlar, gazlar ve buharlar yoluyla zehirlenmeye ve kronik hastalıklara neden olur. Sağlık sektörü ve tarımda yaygın olan biyolojik riskler, bakteri, virüs ve mantar gibi enfeksiyon kaynaklarıdır. Öte yandan, modern çalışma hayatının önemli bir parçası olan ergonomik riskler (tekrarlayan hareketler, ağır kaldırma, yanlış duruş) kas-iskelet sistemi bozukluklarına yol açabilirken, psikososyal riskler (yüksek iş yükü, belirsiz roller, mobbing, iş stresi) ruh sağlığını ve genel refahı olumsuz etkileyebilir. İş sağlığı ve güvenliğinin temel amacı, bu çeşitli risk faktörlerini belirleyerek, değerlendirerek ve ortadan kaldırarak çalışma ortamını güvenli hale getirmektir.



Şekil 3. Çalışma Yaşamı ve Sağlık İlişkisi (Çevik & Özkul, 2022)

Çevre ve Konut Koşulları

Barınma, en temel insan ihtiyaçlarından biridir. Günümüzde birçok ülkede yaşam koşullarının sağlıklı olmadığı ve dünya genelinde yaklaşık 2,4

milyon insanın temel hijyen hizmetlerinden yoksun olduğu bilinmektedir (WHO, 2018: Eurostat,2014). Kişi başına düşen GSYİH'si en yüksek on ülke arasında yer alan Amerika Birleşik Devletleri'nde bile her dört evden birinin sağlıklı ve yetersiz olduğu, büyük şehirlerdeki konutların %40'ının ise sağlık ve güvenlik açısından en az bir risk taşıdığı bildirilmiştir. Boston'da yapılan bir çalışmada, evlerin %15'inde hamamböceği ve fare bulunduğu belirtilmiştir. Birleşik Krallık'ta ise astım ve alerjik reaksiyonlarla ilgili olarak evlerin %3'ünde rutubet olduğu tespit edilmiştir (Boch vd., 2020).

Sosyal belirleyiciler, insanların sağlıklı konutlara erişiminde büyük rol oynamaktadır. Düşük gelirli ülkelerde, uygun fiyatlı sağlıklı konutlara erişimin çok zor olması yaygın bir durumdur; sonuç olarak, bireyler gıda, eğitim ve sağlık için ayırdıkları kaynakların çoğunu barınmaya harcamak zorunda kalırken, aynı zamanda ucuz ve sağlıklı evlerde yaşamaya mecbur kalmaktadırlar. Ülkemizde, hane halkı harcamalarının en büyük payının konut harcamalarına ayrıldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Çevrede yaşam koşulları için temel bir faktördür ve ev koşullarının sağlıklı olup olmadığını değerlendirmek için, bir konutun hem iç hem de dış mekan uygunluğunu dikkate almak gereklidir. İç mekan uygunluğu söz konusu olduğunda, aydınlatma ve pencere özellikleri, ısıtma türü, alan özellikleri, mutfak, tuvalet ve banyo gibi evsel olanaklar bazı faktörlerdir; dış mekan özellikleri arasında ise arazi, bina ve güvenlik özellikleri yer almaktadır.

İnsanlar yaşamları boyunca ortalama olarak zamanlarının yaklaşık %69'unu kapalı ortamlarda, yani konutlarda geçirirler. Çocuklar için bu rakamlar daha da artmaktadır (Berberoğlu, 2019). Konut koşulları, büyüyen çocuğun sağlığının fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişimsel yönlerini etkiler; bu da çocukluk dönemini gelişim için vazgeçilmez kılar ve sağlık üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Çocuklarda yaygın olan çocukluk obezitesi, solunum yolu hastalıkları ve yaralanmalar, çocuğun evinde bulunan risk faktörlerinden etkilenebilir. Kötü konut koşullarında yaşayan çocuklarda hastalık riski artarken, bu çocukların yetişkinlikte koroner kalp hastalıklarına, solunum yolu hastalıklarına ve kanserlere daha yatkın oldukları belirtilmektedir. Ayrıca, evin bulunduğu mahalle yapısının çocukların fiziksel ve zihinsel sağlığını, okula gitmeyi, okul performansını, şiddet ve suç oranını da etkilediği vurgulanmaktadır (Bureau, 2016).

Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık hizmetlerine erişim, toplumun ve bireylerin sağlıklarını korumaları veya sağlık hizmetlerinin sağlanması için gerekli olan temel sağlık hizmetlerinin, herhangi bir engelle karşılaşmadan, eşit, nitelikli ve ücretsiz olarak sağlık personeli tarafından talep edilmeksizin sunulması olarak tanımlanabilir (Kurt, 2007).

Sağlık hizmetlerine erişim üzerine bugüne kadar çok sayıda çalışma yapılmış olsa da, bu karmaşık kavramın tanımı üzerinde akademik çevrelerde henüz tam bir uzlaşa sağlanamamıştır (Russell vd., 2013). Genel olarak bakıldığında, erişim konusunun iki temel bakış açısıyla ele alındığı görülmektedir. Birinci yaklaşım, erişimi bir “uyum” meselesi olarak görür; yani bireylerin gelir düzeyi ve sigorta durumu gibi kişisel özellikleri ile sağlık sisteminin sunduğu olanakların (personel, tesis ve kaynak dağılımı gibi) ne kadar örtüştüğüne odaklanır. İkinci yaklaşım ise erişimi alınan sonuçlar üzerinden değerlendirir. Bu görüşü savunan araştırmacılara göre, bir sistemde erişimin ne kadar başarılı olduğu, ancak insanların hizmetten yararlanma sıklığı ve aldıkları hizmetten duydukları memnuniyet gibi somut çıktılarla ölçülebilir (Aday ve Andersen, 1974).

Sağlık hizmetlerine erişim karmaşık, çok boyutlu bir kavramdır (Russell vd. 2013), ancak genel olarak iki ana boyutta ele alınabilir: sağlık hizmetlerine gerçek erişim ve sağlık hizmetlerine algılanan erişim. Sağlık hizmetlerine gerçek erişim, erişimin tarafsız bir şekilde doğrudan gözlemlenebildiği ve ölçülebildiği boyutu ifade ederken, sağlık hizmetlerine algılanan erişim, her birey tarafından ayrı ayrı belirtilen erişimin öznel yönlerini ifade eder (Fortney vd. 2011).

Sağlık hizmetlerine erişim yedi boyutta analiz edilebilir: erişilebilirlik, coğrafi konum, uygun fiyatlılık, yerleştirme, zamanlama, kabul edilebilirlik ve farkındalık (Russell vd. 2013). Günümüzde bu geleneksel boyutlara ek olarak, bilgi teknolojilerinin sağlık sistemine entegre olması ve dijital sağlık çözümlerinin artmasıyla birlikte, erişimin artık dijital bir katmana sahip olduğu da önemle belirtilmektedir (Fortney vd., 2011).

Sağlık hizmetlerine erişim kavramının bu kadar karmaşık ve çok boyutlu bir yapı olması, konunun temel bir sosyal belirleyici olarak ne kadar kritik olduğunu göstermektedir. Erişim; coğrafya, ekonomik yeterlilik, sosyal kabul edilebilirlik ve hatta dijital olanaklar gibi çeşitli boyutlarını analiz etme ihtiyacı, sağlık sonuçlarını etkileyen eşitsizliğin kaynağını ortaya koymaktadır.

Bireylerin gerçekten ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri, yalnızca sağlık sisteminin iç düzenlemeleriyle değil, aynı zamanda nüfusun sosyo-ekonomik özellikleri ve bu özelliklerin sistemin kapasitesiyle ne kadar uyumlu olduğuyla da ilgilidir. Bu anlamda, hizmetlere erişimdeki her türlü engeli (mali, kültürel veya fiziksel) ortadan kaldırmak, toplumun refahını artırmanın ve sağlıkta adaleti sağlamanın ilk ve en önemli adımıdır. Bu nedenle, etkili bir sağlık politikası, erişimin çok boyutlu doğasını benimsemeli ve pratikte sadece teoride değil, sağlık haklarını güvence altına almayı hedeflemelidir.

Toplumsal Cinsiyet, Etnik Kimlik ve Göçmenlik

Göçün yarattığı olumsuz koşullar, özellikle kadınların elverişsiz barınma şartlarında yaşamasına ve yetersiz beslenmeye bağlı ciddi sağlık riskleriyle karşılaşmasına neden olmaktadır. Kadınların sağlık durumları, düşük gelir düzeyi, kalabalık ve küçük alanlarda toplu halde yaşama, elverişsiz konaklama koşulları, hijyen sorunları, temiz içme suyuna erişememe ve çöplerin düzgün toplanmaması, sağlık sigortası eksikliği, dil engeli, stres faktörleri, çalışan anneler ve çocuklarına bakacak kimsenin olmaması, yaşanan felaketler ve bazen şiddet nedeniyle ortaya çıkan ruhsal bozukluklar, göçün gerçekleştiği bölgede yeterli sağlık kuruluşunun bulunmaması gibi faktörlerden olumsuz etkilenmektedir.

Göçmen nüfus arasında kronik dejeneratif hastalıkların oranı da, zorlu yaşam koşulları, kötü çevre şartları, Sağlığın geliştirilmesi ve korunması hizmetlerine erişim eksikliği ve yetersiz sağlık hizmetleri nedeniyle artmaktadır. Sağlık sorunları yaşayan ve işgücü piyasasına kayıtlı olmayan göçmenlerin önemli bir kısmı kayıt dışı çalışmaktadır; bu nedenle, yetkililer tarafından fark edilme korkusuyla sağlık hizmetlerine başvurmamaktadırlar (Dünya Sağlık Örgütü, 2006). Hipertansiyon, diyabet, iskemik kalp hastalığı, böbrek yetmezliği ve kanser, Türkiye'ye göç eden Suriyeli mülteciler arasında en sık görülen hastalıklar arasındadır. AFAD, ülkemize göç eden ailelerde kronik hastalığı olan bireylerin oranının %7 olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, uygun konut koşullarında sıkça görülen nemden kaynaklanan astım, bronşit, alerji, kronik ağrı gibi hastalıklar ve evlerin aşırı kalabalık olmasından kaynaklanan ve temas yoluyla bulaşan solunum yolu enfeksiyonları, göçmen bireylerin sağlığı için ciddi bir tehdit haline gelmiştir (Aydoğan vd., 2017).

Seçili OECD Ülkelerinde Analiz

Bu çalışmada incelenen OECD ülkeleri, sağlığın sosyal belirleyicilerini karşılaştırılabilir bir zeminde analiz etmek amacıyla stratejik olarak belirlenmiştir. Ülkeler seçilirken temel kriter, ekonomik kapasiteleri temsil eden GSYİH düzeylerinin birbirine mümkün olduğunca yakın tutulmasıdır. Böylece benzer ekonomik güce sahip toplumların sağlık performanslarındaki farklılıkların kaynağı daha net bir şekilde sorgulanabilmektedir. Ancak, sosyal politikaların gücünü uç örneklerle somutlaştırmak amacıyla, zenginlik ve sağlık arasındaki ilişkinin her zaman doğrusal olmadığını kanıtlayan Japonya ve ABD de analize dahil edilmiştir. Japonya, düşük gelir eşitsizliğini yüksek yaşam beklentisiyle birleştiren bir “başarı modeli” olarak gösterilirken; ABD ise en yüksek sağlık harcamalarına rağmen düşük verimliliğe sahip bir örnek olarak, sosyal adaletin önemini vurgulamaktadır. Analizde kullanılan yaşam beklentisi, anne-bebek ölüm oranları, sağlık harcamaları ve Gini katsayısı gibi veriler ise toplumun genel refahını, sistemin mali gücünü ve gelir dağılımı adaletini en iyi yansıtan göstergeler olarak kabul edilmektedir. Bu

değişkenlerin birlikte değerlendirilmesi, ülkelerin sadece ekonomik güçleriyle değil, sosyal yapıları ve hakkaniyetli politika tercihleriyle sağlıkta nasıl ayrıştığını ortaya koymaktadır.

Tablo 1.Seçili OECD Ülkelerinde Sağlık Göstergeleri (2021 veya En Yakın Yıl)

	Yaşam Beklentisi	Anne-Bebek Ölüm Oranı	Sağlık Harcaması	Gini Katsayısı
Japonya	84,01	1,8	4.807,4	0,323
İspanya	83,29	2,6	3.541,8	0,315
Yunanistan	81,23	3,4	2.491,6	0,318
Şili	80,20	6,5	2.408,7	0,430
ABD	78,51	5,6	10.924,0	0,414
Macaristan	75,82	3,3	2.523,6	0,290
Litvanya	75,10	3,0	2.917,0	0,360
Letonya	74,77	2,4	2.720,6	0,340
Türkiye	77,30	9,8	1.827,0	0,419

Gelir Eşitsizliği

Tablodaki Gini katsayısı, bir ülkenin gelir dağılımının önemli bir göstergesidir; katsayı 0'a yaklaştıkça eşitlik artar, 1'e yaklaştıkça ise eşitsizlik derinleşir. Gelir eşitsizliği hipotezi, yüksek gelir eşitsizliğinin daha kötü sağlık sonuçlarına yol açtığını savunmaktadır. Bu hipotez, Şili (0,430), Türkiye (0,419) ve Amerika Birleşik Devletleri (0,414) gibi en yüksek Gini katsayılarına sahip ülkelerin, ortalama yaşam beklentisi (80,20, 77,30, 78,51) ve anne-bebek ölüm oranı (6,5, 9,8, 5,6) göstergelerinde Japonya (0,323) ve İspanya (0,315) gibi daha düşük eşitsizliğe sahip ülkelerin gerisinde kaldığını gösteren verilerle büyük ölçüde desteklenmektedir. Özellikle, en yüksek Gini katsayısına ve açık ara en yüksek anne-bebek ölüm oranına (9,8) sahip olan Türkiye, sosyal gelir dağılımındaki eşitsizliğin en ağır sağlık yüklerinden biri haline nasıl geldiğinin en kritik örneğidir.

Eşitlik ve Uzun Yaşam Belirtileri

Japonya (84.01) ve İspanya (83.29), en yüksek yaşam beklentisine ve en düşük anne-bebek ölüm oranlarına (1.8 ve 2.6) sahip ülkeler olarak öne çıkmaktadır. Bu ülkeler ayrıca en düşük Gini katsayılarına (0.323 ve 0.315) sahiptir. Bu durum, Amartya Sen'in yetenek yaklaşımının vurguladığı şeyi, yani bireylerin yalnızca kaynaklara (mutlak gelir) değil, aynı zamanda sağlıklı olmak ve hastalanmamak gibi temel yeteneklere de erişebilmesi gerektiğini doğrulamaktadır. Düşük gelir eşitsizliği, kaynakların ve dolayısıyla sağlıklı yaşam koşullarının toplumsal düzeyde daha eşit dağıtıldığını ve bunun da toplumun genel sağlık düzeyini yükselttiğini göstermektedir.

Sağlık Harcamalarının Etkinliği

Analizdeki en çarpıcı bulgulardan biri, ABD'nin sağlık harcamaları (10.924,0) ile Japonya (4807,4), İspanya (3541,8) ve Yunanistan (2491,6) gibi ülkelerin sağlık harcamaları arasındaki büyük farktır. Bununla birlikte, ABD, kişi başına en yüksek harcamayı yapmasına rağmen, yaşam beklentisi (78,51) ve anne-bebek ölüm oranı (5,6) gibi temel sağlık sonuçlarında en kötü sonuçlara sahip ülkedir. Bu durum, araştırmamızın amaçlarından biri olan 'harcama verimliliğinin' sorgulanması gerektiğini kesinlikle göstermektedir. Sağlık sistemi harcamaları tek başına yeterli değildir; sağlık sisteminin başarısı, sosyal adalet ve gelir dağılımındaki eşitlikle olan kritik bağlantısı olmadan düşünülemez. Bu veriler, kaynak dağılımının adil olmayan bir hale geldiğini ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişimin bireyin sosyo-ekonomik durumuna göre değiştiğini ve bir kez daha, Mutlak Gelir Hipotezi'nden daha ağır basan toplumsal faktörlerin belirleyici olduğunu göstermektedir.

Avrupa Örnekleri

Litvanya (0,360) ve Letonya (0,340) gibi Doğu Avrupa ülkelerinin Gini katsayıları İspanya ve Japonya'ninkinden daha yüksek olmasına rağmen, yaşam beklentileri (75,10 ve 74,77) önemli ölçüde daha düşüktür. Bu ülkeler, düşük eşitsizlik ve uzun yaşam beklentisine sahip ülkeler olan Japonya ve İspanya ile yüksek eşitsizlik ve nispeten düşük yaşam beklentisine sahip ülkeler Şili, ABD ve Türkiye arasında bir geçiş bölgesi oluşturmaktadır. Bu durum, sağlık sonuçlarının yalnızca gelir eşitsizliğine değil, aynı zamanda makroekonomik politikalara, işgücü/konut gibi sosyal politikalara ve yapısal belirleyiciler olarak kültürel değerlere de bağlı olduğunu göstermektedir.

Türkiye Örneği

Türkiye'nin 9,8 ile en yüksek anne-bebek ölüm oranına sahip ülke olması ve 0,419 ile en yüksek Gini katsayısına sahip ülkelerden biri olması, sosyo-ekonomik koşulların sağlık sonuçlarının ana faktörü olduğunun en çarpıcı kanıtıdır. Türkiye'nin sağlık harcamalarının (1.827,0) diğer OECD ülkeleri arasında en düşük seviyede olduğunu da hesaba katarsak, zaten eşitsiz gelir dağılımına sahip bir toplumda sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşanması ve Ters Hizmet Yasası etkisinin güçlü bir şekilde işlemesi çok muhtemeldir. Bu yasa, sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyan grupların (düşük gelirli, yeterince bilgilendirilmemiş) bu hizmetlere erişememesi ve bu gruplar nedeniyle bu bölgelerdeki sağlık yatırımlarının düşük olması durumunu tanımlar. Türkiye'nin verileri, bu döngüsel sürecin mevcut eşitsizlikleri derinleştirdiğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma uzun süre baskın olarak devam eden biyomedikal dönemin aksine bireyin yaşadığı büyüdüğü ve çalıştığı çevreyi kapsayan sosyal

belirleyicilerin bütüncül ve kritik bir öneme sahip olduğunu bütüncül bir perspektifle açıklamaktadır. Bu geniş perspektif sağlık alanında çalışan bütün sağlık personellerin bakış açısını değiştirmesi gerektiğini ortaya koyar. Zira toplumsal ve kültürel yapının sağlık alanından ayrı düşünülemeyeceği biyokültürel model ile kabul görmüştür. Çalışmanın teorik çerçevesi, sosyal adalet değerlendirmelerinin yalnızca kaynaklara değil, aynı zamanda bireylerin sağlıklı olmaları ve iyi yaşamaları için sahip oldukları temel yeteneklere de dayanmasının ne kadar önemli olduğunu teyit etmiştir. Sağlık ve gelir arasındaki ilişkiye dair incelenen hipotezler arasında, mutlak gelir hipotezi, gelirin sağlık üzerindeki olumlu etkisinin bireyin geliri arttıkça azaldığını iddia ederken, Gelir eşitsizliği hipotezi ise gelir dağılımındaki eşitsizliğin, toplam gelirin büyüklüğünden bağımsız olarak sağlık sonuçlarını olumsuz etkilediğini savunmaktadır.

Seçili OECD ülkelerinin verileri, bu teorik çelişkiyi açıkça çözmüş ve gelir eşitsizliği hipotezinin doğruluğunu teyit etmiştir. En düşük Gini katsayılarına sahip Japonya ve İspanya'nın en yüksek yaşam beklentisine sahip olması, eşitsizliğin az olmasının halk sağlığını artırdığını gösterirken, ABD'nin kişi başına en yüksek harcamalara rağmen sağlık sonuçlarının geride kalması, finansal yatırımlara eşlik eden sosyal adalet boyutunun, sağlık sisteminin başarısının sadece para meselesi olmadığını göstermektedir. Türkiye'ye gelince, en yüksek Gini katsayılarından birine ve en yüksek anne-bebek ölüm oranlarına sahip olması, literatürde "Ters Hizmet Yasası" döngüsünü çarpıcı bir şekilde göstermiştir; bu döngü, hizmetlere en çok bağımlı olanların bu hizmetlere en az erişebilenler olması nedeniyle mevcut eşitsizliklerin derinleşmesinin kaynağıdır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde adaletin sağlanması, kaynak ve hizmet dağıtımındaki bu yapısal çarpıklığın acilen ortadan kaldırılmasına bağlıdır; Buna göre, politika yapıcıların, sosyal refah sorunlarını, sağlıkta eşitliğin önündeki engeller ile hizmete erişimdeki mali ve diğer engelleri kaldırarak kaynakları en çok ihtiyaç duyan gruplara yönlendirmek amacıyla gelir dağılımını iyileştiren makroekonomik ve sosyal politikalara öncelik vermeleri tavsiye edilir. Sağlık, her bireyin temel bir hakkıdır. Bu nedenle, modern sağlık politikaları; eşit, ücretsiz, erişilebilir ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin benimsenmesi ve uygulanması hedefine odaklanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Aday, L. A. & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Akdemirel, E. (2024). OECD ülkelerinde sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine bir panel veri analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(1), 65-90.
- Aydoğan, S. & Metintaş, S. (2017). Türkiye'ye gelen dış göç ve sağlığa etkileri. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 2(2), 37-45.
- Bekmez, S. (2011). Türkiye'de gelir, gelir eşitsizliği ve sağlık ilişkisi: Panel veri analizi bulguları. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 10(1).
- Berberoğlu, U. (2019). Konut sağlığı. Akbaba M, ed. Halk sağlığı bakış açısı ile çevre sağlığı. *Türkiye Klinikleri*, 97-101.
- Bharmal, N., Derose, K. P., Felician, M. & Green, H. D. (2015). Achieving health equity: A guide for health care organizations (Research Report RR-1011-RWJF). *RAND Corporation*.
- Bilir, N. & Yıldız, A. N. (2012). İş sağlığı ve güvenliği. In: Güler Ç, Akın L, editors. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı 2*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 532-64.
- Boch, S. J., Taylor, D. M., Danielson, M. L., Chisolm, J. D. & Kelleher, K. J. (2020). 'Home is where the health is': Housing quality and adult health outcomes in the survey of income and program participation. *Prev Med (Baltim)*, 132:105990.
- Boz, Ç. (2012). Adam Smith ve Amartya Sen. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(3), 71-96.
- Bureau, N. C. (2016). *Housing and the health of young children: Policy and evidence briefing for the VCSE sector*.
- Chelak, K. & Chakole, S. (2023). The role of social determinants of health in promoting health equality: A narrative review. *Cureus*, 15(1).
- Cutler, D. & Leras-Muney, A. (2006). Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. *NBER Working Paper Series*, working paper: 12352.
- Çevik, C. & Özkul, B. (2022). Çalışma yaşamında dezavantajlı gruplar ve eşitsizlikler. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(3), 611-618.
- Deaton, A. (2006). Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations and Policies. *NBER Working Paper Series*, working paper: 12735.
- Dünya Bankası. (2024). *Kişi başına düşen gayrisafi yurt içi hasıla (cari ABD doları) [Veri seti]*. Dünya Bankası VeriBankası.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2024). *Küresel Sağlık Gözlemevi veri deposu: Doğuşta yaşam beklentisi ve sağlıklı yaşam süresi [Veri seti]*.
- Erdem, E. (2023). Biyokültürel Model Açısından Dış Sağlığı ve Hastalıklarının Sosyolojik Olarak İncelenmesi. *Olgu Sosyoloji Dergisi*, 2(1), 36-45.

- Ergör, A. (2020). *İş sağlığında temel kavramlar*: HASUDER İş Sağlığı Çalışma Grubu.
- Eskiocak, M. & Akbaşak, D. (2017). Edirne’de Romanların sağlığı: Sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık durumlarına yönelik bulgular. *Türk J Public Health*, 15(2), 136-49.
- Eurostat. (2014). *Archive: Housing conditions - Statistics Explained*.
- Fortney, C. J., Burgess, F. J., Hayden Bosworth, B., Brenda Booth, M. & J. Peter Kaboli. (2011). A Reconceptualization of Access for 21st Century Healthcare. *Journal of General Internal Medicine*, 26 (suppl 2), 639-647.
- Friel, S. & Marmot, M. (2011). Action on the social determinants of health and health inequities requires action on climate change. *International Journal of Epidemiology*, 40(4), 863–868.
- Gözlü, M. & Tatlıdil, H. (2015). Türkiye’deki 81 ilin kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim durumları. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2), 145-165.
- Hayran, O. (2025). Sağlıkta hakkaniyetin sosyal belirleyicileri. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 10(3), 398-403.
- Karatana, Ö. (Ed.). (2023). *SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ VE HEMŞİRELİK*. Efe Akademi Yayınları.
- Kawachi, I. & Kennedy, B. P. (1997). The Relationship of Income Inequality to Mortality: Does the Choice of Indicator Matter?. *Social Science and Medicine*, 45: 1121–27.
- Kurt, Ö. (2007). Ülkemizde Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunlu Mudur? Aile Hekimleri Bu Sorunu Çözebilir Mi? In M. Eskiocak (Ed.), *Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 69-78.
- Lynch, J. W., Smith, G. D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G. A. & Wolfson, M. (2004). Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review. *Milbank Quarterly*, 82(1), 5-99.
- Nygren-Krug, H. (2002). *25 questions & answers on health & human rights*. World Health Organization.
- OECD. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*.
- Öncü, E., Önen, E. & Vayisoğlu, S. K. (2020). Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde konut koşulları ve okul çağı çocuklarının sağlığı ile ilişkisi. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 6(2), 192-210.
- Preston, S. H. (1975). The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. *Population Studies*, 29:231–48.
- Rodgers, G. B. (1979). Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis. *Population Studies*, 33:343–51.
- Russell, J. D., Humphreys, S. J., Ward, B., Chisholm, M., Buykx, P., McGrail, M. & Warkman, J. (2013). Helping PolicyMakers Address Rural Health Access Problems. *The Australian Journal of Rural Health*, 21, 61-71.

- RWJF. (2009). Education Matters for Health. *Commission to Build a Healthier America*, Issue Brief 6.
- Stacey, N. (1998). Social Benefits of Education. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 559:54-63.
- Subramanian, S. V. & Kawachi, I. (2004). Income Inequality and Health: What Have We Learned So Far? *Epidemiologic Reviews*, 26: 78-91.
- Şimşek, H. & Kılıç, B. (2012). Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. *Turkish Journal of Public Health*, 10(2), 116-127.
- Tavukçu, E. & Şahin, N. H. (2021). Türkiye’de göçün kadın yaşamına olan etkilerinin toplumsal cinsiyet bağlamında incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 89-101.
- Tekingündüz, S., Kurtuldu, A. & Erer, T. I. (2016). Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik ve etik. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(4), 32-43.
- Turner, B. S. (2011). *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*. (Ü. Tatlıcan, Çev.) Bursa: Sentez Yayıncılık.
- Vagerö, D. (1995). Health inequalities as policy issues – reflections on ethics, policy and public health. *Sociology of Health & Illness*, 17(1).
- Wagstaff, A. & van Doorslaer, E. (2000). Income Inequality and Health: What Does the Literature Tell Us? *Annual Review of Public Health*, 21:543–67.
- Webber, D. (2002). Policies to Stimulate Growth: Should We Invest in Health or Education? *Applied Economics*, 34:1633-1643.
- Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: EUR/ICP/RPD/414.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata*, International Conference on Primary Health Care.
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*.
- WHO. (2010). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*.
- WHO. (2018). *WHO housing and health guidelines*.
- Wilkinson, R. G. (1992). Income Distribution and Life Expectancy. *British Medical Journal*, 304(6820):165–8.
- Wilkinson, R. G. (1997). Socioeconomic Determinants of Health: Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standards?. *British Medical Journal*, 314: 591-595.
- World Bank. (1993). *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- Yardımcıoğlu, F. (2013). EĞİTİM VE SAĞLIK İLİŞKİSİ: PANEL EŞBÜTÜNLEŞME

VE PANEL NEDENSELLİK ANALİZİ. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 49-74.

Yıldız, A. N. & Ceyda, Ş. (2020). *İş sağlığı ve güvenliği temel kavramlar*: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.