

KÜRESEL VE ULUSAL PERSPEKTİFTEN SAĞLIK YÖNETİMİ



Editör
EMİNE ÇETİN



BİDGE Yayınları

KÜRESEL VE ULUSAL PERSPEKTİFTEN SAĞLIK YÖNETİMİ

Editör: EMİNE ÇETİN

ISBN: 978-625-372-865-6

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 13.12.2025

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



İÇİNDEKİLER

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ: ŞEHİR HASTANELERİ	5
İBRAHİM TÜRKMEN.....	5
BELKIS ÖZKARA	5
SAĞLIK TURİZMİNİN AKTÖRLERİ: KİMLER BU SEKTÖRÜN ŞEKİLLENMESİNDE ROL OYNUYOR?	31
İLAYDA GÜZEL	31
SERAP DURUKAN KÖSE	31
SAĞLIK DİPLOMASİNİN ULUSAL SAĞLIK POLİTİKALARINDAKİ ROLÜ	62
ŞERAFETTİN ERTEN	62
TÜRKİYE’NİN SAĞLIK İHTİYAÇLARININ ULUSLARARASI SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ	91
RAMAZAN RÜÇHAN KAYA.....	91
TÜRKİYE’DE SAĞIK HİZMETLERİNİN VERİMLİLİĞİNİN SINIRLANDIRILMIŞ VE SINIRLANDIRILMAMIŞ VZA MODELLERİ İLE ANALİZİ	119
İBRAHİM SALİH ÇEKİM.....	119
ÜMİT ÇIRAKLI	119
TÜRKİYE’DE VE DÜNYADA PALYATİF BAKIM.....	141
MEHTAP TUYKUN	141
EMİNE ÇETİN	141

SAĞLIK KURUMLARINDA KURUMSAL İTİBAR.....	173
AYÇA KARAHAN	173

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİ: ŞEHİR HASTANELERİ

İBRAHİM TÜRKMEN¹
BELKIS ÖZKARA²

Giriş

Gelişmiş ülkelerde 1980’li yıllardan itibaren sağlık hizmetlerinin erişimi, sunumu ve finansman yöntemlerini kapsayan bir reform süreci başlatılmıştır. Türkiye’de ise 2023 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile uygulamaya konulmuş ve aşama aşama günümüze kadar uygulamaya devam edilmiştir. SDP’nin ilk aşamasında farklı sigorta kurumları Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplanmıştır. Özel hastaneler ile SGK arasında sözleşme imzalanarak hastaların özel hastanelere başvurabilmesi kolaylaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, sunumu ve finansmanı ayrılmıştır. Aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Sağlıkta kalite ve akreditasyon süreçleri ile hizmet sunum kalitesi artırılmaya çalışılmıştır. SDP’nin ikinci aşamasında ise Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) projeleri ile şehir hastaneleri hayata geçirilmiştir.

¹ Öğr. Gör. Dr., Uşak Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, Orcid: 0000-0002-1558-0736

² Prof. Dr., Afyon Kocatepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, Orcid: 0000-0002-4324-9741

Sağlık alanında KÖİ modeli ile hastanelerin inşa edilmesi ve yönetilmesi ilk kez İngiltere’de uygulanmıştır. Daha sonraki süreçte KÖİ modelinin sağlık sektöründe kullanımı Kanada ve Avrupa ülkeleri başta olmak üzere dünya genelinde yaygınlaşmıştır. Türkiye’de ilk KÖİ projesi ile hastane ihalesi 2015 yılında yapılmıştır. Türkiye’de KÖİ modeli ile yapılan hastanelere “şehir hastanesi” olarak adlandırılmıştır. 2017 yılında KÖİ modeli ile yapılan “Mersin Şehir Hastanesi” hizmet sunumuna başlamıştır. 2017-2023 yılları arasında Türkiye’de KÖİ modeli ile 17 ilde 18 şehir hastanesi açılmıştır. 2020 yılından itibaren hastane inşaatı ve yönetilmesinde KÖİ modelinden vazgeçilmiştir. 2020 yılından itibaren kamu bütçesiyle 17 “şehir hastanesi” yapılması planlanmaktadır.

KÖİ modeli, yeni hastanelerin inşa edilmesi ve sağlık hizmetlerinin modernizasyonunun yanı sıra sağlık ekonomisi, hizmet kalitesi, sağlık yönetimi ve kamu finansmanı açısından da çok boyutlu sonuçlar üretmektedir. Dolayısıyla şehir hastaneleri, avantajları, ortaya çıkardığı yönetimsel ve finansal riskler nedeniyle literatürde yoğun olarak tartışılmaktadır. Bu bölümde, öncelikle KÖİ modeli, türleri, faydaları ve getirilen eleştiriler akademik çerçevede değerlendirilmiştir. Ayrıca Avrupa ülkelerinde 1990-2025 yılları arasında gerçekleştirilen KÖİ proje sayısı, parasal tutarı, sağlık alanındaki KÖİ projelerine ilişkin sayısal verilere yer verilmiştir. Son olarak ise Türkiye’de KÖİ modeli ile kurulan şehir hastaneleri hakkında bilgi verilmiştir.

Kamu Özel İşbirliği

KÖİ, sektörler arası bir işbirliği türüdür. Sektörler arası işbirliği kaynak bağımlılığı nedeniyle kamu, özel ve sivil toplum kuruluşları arasında yapılan işbirliklerine verilen genel bir addır (Gray, 1985). Sektörler arası işbirliği kamu, özel ve sivil toplum kuruluşları arasında (kamu-özel, kamu-STK, özel-STK ve kamu-

özel-STK) farklı işbirliği türlerinden oluşmaktadır (Waddell ve Brown, 1997). Ülkeler, 1990'lı yıllardan itibaren ulaşım, iletişim ve enerji gibi fiziksel altyapı yatırımlarında KÖİ modelini yaygın olarak kullanmaktadır. Son zamanlarda ise sağlık ve eğitim gibi kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektörle işbirliği yapmaya başlamıştır (Shaoul, 2009).

KÖİ, “bir kamu kurumu ile özel bir ortak arasında, uzun vadeli bir sözleşme kapsamında bir kamu altyapı projesi ve hizmeti sunmak üzere tasarlanmış bir düzenlemedir” (EPEC, 2025). KÖİ genel olarak, “bir altyapının veya bir hizmetin sağlanmasının finansmanını, inşasını, yenilenmesini, bakımını ve yönetimini sağlamayı amaçlayan kamu kurumu ile özel bir işletme arasındaki işbirliği biçimlerini” ifade etmektedir (Commission of the European Communities, 2004).

KÖİ modelinin beş temel özelliği bulunmaktadır (Yescombe, 2007):

- Ulaşım, eğitim, sağlık ve enerji gibi kamu hizmetinin sunulması
- 25-49 yıl gibi uzun süreli sözleşmenin olması
- Sözleşme süresince kamunun kira ve hizmet bedeli ödemesi
- Kamu ve özel sektörün karşılıklı olarak riskleri paylaşması
- Sözleşme süresi sona erdiğinde alt yapı ve tesisin kamuya devredilmesi

. Hükümetler tesis ve alt yapıların başlangıç yatırımlarından kurtulmak, alt yapı maliyetlerini düşürmek, bütçe açığını dengelemek, alt yapıları zamanında hizmete almak, hizmet sunumuna odaklanmak, verimliliği sağlamak ve sorumluluğu özel

sektöre devretmek gibi amaçlarla KÖİ modeline yönelmektedir. Hükümetlerin KÖİ modelini benimsemesindeki temel neden ise finansal ve siyasi riskleri azaltmaktır (Fitzgerald, 2004; Boardman, Poschmann ve Vining, 2005; Delmon, 2011).

KÖİ, kamu ve özel sektör arasında bir risk paylaşımıdır. Aynı zamanda KÖİ projeleri kamu ve özel tarafın farklı beklenti ve çıkarları nedeniyle çok çeşitli riskler barındırmaktadır (Roumboutsos ve Pantelias, 2015). KÖİ projelerinin “arazi tahsisindeki gecikmeler, yolsuzluk, siyasi müdahaleler, yasal boşluklar, toplumun muhalefeti, yüksek işlem ve finansman maliyetleri, enflasyon, kur ve faiz oranlarındaki dalgalanması, mücbir sebepler, projedeki mühendislik hataları, gecikmeler, rekabet koşullarının oluşmaması, sözleşmedeki eksiklikler ve boşluklar, özel tarafın finansal yapısındaki bozulmalar” gibi farklı riskleri bulunmaktadır. Kamu ve özel sektör yöneticileri KÖİ’nin tüm potansiyel risklerini proje boyunca değerlendirmelidir. KÖİ riskleri, minimum maliyetle yönetebilecek tarafa tahsis edilmelidir (Chan vd., 2011).

Kamu Özel İşbirliği Türleri

Ülkeler siyasi ve hukuki yapılarına bağlı olarak vatandaşlarına eğitim, sağlık, güvenlik, ulaşım ve iletişim gibi kamu hizmetlerini sunmakla yükümlüdür. Ancak 1980’li yıllardan itibaren gelişmiş ülkelerde neoliberal politikaların hâkim hale gelmesi ve yeni kamu yönetimi yaklaşımının benimsenmesiyle birlikte devletin yükümlülükleri ile ilgili dönüşüm yaşanmaktadır. Bu bağlamda devlet birçok altyapı ve hizmeti doğrudan sağlamak yerine yetkilendirmek, finanse etmek, düzenlemek ve denetlemek görevlerini üstlenmektedir (Lane, 2000; Savas, 2001). Kamu yönetiminde yaşanan bu dönüşümler sonucunda kamu hizmetinin sunumunda KÖİ ve özelleştirme uygulamaları yaygınlaşmıştır.

KÖİ yaklaşımı, kamu ile özel sektör kuruluğu arasında imzalanan sözleşmeye bağılı olarak dış kaynak kullanımından özelleştirmeye kadar farklı modeller içermektedir (Barlow, Roehrich ve Wright, 2013). Dış kaynak kullanımı, bir hizmetin örgütün kendi kaynaklarıyla sunması yerine sözleşmeye bağılı olarak dışarıdan bir şirket tarafından sunulmasıdır (Ivanova ve Vodenova, 2019). Dış kaynak kullanımı sağık hizmetlerinin sunumunda sıklıkla kullanılmaktadır. Hastaneler, belirli uzmanlık, yüksek yatırım ve gelişmiş teknoloji gerektiren hizmetleri uzmanlaşmış şirketlerden temin etmektedir (Berry vd., 2021; Tekin ve Emikönel, 2023). Özellikle radyoloji cihazları ve görüntüleme hizmetlerinde dış kaynak kullanımı yaygınlaşmıştır (Tekin, Emikönel ve Türkmen, 2024; Türkmen, Emikönel ve Tekin, 2024). Günümüzde Türkiye’de kamu hastanelerinde 39 farklı alt yapı ve hizmet alanında dış kaynak kullanımı kullanılmaktadır (Çil Koçyiğıt, Kadı ve Sorucuoğlu, 2019). Dış kaynak kullanımı hastane bütçesinin yaklaşık %5’ini oluşturmaktadır (Rahimi, Mizrahi ve Magnezi, 2011). Özelleştirme uygulamalarında ise bir altyapı ve hizmetin tamamen özel sektöre devredilmesidir.

KÖİ, ülkelerdeki siyasi, sosyal ve hukuki farklılıklar nedeniyle farklı şekillerde kullanılmaktadır (Norment, 2002). Türkiye’de dört farklı KÖİ modeli uygulanmaktadır (Yescombe, 2007; Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019; Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020):

- İşletme Hakkı Devri: Mülkiyeti kamuda olan bir tesisin işletme hakkının belirli bir süre için özel sektöre devredilmesidir. Sözleşme sonunda tesisin mülkiyeti kamuda kalır. Türkiye’de 109 proje gerçekleşmiştir ve genellikle havalimanı ve enerji sektöründe kullanılmıştır.
- Yap-İşlet Modeli: Tesis özel sektör tarafından inşa edilir ve işletilir. Sözleşme süresince kamu alım garantisi verir.

Sözleşme sonunda tesis özel sektörde kalır. Elektrik ve doğalgaz santrallerinde kullanılmaktadır. Türkiye’de 5 proje gerçekleştirilmiştir.

- **Yap-İşlet-Devret Modeli:** Özel sektör hazine arazisi üzerine tesis ve altyapı inşa eder ve işletir. Sözleşme süresince kamu alım garantisi verir. Sözleşme sonunda tesisin mülkiyeti kamuda kalır. Ulaşım sektöründe otoyol, havalimanı, liman, köprü ve tünel inşa edilmesi ve işletilmesinde kullanılmaktadır. Türkiye’de 120 proje gerçekleştirilmiştir.
- **Yap-Kirala-Devret Modeli:** Kamu tarafından bedelsiz tahsis edilen arazi üzerine özel sektör tesisi yapmakta, fiziksel donanımını, bakım ve onarımı sağlamakta, sözleşme süresince sözleşmede belirlenen alanları işletmekte ve sözleşme sona erdiğinde tesisi kamuya devretmektedir. Kamu tarafı sözleşme süresince özel sektöre kira ve hizmet bedeli ödemesi yapmaktadır. Türkiye’de eğitim (öğrenci yurtları) ve sağlık (şehir hastaneleri) sektöründe kullanılmaktadır.

Kamu Özel İşbirliğinin Faydaları

KÖİ modelleri, dünya genelinde kamu altyapı yatırımlarında sıkça kullanılan uzun vadeli sözleşme türleridir. KÖİ kamu hizmetlerinin finansmanı, planlanması, inşa edilmesi ve işletilmesi görevlerinin belirli oranlarda özel sektör tarafından üstlenilmesini sağlayan bir mekanizmadır. Hükümetler KÖİ modeli ile kamu finansmanını çeşitlendirmeyi, riskleri paylaşmayı ve özel sektörün yönetsel verimliliğinden yararlanmayı amaçlamaktadır (Grimsey ve Lewis, 2002).

KÖİ modelleri hem kamu hem de özel sektör için fayda sağlamakta ve bir kazan-kazan durumu oluşturmaktadır (Tiffin ve

Hall, 1998). KÖİ ile ilgili literatür incelendiğinde KÖİ modelinin sağladığı faydalar şu şekildedir (Tiffin ve Hall, 1998; Chinyio ve Gameson, 2009; Shaoul, 2009; Barlow vd., 2013; Sarmiento ve Renneboog, 2016):

- Tesis ve altyapı açığının azaltılması ve geliştirilmesi,
- Bütçe kısıtlamaları ve finansman sıkıntılarının giderilmesi,
- Risklerin kamu ve özel taraf arasında paylaşılması,
- Özel sektörün tecrübe ve uzmanlığından yararlanılması,
- Özel sektöre yatırım fırsatının sağlanması,
- Vatandaşların düşük maliyetle daha iyi hizmet almasının sağlanması,
- Temel yeteneklere odaklanması,
- Tesis ve altyapı yatırımlarının zamanında gerçekleştirilmesi.

Kamu Özel İşbirliğine Yönelik Eleştiriler

KÖİ modeli birçok fayda sağlamakla birlikte gelir garantileri, teşvikler, uzun vadeli sözleşmeler, şeffaflık, hesap verilebilirlik, gelecek yatırımları kısıtlama ve esnekliği azaltma gibi eleştiriler de bulunmaktadır (Hodge, 2005). KÖİ'lere yönelik getirilen genel eleştiriler şu şekildedir:

- KÖİ modellerinde süreçler örtülü yürütülmekte, sözleşmeler “ticari sır” olarak kabul edilmekte ve genellikle kamuoyundan gizlenmektedir. Bu durum kamunun şeffaflık ve hesap verilebilirlik ilkeleri açısından eleştirilmektedir (Toms, Asenova ve Beck, 2009). KÖİ projeleri kamu sektörünün “dürüstlük, adalet,

şeffaflık ve özellikle hesap verebilirlik” gibi temel değerlerini aşındırmamalıdır (Wright, 2000).

- KÖİ projelerinde hazine garantileri verilmektedir. KÖİ projelerinin başarısızlığı halinde maliyetler kamu bütçesi tarafından karşılanmaktadır. Bu konuda kamu kaynaklarının özel sektöre aktarıldığına ilişkin eleştiriler bulunmaktadır (Shaoul (2005).
- KÖİ projelerinde elde edile çıktılarının ve hizmet kalitesinin belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi oldukça zordur. KÖİ sürecindeki belirsizlikler denetimi zorlaştırmaktadır (Barlow vd., 2013).
- KÖİ projelerinin sözleşmeleri 25-49 yıl gibi uzun süreli yapılmaktadır. Sözleşme sürelerinin uzun olması gelecekteki hükümetlerin yatırım tercihlerini ve kararlarını kısıtlamaktadır (Coghill ve Woodward, 2005).
- KÖİ projeleri çok büyük tesis ve alt yapı yatırımları için kullanılmaktadır. Dolayısıyla bu projelerin maliyetleri de çok yüksektir. KÖİ projelerinin yüksek maliyeti teklif verecek firma sayılarını düşürmektedir. Bu durum KÖİ projelerinde sadece belirli özel şirketlerin teklif vermesine, rekabetin sağlanamamasına ve işlem maliyetlerinin yükselmesine neden olmaktadır (Barlow vd., 2013).
- KÖİ projeleri, kamu yatırımlardan daha yüksek maliyete neden olabilir. Özel sektör kamuya göre daha yüksek faiz oranıyla finansman bulmaktadır. Ayrıca KÖİ projelerinin fizibilite ve işlem maliyetleri de yüksektir (Liebe ve Pollock, 2009).

KÖİ modellerine yönelik genel olarak sözleşmelerin ticari sır olarak kabul edilmesi ve sürecin gizli yürütülmesi eleştirilmektedir.

Sözleşmelerin gizli tutulması KÖİ projelerinin maliyetlerinin net olarak bilinmemesi eleştirileri artırmaktadır. Özellikle KÖİ modelinin finansmanı, maliyetleri, sözleşme kapsamında verilen teşvikler ve garantiler hakkında kamuoyunda eleştiriler bulunmaktadır.

KÖİ modellerinin 25-49 yıl gibi uzun süreli olması gelecek yatırımları kısıtlamakta, süreç içerisinde karşılaşılan problemlerin çözülmesinde sözleşmelerin yeniden müzakere edilmesini gerektirmekte, çıktıların, performansın ve kalitenin değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Bu durum işlem maliyetlerini de artırmaktadır. KÖİ modellerine yönelik getirilen eleştiriler incelendiğinde, kamunun şeffaflık ve hesap verilebilirlik ilkelerinin aşıldığına yönelik olduğu görülmektedir.

Avrupa Ülkelerinin Kamu Özel İşbirliği Verileri

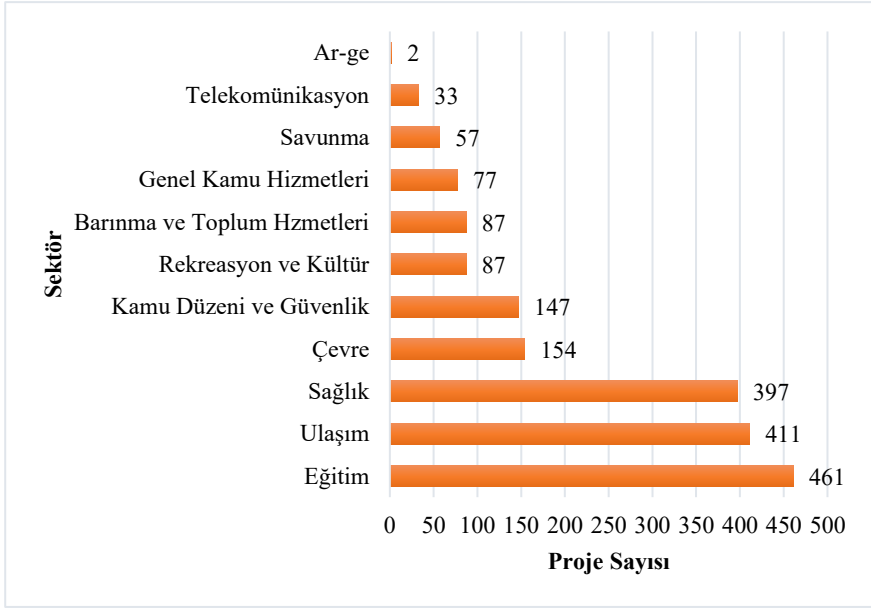
KÖİ, 1990'lı yıllardan itibaren hükümetler tarafından kamu yatırımlarının yapılmasında stratejik bir model olarak kullanılmaktadır. Ülkelerin KÖİ verilerini toplamak, analiz etmek ve yayınlamak üzere 2008 yılında Avrupa KÖİ Uzmanlık Merkezi (The European PPP Expertise Centre-EPEC) kurulmuştur. EPEC, Avrupa Birliği'ne üye ülkeler, aday ülkeler ve diğer komşu ülkeler olmak üzere 43 ülkenin KÖİ verilerini paylaşmaktadır. EPEC verilerine göre 1990-2025 yılları arasında 43 Avrupa ülkesinde 403,2 Milyar Avro değerinde 1913 KÖİ projesi gerçekleştirilmiştir (EPEC, 2025).

Devletler için temel görev ve insanlar için temel bir hak olarak kabul edilen “eğitim, sağlık, ulaşım, çevre ve güvenlik” gibi alanlarda özel sektör faaliyetlerinin arttığı görülmektedir (Tilak, 2016). KÖİ projeleri aracılığıyla, devletin üstlendiği temel hizmetlere özel sektörün katkı sunması teşvik edilmektedir.

EPEC (2025) verilerine göre 1990-2025 yılları arasında Avrupa ülkeleri 11 farklı sektörde KÖİ projeleri gerçekleştirmiştir.

KÖİ projelerinde eğitim (461), ulaşım (411), sağlık (397), çevre (154), kamu düzeni ve güvenlik (147) sektörleri ön plana çıkmaktadır (Grafik 1).

Grafik 1. Sektörlere Göre Avrupa Ülkelerindeki KÖİ Proje Sayıları (1990-2025)

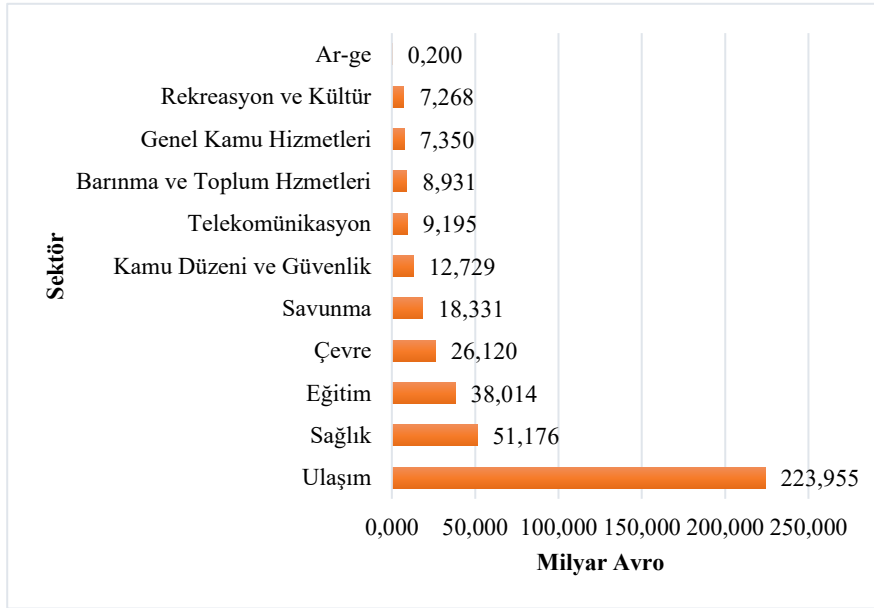


Kaynak: EPEC, 2025. <https://data.eib.org/epec/>

EPEC (2025) verilerine göre 1990-2025 yılları arasında Avrupa ülkeleri toplam 403,2 Milyar Avro değerinde KÖİ projesi gerçekleştirmiştir. En yüksek yatırım 223,955 Milyar Avro ile ulaşım sektöründeki KÖİ projelerine yapılmıştır. Ulaşım sektörünü takiben KÖİ projeleri ile sağlık sektörüne 51,176 Milyar Avro, eğitim sektörüne 38,014 Milyar Avro, çevre sektörüne 26,120 Milyar Avro ve savunma sektörüne 18,331 Milyar Avro yatırım yapılmıştır (Grafik 2). Bu bağlamda Avrupa ülkelerinin kritik altyapı ihtiyaçlarını KÖİ projeleri ile finanse etmeye çalıştığı görülmektedir. Ulaşım altyapılarının yüksek maliyetli ve uzun vadeli projeler olması nedeniyle KÖİ projeleri yaygın olarak tercih edilmektedir.

Son yıllarda ise eğitim, sağlık ve çevre gibi sosyal altyapılarda da KÖİ modeli kullanılmaktadır. Son 35 yıllık süreçte proje sayısı ve parasal tutarları incelendiğinde Avrupa ülkelerinde altyapı yatırımları için KÖİ modelinin benimsendiğini söylemek mümkündür.

Grafik 2. Sektörlere Göre Avrupa Ülkelerindeki KÖİ Projelerinin Parasal Tutarları (1990-2025)



Kaynak: EPEC, 2025. <https://data.eib.org/epec/>

1990-2021 yılları arasında gerçekleştirilen KÖİ projeleri ülkelere göre incelendiğinde Birleşik Krallık 1.049 proje ile lider durumdadır. Birleşik Krallığı sırasıyla Fransa (225), İspanya (162), Almanya (138), Hollanda (47), İtalya (44) ve Portekiz (41) takip etmektedir. KÖİ proje sayısı açısından Türkiye 27 proje ile 10. sıradadır. KÖİ projelerinin parasal tutarları ülkelere göre incelendiğinde Birleşik Krallık 164.8 Milyar Avro ile en çok yatırım yapılan ülke olmuştur. Birleşik Krallık'ı sırasıyla Fransa (47.6), İspanya (35.3), Türkiye (28.6), Almanya (20.9) ve Portekiz (20.7)

takip etmektedir. Türkiye 28.6 Milyar Avro ile 4. sırada yer almaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Ülkelere Göre KÖİ Proje Sayıları ve Parasal Tutarları (1990-2025)

Sıra No	Ülkeler	Proje Sayısı	Proje Tutarı (Milyar Avro)
1	Birleşik Krallık	1.049	164.8
2	Fransa	225	47.6
3	İspanya	162	35.3
4	Almanya	138	20.9
5	Hollanda	47	14.9
6	İtalya	44	15.6
7	Portekiz	41	20.7
8	Belçika	34	7.8
9	İrlanda	32	6.7
10	Türkiye	27	28.6
11	Yunanistan	25	14.9
12	Danimarka	15	1.2
13	Polonya	13	5.1
14	Avusturya	11	2.0
15	Macaristan	10	5.8
16	Çekya	7	1.0
17	Litvanya	6	0.1
18	Finlandiya	5	1.2
19	İsrail	3	1.6
20	Hırvatistan	3	1.0
21	Güney Kıbrıs	3	0.7
22	Romanya	3	0.039
23	Bulgaristan	2	1.1
24	Slovakya	2	2.2
25	İsveç	2	1.6
26	Sırbistan	2	0.8
27	Slovenya	2	0.048
28	Lüksemburg	1	0.033

Kaynak: EPEC, 2025. <https://data.eib.org/epec/>

Hem proje sayısı hem de parasal tutar olarak Birleşik Krallık'ın lider konumda olması, İngiltere'nin 1990'lardan itibaren KÖİ uygulamalarında öncü ve kurumsallaşmış bir yapıya sahip olmasıyla açıklamak mümkündür. Türkiye'de gerçekleştirilen 27 KÖİ projesinin toplam yatırım tutarının 28,6 milyar Avro olması, Türkiye'deki KÖİ projelerinin büyük ölçekli ve yüksek maliyetli olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. Ülkelere Göre Sağlık Sektöründeki KÖİ Proje Sayıları ve Parasal Tutarları (1990-2025)

Sıra No	Ülkeler	Proje Sayısı	Proje Tutarı (Milyar Avro)
1	Birleşik Krallık	298	30.4
2	İspanya	20	3.4
3	Fransa	19	1.6
4	İtalya	18	2.6
5	Türkiye	17	9.2
6	Almanya	10	1.4
7	Portekiz	5	0.6
8	Danimarka	4	0.4
9	Çekya	2	0.04
10	İrlanda	1	0.16
11	Avusturya	1	0.08
12	İsveç	1	1.1
13	Slovenya	1	0.01

Kaynak: EPEC, 2025. <https://data.eib.org/epec/>

EPEC (2025) verilerine göre sağlık sektöründe 1990-2025 yılları arasında Birleşik Krallık 298 KÖİ projesi ve 30,4 milyar Avro ile açık ara lider konumdadır. Bu durum, özellikle İngiltere'nin sağlık sektöründe KÖİ proje sayısı ve toplam yatırım açısından Avrupa KÖİ piyasasında merkez ülke konumunda olduğunu göstermektedir. Türkiye sağlık sektöründe 17 KÖİ projesi ile 5. sırada yer almasına rağmen 9,2 milyar Avro yatırım tutarıyla 2. sırada yer almaktadır (Tablo 2). Türkiye diğer ülkelere kıyasla sağlık

sektöründe yüksek sermaye gerektiren büyük ölçekli KÖİ projeleri yürütmektedir. Fransa'nın KÖİ projesi başına düşen yatırım tutarı oldukça düşüktür. Fransa sağlık sektöründe küçük ölçekli KÖİ projelerine yönelmektedir. Çekya, Slovenya, İrlanda, Avusturya ve İsveç KÖİ projesi sayısı ve yatırım tutarı düşük olup sağlık sektöründe küçük ölçekli ve pilot projeler uyguladığını göstermektedir.

Türk Sağlık Sektöründeki KÖİ Projeleri: Şehir Hastaneleri

Türkiye'de 2015-2025 yılları arasında Sağlık Bakanlığı ile 7 farklı özel şirket grubu arasında işbirliği yapılarak toplam 28.063 yatak kapasitesine sahip 18 şehir hastanesi kurulmuştur. KÖİ projeleri ile kurulan şehir hastanelerinin inşaat süresi yaklaşık 3 yıl sürmüştür. Şehir hastanelerinin işletme süresi 25 yıldır. Şehir hastanelerinin yatak sayıları 475 ile 4.050 arasında değişmektedir. Yatak kapasitesi açısından Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ve Ankara Etlik Şehir Hastanesi, 4.050 yatak ile en büyük iki sağlık kompleksidir. İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi (2.682 yatak), İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi (2.060 yatak) ve Gaziantep Şehir Hastanesi (1.875 yatak) gibi sağlık kampüsleri de yüksek kapasiteleriyle öne çıkmaktadır (Tablo 3). Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumunda bölgesel düzeyde mega ölçekli tesislerin tercih edildiği görülmektedir.

Türkiye son 10 yıllık dönemde sağlık sektöründe gerçekleştirdiği hastane yatırımlarının önemli bir kısmını KÖİ projeleriyle gerçekleştirmiştir. Şehir hastanelerinin proje tutarlarının yaklaşık olarak toplam 10.3 milyar dolardır. Şehir hastanelerinin proje tutarları 184 milyon dolar ile 1.560 milyon dolar arasında değişmektedir (Tablo 3). Şehir hastanelerinin yüksek yatak sayısı, geniş açık ve kapalı alanı içeren kampüs yapısı, ulaşım altyapısı, ileri teknolojik altyapı ve tıbbi cihazlarla donatılması nedeniyle yatırım maliyetleri oldukça yüksektir.

Türk sağlık sekt6r6ndeki K6İ projelerinde R6nesans Holding (6), Akfen İnaaat (3), YDA Group (3), CCN Group (3), T6rkerler Holding-Gama Holding (2), G6riş Holding (1) ve T6rkerler Holding-Astaldi (1) şirketleri yatırım yapmıştır. 18 şehir hastanesi projesinde sadece 7 şirketin yatırımı bulunmaktadır. 6zellikle 6 proje ile R6nesans Holding 6n plana 6ıkmaktadır (Tablo 3). Y6ksek maliyetli sağlık yatırımlarının belirli şirketler etrafında yoğunlaştığı g6r6lmektedir.

Tablo 3. K6İ Projeleri ile Kurulan şehir Hastanelerin 6zellikleri

şehir Hastaneleri (řH)	Yatak Sayısı	Yapım Yılı	Proje Tutarı (Milyon USD)	6zel şirket
Yozgat řH	475	2015-2017	184	R6nesans Holding
Mersin řH	1.293	2014-2017	384	CCN Group
Isparta řH	755	2014-2017	318	Akfen İnaaat
Adana řH	1.550	2015-2017	687	R6nesans Holding
Kayseri řH	1.607	2018	498	YDA Group
Elazığ Fethi Sekin řH	1.038	2015-2018	391	R6nesans Holding
Manisa řH	558	2016-2018	218	YDA Group
Eskişehir řH	1.081	2015-2018	512	Akfen İnaaat
Ankara Bilkent řH	4.050	2013-2019	1.289	CCN Group
Bursa řH	1.355	2016-2019	399	R6nesans Holding
İstanbul Başakşehir 6am ve Sakura řH	2.682	2016-2020	1.560	R6nesans Holding
Konya Karatay řH	1250	2017-2020	269	YDA Group
Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu řH	566	2016-2020	259	Akfen İnaaat
Ankara Etlik řH	4.050	2013-2022	1.167	T6rkerler Holding & Astaldi
Kocaeli řH	1.218	2017-2023	396	Gama Holding& T6rkerler Holding
İzmir Bayraklı řH	2060	2015-2023	614	Gama Holding& T6rkerler Holding
K6tahya řH	600	2017-2023	187	G6riş Holding
Gaziantep řH	1.875	2013-2024	932	R6nesans Holding
Toplam	28.063	-	10.264	-

Kaynak: T6rkmen, (2023).

Sonuç olarak Türkiye'nin KÖİ modeliyle yüksek kapasiteli, modern teknoloji ve büyük ölçekli sağlık kampüsleri inşa ettiğini; bu yatırımların birkaç büyük şirketin liderliğinde yürütüldüğünü ve toplam maliyetin oldukça yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Türkiye'nin sağlık altyapısının modernizasyonunda KÖİ modeli önemli bir araç olarak kullanılmıştır. Ancak 2020 yılından itibaren inşa edilmesi planlanan toplam 16.812 yatak kapasiteli 17 şehir hastanesi genel bütçe kapsamında yapılmasına karar verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Böylece Türkiye'de hastane inşaatı ve işletilmesinde KÖİ modelinden vazgeçilmiştir.

Şehir Hastanelerinin Yönetimi

Şehir hastaneleri “Yap-Kirala-Devret” şeklindeki bir KÖİ modeliyle kurulmuştur. Bu modelde kamu tarafı hastane binasının kurulacağı araziye tahsis etmekte, özel sektör hastanenin yatırım sermayesini sağlamakta, inşaatı gerçekleştirmekte ve belirli destek hizmetlerini işletmektedir. Şehir hastanelerinin tüm inşaat süreçleri özel sektör finansmanı ile yapılır. Yatırımın bütçesinin bulunması, kredi alınması ve finansal risklerin yönetimi özel sektörün sorumluluğundadır. Kamu tarafı ise tesis tamamlandıktan sonra hastaneyi uzun vadeli kira ödemeleri karşılığında kullanmakta ve klinik hizmetleri yönetmektedir. Dolayısıyla proje boyunca inşaat ve finansman riskleri özel sektöre, tıbbi hizmetlerin sunumu ve stratejik yönetim sorumluluğu kamuya aittir.

Şehir hastanelerinin yönetim yapısı kamu (Sağlık Bakanlığı) ile özel sektör yatırımcısı arasında paylaştırılmış bir yönetim modeline dayanır. Bu modelde klinik hizmetlerin sorumluluğu büyük ölçüde kamuya, hastanenin finansal, teknik ve işletme altyapısı ise özel sektöre aittir. Şehir hastanelerinde tıbbi hizmetlerin planlanması ve sunumu tamamen kamunun sorumluluğundadır. Dolayısıyla şehir hastanelerinde doktor, hemşire, tekniker, ebe, sağlık memuru, acil ekipleri gibi tüm klinik personelin yönetimi

kamuya aittir. Sözleşme süresi boyunca özel sektör belirli performans kriterleri doğrultusunda hizmet bedeli karşılığında tesis yönetimi hizmetlerini sunmaktadır. Kamu ise, özel sektörün faaliyetlerini denetlemekte ve hizmet kalitesinin sürekliliğini sağlamaktadır.

Tablo 4. Şehir Hastanelerinde Kamu ve Özel Tarafın Sorumlulukları

KÖİ Süreci	KÖİ Taraflar	Sorumluluklar
KÖİ Projesi Hazırlık Aşaması	Kamu tarafı (Sağlık Bakanlığı)	Yasal alt yapının hazırlanması Hastane arazisini tahsisi Hastane projesinin hazırlanması İhalenin yapılması KÖİ sözleşmesinin hazırlanması
KÖİ Projesi Finansmanı ve İnşaatı	Özel taraf (Proje Ortağı Şirket)	Proje finansmanı Hastane binasının inşaatı Demirbaş ve tıbbi cihaz temini
	Kamu tarafı (Hazine)	Kredi garantörlüğü
KÖİ Projesi Yönetimi	Kamu tarafı (Sağlık Bakanlığı)	Asıl iş: Sağlık hizmeti sunumu ve yönetimi kamunun sorumluluğundadır.
	Özel taraf (Proje Ortağı Şirket)	Yardımcı iş: Sağlık hizmeti dışında kalan tüm işlerin sorumluluğu ve yönetimi özel şirkete aittir. Kamu sözleşmede belirlenen performans kriterleri bağlamında denetim yapar.
KÖİ Projesi Ödemeler	Kamu tarafı (Sağlık Bakanlığı)	Kira: Sözleşme süresince hastane binası kullanımı için proje şirketine kira ödemesi Hizmet bedeli: Sözleşmede belirlenen ve proje şirketi tarafından verilen hizmetler için ödeme yapılması

Kaynak: Yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Şehir hastanelerinde hastane binasının ve altyapısının yönetimi, bakım ve onarımı özel sektöre aittir. Şehir hastanelerinde temizlik, güvenlik, yemek, çamaşırhane, sterilizasyon, atık yönetimi, enerji yönetimi, biyomedikal cihaz bakım-onarımı, teknik altyapı yönetimi, görüntüleme hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, hasta yönlendirme, bilgi yönetimi, otopark işletimi gibi otelcilik ve tesis yönetimi hizmetleri özel sektör sorumluluğundadır. Bu hizmetler karşılığında kamu tarafı özel sektöre hizmet bedeli ödemektedir.

Sonuç

Bu bölümde KÖİ modelleri, avantajları, eleştiriler ve sayısal veriler değerlendirilmiş olup Türkiye’de KÖİ modeli ile gerçekleştirilen şehir hastaneleri hakkında bilgi verilmiştir. Türkiye’de KÖİ modeli ile yüksek yatırım gerektiren büyük ölçekli sağlık kampüsleri olan şehir hastaneleri kurulmuştur. Şehir hastaneleri önemli sağlık yatırımları olmasının yanı sıra sağlık altyapısının dönüşümü, hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması, finansal yönetim ve sektörler arası işbirliğinin kurumsallaşması açısından stratejik bir politika aracı haline gelmiştir.

Türkiye’de 2010 yılından itibaren hastane popülasyon yoğunluğuna ulaşıldığı görülmektedir (Çetin Aslan ve Türkmen, 2021). Ancak mevcut hastanelerinin bina, tesis, altyapı ve teknoloji olarak eski olması nedeniyle hastanelerin modernizasyonu ve hizmet sunum kalitesinin artırılması ihtiyacı bulunmaktadır. Bu ihtiyacı karşılamak üzere Türkiye’de KÖİ modeli ile şehir hastaneleri inşa edilmiştir. Şehir hastaneleri, modern sağlık altyapısı ile Türkiye’nin sağlık sektöründe yapısal dönüşümünün önemli bir parçası olmuştur.

Avrupa ülkelerindeki KÖİ projeleriyle karşılaştırıldığında Türkiye’nin KÖİ projelerinde büyük ölçekli ve yüksek yatırım gerektiren projelere yöneldiği görülmektedir. Özellikle 4.050 yataklı

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ve Ankara Etlik Şehir hastanesi Avrupa'daki en yüksek yatak kapasitesine sahip hastaneler olarak ön plana çıkmaktadır. Türkiye'de şehir hastanelerin faaliyete geçmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin belli merkezlerde toplanmış ve sağlık sunum kapasitesi bölgesel düzeyde yoğunlaşmıştır. Bu merkezileşme ve bölgesel hizmet sunma anlayışı hastaların tek bir merkezden bütüncül sağlık hizmeti almasına olanak sunmaktadır. Diğer taraftan ise finansal sürdürülebilirlik, ulaşım, personel yönetimi ve hasta yönlendirme gibi yeni organizasyonel zorluklar da oluşturmaktadır.

Şehir hastanelerinde asıl-yardımcı iş ayrımı yapılmıştır. Bu nedenle ikili bir yönetim yapısı bulunmaktadır. Asıl iş sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sunumudur. Asıl iş kamunun sorumluluğundadır. Yardımcı iş sağlık hizmeti sunumu dışında kalan otelcilik hizmetlerinin sunulması, tesis ve alt yapı bakım onarımlarının yapılmasıdır. Yardımcı iş özel sektöre bırakılmıştır. Bu yönüyle şehir hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinden işleyiş ve yönetim açısından farklılaşmaktadır. Kamu hastanelerinde asıl ve yardımcı iş tamamen kamu personeli tarafından yerine getirilmektedir. Hastaneler hekimler ve kamu sağlık personeli tarafından yönetilmektedir. Sağlık personelinin özellikle hekimlerin yönetimde yer alması sağlık hizmetlerinin sunumu açısından avantaj sağlarken yardımcı iş olarak adlandırılan sağlık hizmeti dışında kalan işlerin yönetilmesinde verimlilik ve kalite problemlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca Türkiye'de hâlihazırda sağlık personeli sayısındaki yetersizlik de göz önüne alındığında sağlık personelinin sağlık alanındaki uzmanlığından yararlanılamamaktadır (Kaya ve Kaya, 2019; Kaya ve Alkan, 2021). Şehir hastanelerinde yardımcı işler özel şirkete bırakılarak sağlık personelinin sağlık hizmeti sunumuna diğer bir deyişle temel yeteneklerine odaklanması sağlanmıştır. Bu yönüyle şehir hastanelerinde, kamu ve özel sektörün uzman olduğu belirli

görevler etrafında işbirliği yaptığı bir yönetim modeli bulunmaktadır.

KÖİ modeli ile hayata geçirilen şehir hastaneleri, yüksek yatak kapasiteleri, gelişmiş teknolojik altyapıları, geniş ve entegre kampüs yapıları ve modern tesis yönetim anlayışlarıyla Türkiye'nin sağlık altyapısını önemli ölçüde güçlendirmiştir. Bununla birlikte projelerin yüksek maliyetleri, uzun vadeli sözleşme yapıları, şeffaflık ve hesap verebilirlik gibi alanlarda eleştiriler bulunmaktadır. Özellikle sözleşmelerin ticari sır kapsamında değerlendirilmesi, uzun vadeli kira ve hizmet bedeli ödemelerinin bütçe üzerindeki etkileri, rekabetin sınırlı olması ve büyük projelerin yalnızca belirli şirket grupları tarafından üstlenilmesi KÖİ modeline yönelik eleştirileri güçlendirmiştir. 2020 sonrasında Türkiye'nin yeni şehir hastanelerinin genel bütçe ile inşa edilmesine karar vermesi, KÖİ modelinin uygulama alanında bir politika değişikliğine gidildiğini göstermektedir.

Kaynakça

Barlow, J., Roehrich, J., & Wright, S. (2013). Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Affairs* 32(1), 146-154. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1223>

Berry, L. L., Letchuman, S., Ramani, N., & Barach, P. (2021). The high stakes of outsourcing in health care. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(11), 2879-2890. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.07.003>

Boardman, A. E., Poschmann, F., & Vining, A. R. (2005). North American infrastructure P3s: Examples and lessons learned. G. Hodge, & C. Greve (Ed.), *The challenge of public-private partnerships: Learning from international experience* içinde (ss. 162-189). Edward Elgar: Cheltenham.

Chan, A. P., Yeung, J. F., Yu, C. C., Wang, S. Q., & Ke, Y. (2011). Empirical study of risk assessment and allocation of public-private partnership projects in China. *Journal of Management in Engineering*, 27(3), 136-148. [https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)ME.1943-5479.0000049](https://doi.org/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000049)

Chinyio, E., & Gameson, R. (2009). Private finance initiative in use. A. Akintoye, & M. Beck (Ed.), *Policy, finance & management for public-private partnerships* içinde (ss. 3-23). Wiley-Blackwell: Oxford.

Coghill, K., & Woodward, D. (2005). Political issues of public-private partnerships. G. Hodge, & C. Greve (Ed.), *The challenge of public-private partnerships: Learning from international experience* içinde (ss. 81-94). Edward Elgar: Cheltenham.

Commission of the European Communities. (2004). *Green paper on public private partnerships and community law on public contracts and concessions*. Publications Office of the EU: Brussels.

Çetin Aslan, E., & Türkmen, İ. (2021). Türk sağlık politikalarındaki değişimlerin hastane popülasyon yoğunluğuna etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(4), 681-698.

Çil Koçyiğit, S., Kadı, Z., & Sorucuoğlu, A. (2019). Sağlık Bakanlığı hastanelerinin dış kaynaktan yararlanma durum analizi: Ankara ili örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 22(2), 325-344. <https://doi.org/10.29249/selcuksbmyd.549264>

Delmon, J. (2011). *Public-private partnership projects in infrastructure: An essential guide for policy makers*. Cambridge University Press: Cambridge.

EPEC. (2025). *European PPP expertise centre. Welcome to EPEC*. Erişim tarihi: 24.11.2025. Erişim adresi: <https://www.eib.org/epec/>

Fitzgerald, P. (2004). *Review of partnership Victoria provided infrastructure final report to the treasurer*. Growth Solutions Group: Melbourne.

Gray, B. (1985). Conditions facilitating interorganizational collaboration. *Human Relations* 38(10), 911-936. <https://doi.org/10.1177/001872678503801001>

Grimsey, D., & Lewis, M. K. (2002). Evaluating the risks of public private partnerships for infrastructure projects. *International Journal of Project Management*, 20(2), 107-118. [https://doi.org/10.1016/S0263-7863\(00\)00040-5](https://doi.org/10.1016/S0263-7863(00)00040-5)

Hodge, G. (2005). Public-private partnerships: The Australasian experience with physical infrastructure. G. Hodge, &

C. Greve (Ed.), *The challenge of public-private partnerships: Learning from international experience* içinde (ss. 305-331). Edward Elgar: Cheltenham.

Ivanova, D., & Vodenova, P. (2019). Outsourcing in design-process-problems and opportunities. *Innovation in Woodworking Industry and Engineering Design*, 15, 93-100.

Kaya, R. R., & Alkan, A. (2021). Türkiye'deki kamu hastanelerinde idari pozisyonunda görev yapan hekimlerin profillerine yönelik bir çalışma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 254-262. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.799117>

Kaya, R. R., & Kaya, E. (2019). Hekimlerin yönetim macerası: Melez iş kimliği ve hekim yöneticiler. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2), 82-102.

Lane, J. E. (2000). *New Public Management*. Routledge: London.

Liebe, M., & Pollock, A. (2009). *The experience of the private finance initiative in the UK's National Health Service*. Edinburgh: University of Edinburgh, The Centre for International Public Health Policy.

Norment, R. (2002). PPPs-American style. *The PFI Journal* 39, 26-27.

Rahimi, B., Mizrahi, R., & Magnezi, R. (2011). The challenges and opportunities of implementing outsourcing in private and public hospitals in Israel. *Harefuah*, 150(1), 56-60.

Rouboutsos, A., & Pantelias, A. (2015). Allocating revenue risk in transport infrastructure public private partnership projects: How it matters. *Transport Reviews*, 35(2), 183-203. <https://doi.org/10.1080/01441647.2014.988306>

Sağlık Bakanlığı. (2020). *2021 Yılı Bütçe Sunumu*. TBMM plan ve bütçe komisyonu. Erişim Tarihi: 25.11.2025. Erişim Adresi: <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/39387/0/2021planbutcesunumupdf.pdf>

Sarmiento, J. M., & Renneboog, L. (2016). Anatomy of public-private partnerships: Their creation, financing and renegotiations. *International Journal of Managing Projects in Business* 9(1), 94-122. <https://doi.org/10.1108/IJMPB-03-2015-0023>

Savas, E. S. (2001). Privatization and the new public management. *Fordham Urban Law Journal* 28(5), 1731-1737.

Shaoul, J. (2005). The private finance initiative or the public funding of private profit? G. Hodge, & C. Greve (Ed.), *The challenge of public-private partnerships: Learning from international experience* içinde (ss. 190-206). Edward Elgar: Cheltenham.

Shaoul, J. (2009). Using the private sector to finance capital expenditure: The financial realities. A. Akintoye, & M. Beck (Ed.), *Policy, finance & management for public-private partnerships* içinde (ss. 27-46). Wiley-Blackwell: Oxford.

Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). *Dünyada ve Türkiye'de kamu-özel işbirliği uygulamalarına ilişkin gelişmeler raporu 2018*. T.C. Cumhurbaşkanlığı, Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Sektörler ve Kamu Yatırımları Genel Müdürlüğü: Ankara.

Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2020). *KÖİ proje göstergeleri*. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Erişim Tarihi: 25.11.2025. Erişim Adresi: [https://www.sbb.gov.tr/koi-gostergeleri/#prettyPhoto\[rel-16774-1103063295\]/0](https://www.sbb.gov.tr/koi-gostergeleri/#prettyPhoto[rel-16774-1103063295]/0)

Tekin, E., & Emikönel, S. (2023). Comparison of mobile health application examples in Turkey and the World. U. Akküçük (Ed.), *Handbook of research on quality and competitiveness in the*

healthcare services sector içinde (ss. 223-236). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-6684-8103-5.ch013>

Tekin, E., Emikönel, S., & Türkmen, İ. (2024). Kamu hastanelerinin radyoloji hizmetlerinde dış kaynak kullanımının ekap üzerinden incelenmesi. F. Hatipoğlu (Ed.), *Sağlık bilimlerinde öncü ve yenilikçi çalışmalar* içinde (ss. 460-476). All Sciences Academy: Konya.

Tiffin, M., & Hall, P. (1998). PFI – the last chance saloon? *Proceedings of the Institution of Civil Engineers*, 126, 12–18.

Tilak, J. B. (2016). *Public Private Partnership in Education*. New Delhi: The HEAD Foundation.

Toms, S., Asenova, D., & Beck, M. (2009). Refinancing and the profitability of UK PFI Projects. A. Akintoye, & M. Beck (Ed.), *Policy, finance & management public-private partnerships* içinde (ss. 64-81). Wiley-Blackwell: Oxford.

Türkmen, İ., Emikönel, S., & Tekin, E. (2024). Radyolojide dış kaynak kullanımı. F. Hatipoğlu (Ed.), *Sağlık bilimlerinde yeni trendler ve sınırlar* içinde (ss. 183-206). All Sciences Academy: Konya.

Türkmen, İ. (2023). *Şehir Hastanelerinde Kurumsal Mantıkların Yönetilmesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi)*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar.

Waddell, S., & Brown, D. (1997). *Fostering intersectoral partnering: A guide to promoting cooperation among government business, and civil society actors*. Institute for Development Research (IDR) Reports 13(3).

Wright, V. (2000). Blurring the public-private divide. B. G. Peters, & D. J. Savoie (Ed.), *Governance in the Twenty-First*

Century: Revitalizing the public service içinde (ss. 155-177).
McGill-Queen's University Press: London.

Yescombe, E. R. (2007). *Public-private partnerships: Principles of policy and finance*. Elsevier: Amsterdam.

SAĞLIK TURİZMİNİN AKTÖRLERİ: KİMLER BU SEKTÖRÜN ŞEKİLLENMESİNDE ROL OYNUYOR?

**İLAYDA GÜZEL¹
SERAP DURUKAN KÖSE²**

Giriş

Sağlık turizmi, dünya çapında özellikle son yıllarda giderek önem kazanmıştır. Bunun temel nedeni sağlık turizmine yönelen sağlık turistlerinin sayısının birtakım nedenlerle artış göstermiş olmasıdır. Bu nedenler kişilerin sağlık hizmetleri dahil olmak üzere boş zaman aktivitelerine daha çok zaman ayırabiliyor olmaları, sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliksel anlamda gelişmesi, kentleşme, sınır ötesi hareketlilik, beyin göçünde artış, teknolojik gelişmeler ve kişisel sağlık verilerinin korunması olarak sıralanabilir (Krasnokutskaya, 2022: 136). Sağlık turizmi, fiziksel, zihinsel, duygusal, mesleki, entelektüel ve ruhsal olmak üzere insan yaşamının tüm ana alanlarını iyileştirmeyi ve dengelemeyi amaçlayan bir turizm faaliyeti türü olarak tanımlanmaktadır. Sağlık

¹ Arş. Gör. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0001-5672-0814

² Prof. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0001-5000-0664

turizminin wellness turizmi ve medikal turizm alt türlerini kapsayan şemsiye bir terim olduğu bilinmektedir (European Travel Commission (ETC) & World Tourism Organization (UNWTO), 2018). Sağlık turizmi sektörü, doğası gereği birçok paydaşa sahip bir sektör olarak değerlendirilmektedir. Bu bölümde, sağlık turizmi sektörünü şekillendiren aktörler olarak sağlık hizmeti sunucuları, devlet ve düzenleyici kurumlar, aracı kuruluşlar, uluslararası kuruluşlar, sağlık profesyonelleri ve hastalar ele alınmıştır.

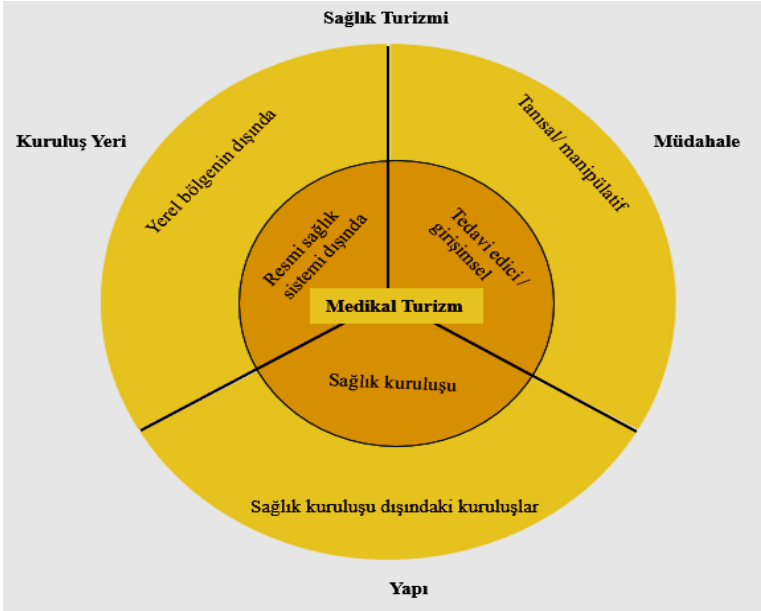
Sağlık Hizmeti Sunucuları

Medikal turizmi pazarının büyüklüğü 2024 yılında 41,75 milyar ABD dolarıdır ve 2025'ten 2030'a kadar %16,08'lik bir büyüme oranı tahmin edilmektedir. Pazarın başlıca itici güçleri arasında maliyet tasarrufları ve sağlık turistlerine sunulan son teknoloji, gelişmiş sağlık hizmeti, gelişmiş ekipman, çığır açan ilaçlar, üstün misafirperverlik ve kişiselleştirilmiş bakım gibi ekstra faydalar yer almaktadır. Ana ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti, pazarın büyümesini sağlayan birincil faktör olarak nitelendirilmektedir. Ayrıca, cinsiyet değiştirme ameliyatları, üreme terapisi, diş rekonstrüksiyonu ve estetik cerrahi gibi sigorta kapsamında olmayan prosedürlere olan talep artmakta ve pazarın büyümesinde etkili olmaktadır (Grand View Research, 2024). Bu nedenlerle, medikal turistlerin en çok Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Batı Avrupa ülkelerinden hizmet almak üzere Hindistan, Tayland, Malezya, Türkiye, Kore ve Singapur gibi destinasyonları tercih ettikleri bilinmektedir (Choi & Liang, 2023).

Sağlık turizminde karar vermede üç ana faktör önemlidir. Bunlar; coğrafi ortam, sağlık ile ilgili bir müdahalenin türü ve müdahalenin sağlandığı yapısal tesistir. Şekil 1'de gösterildiği gibi, her faktör için yapılan seçimin bir araya gelmesi sağlık turizmini belirlemektedir. Örneğin, daha ucuz bir ilacın satın alınabilmesi amacıyla ulusal sınırların dışına çıkmak bir sağlık turizmi biçimidir.

Medikal turizm ise, üç faktörün belirli bileşenlerinin bir araya gelmesiyle oluşan sağlık turizminin bir alt kümesi olarak ele alınmaktadır. Aynı örnekten gidilirse, ilaç tüketimi bir operasyonla eş zamanlı olarak gerçekleştirilirse, bu medikal turizm olarak sınıflandırılmaktadır (Carrera & Bridges, 2006: 449).

Şekil 1. Sağlık ve Medikal Turizmin Kapsamı



Kaynak: Carrera & Bridges (2006: 449).

Sağlık turizmi arzı oldukça geniş bir yelpazede hizmet sunan tesislerden oluşmaktadır. Bu tesisler, SPA tesisleri olan otellerden başlayarak sağlıklı yaşam otellerine ve termal banyolara, uzmanlaşmış hastanelere ve kliniklere kadar uzanmaktadır. Hastaneler ve klinikler en yaygın olarak tüp bebek, diş veya plastik cerrahi klinikleri gibi hizmetler sunabilmektedir. Sağlık hizmet sağlayıcılarına ek olarak sağlık turizmi arzındaki diğer paydaşlar ise sertifikasyon ve akreditasyon kuruluşları, aracı kuruluşlar, sigorta şirketleri gibi kurumlar sıralanabilir (World Tourism Organization

and European Travel Commission, 2018: 11). Alt ve orta gelir grubundaki hem özel hem de kamu hizmet sağlayıcılar medikal turizmi hizmet sunumu ve finansmanı açısından kazançlı bir pazar olarak görmektedirler. Tartışmalı olsa da pazarda yer alan hizmet sağlayıcılar hizmet kalitesini ve rekabeti teşvik etmeye vurgu yaparak bir meşrulaştırma ve pazarlama sürecine girmektedir ve işyeri/özel/kamu sağlık sigortası planlarını hedeflemek bunun bir parçası olarak görülmektedir (Lunt & ark., 2011: 17).

Endüstrinin genişlemeye devam etmesiyle giderek daha fazla ülke tarafından ülkelerine sağlık turisti çekmek için sağlık altyapılarına yapılan yatırımların ve sağlık turistlerinin çeşitli ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla çok çeşitli sağlık hizmeti sunmaya başlamaktadır. Sağlık turizminin artan popülaritesi nedeniyle, sağlık turistlerine en kaliteli bakımın ve standardize hizmetlerin sunulması ve sürdürülebilir uygulamaların teşvik edilmesi için sağlık turizminde rol oynayan aktörler olarak sağlık hizmeti sağlayıcılarının, hükümetlerin ve turizm kuruluşlarının birlikte çalışması daha önemli hale gelmiştir (Global Healthcare Accreditation, 2025).

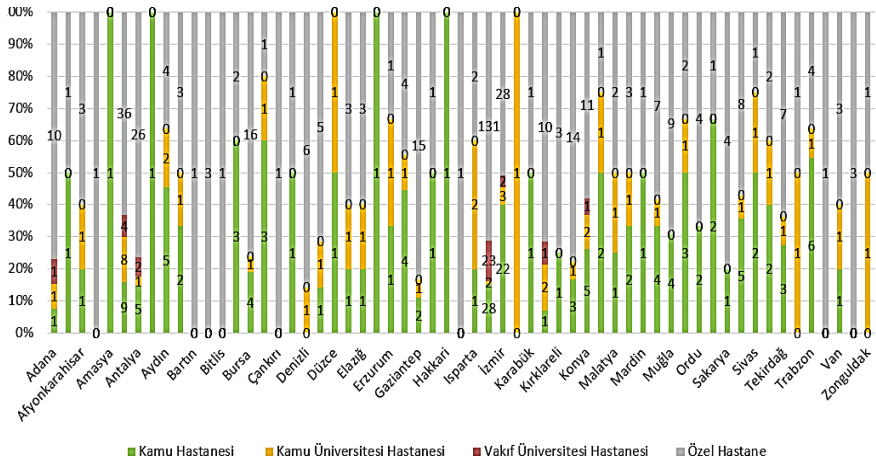
Sağlık turizminde sağlık hizmeti sağlayıcılar açısından hizmet sunmayı kolaylaştıran ve zorlaştıran çeşitli etmenler bulunmaktadır. Kolaylaştıran faktörlerin başında yüksek kaliteli hizmet sunumu, düşük maliyetler, iklimsel koşullar ve turistik ve kültürel ilgi gelmektedir. Yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmak, sağlık turistlerini çekmede önemli bir avantajdır. Tedavi maliyetlerinin nispeten düşük olması, sağlık turistleri için cazip bir faktördür. Destinasyonun turistik ve kültürel açıdan ilgi çekici olması, sağlık turistlerinin tercihini etkileyebilir. Uygun iklim koşulları, sağlık turizmi için tercih sebebi olabilir (Giannake & ark., 2023). İleri tıbbi teknolojilerin ve ekipmanların kullanımı, uluslararası hasta çekmek için uygulanan stratejiler arasındadır. Hizmet sunmada hızlı yanıt vermek ve duyarlı olmak, sağlık

turistlerinin memnuniyetini artırabilir. Devletin sağlık turizmine verdiği destek, bu alanda hizmet sunmayı kolaylaştırıcı bir faktördür (Raooŕi & ark., 2024). Medikal turistler, sağlık sistemi genelinde standartları yükseltmeyi amaçlayan ulusal akreditasyon programlarınınana hedefi olmasa da eğitim ve hasta bakımı için mükemmelliyet merkezlerini öne çıkarmayı amaçlayan uluslararası akreditasyon programları için yüksek önem taşır. Akredite olmanın sağlık turizmi için en önemli faydası kuruluş seçiminde belirli kalite standartlarına uyduğunu gösteren listeleri genellikle kamuya açık sitelerde paylaşılmasıdır. Araştırmalar, akreditasyon alan hastanelerin daha iyi güvenlik ve klinik yönetim sistemlerine sahip olduğunu göstermiştir. Bu ek olarak, Sigorta şirketleri tarafından tanınan akreditasyonlara sahip sağlık hizmeti sağlayıcıları, yurt dışındaki tedavilerde faturaların daha hızlı ve ekonomik şekilde ödenmesini sağlayabilir. (Shaw, 2015: 377). Gelişmiş bir ulaşım ve havayolu ağına sahip olmak, sağlık turistlerinin ulaşımını kolaylaştırır. Uzmanlaşmış ve nadir tedaviler için mükemmellik merkezleri oluşturmak ve bu merkezleri hem hastalar hem de onlara bakan aile veya arkadaşlar için misafirperverlik ve ulaşım olanakları ve hizmetleriyle uyumlu hale getirmektir (Mainil & ark., 2017: 72). Bazı ölkelerle kültürel yakınlık, hasta tercihinde etkili olabilir (Zhong & Deng, 2019; Ghaderi & ark., 2024). Dolayısıyla, bu ölkelerdeki sağlık hizmet sağlayıcıları açısından bir kolaylaştırıcı faktör olarak değerlendirilebilir. Web sitesi üzerinden ücretsiz online konsültasyon ve kabul imkânı sunmak, hasta erişimini kolaylaştırmaktadır (Poongodi, 2020). Bu sistemlere sahip olmak hizmet sağlayıcıların hastalarla iletişiminde kolaylık sunduğundan avantaj olarak görölebilir. Son olarak, bazı ölkelerde turistler için elektronik vize uygulaması bulunmaktadır. Bu uygulamanın olması, seyahati kolaylaştırır (Kundury & ark., 2024: 22). Aynı zamanda, sağlık hizmeti sağlayıcıları açısından da kolaylaştırıcı bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Sağlık turizminde sağlık hizmeti sağlayıcıları; hizmet kalitesi, hasta iletişimi, altyapı, pazar erişimi, düzenleyici uyumluluk, personel, hasta memnuniyeti ve dış etkenlerle ilgili çok yönlü zorluklarla karşı karşıyadırlar. Sağlık turistlerini çekmek ve memnun etmek için sağlık hizmeti sağlayıcıların yüksek kalite standartlarına ve hasta güvenliği prosedürlerine uymaları gerekmektedir. Bunun yanında, JCI (Joint Commission International) ve TEMOS (Trust-Effective Medicine-Optimized Services) gibi uluslararası akreditasyonları almak maliyetli ve zaman alıcı bir süreç olabilmektedir (Tengilimoğlu, 2021). Yetersiz pazarlama, reklam ve iletişim, üst birimler arasında koordinasyon eksikliği nitelikli personel azlığı, yabancı dil problemi olması sağlık turizminin gelişmesi önünde engel teşkil etmektedir. Bunlara ek olarak, Türkiye'deki jeotermal merkezlere ruhsat verme yetkisinin sadece devlete ait olması gibi farklı ülkelerin yasal düzenlemelere sahip olması nedeniyle bunlara uyum sağlamak karmaşık olabilir (Şengül ve Bulut, 2019). Bu alanlardaki eksiklikler sunulabilecek hizmetlerin kapsamını sınırlayabilir. Aracı Kurumlarla ve Seyahat Acenteleriyle ortaklıklar birçok yönden faydalı olarak görülmektedir (Chew & Onggo, 2016). Fakat, tüm hasta yolculuğu boyunca etkili iletişim kurmak ve hizmet standartları sağlamak karmaşık olduğu için sağlık hizmet sağlayıcılar açısından sorunlar yaratabilir. Rekabetçi fiyatlar sunmanın sağlık turistleri için önemli bir motivasyon kaynağı olduğu bilinmektedir (Crozier & Baylis, 2010; Davison & ark., 2018). Fakat, bu durum sağlık hizmeti sağlayıcılarının yüksek kaliteli hizmet sunmanın maliyeti ile baş ederek uygun fiyatlı hizmet sunabilme arasındaki dengeyi sağlamaları gerektiğinden zorlayıcı olabilir. Son olarak, dünya çağında etkili olan pandemi gibi beklenmeyen olaylar sağlık turizmini önemli ölçüde etkileyebilir ve hizmet sağlayıcılara öngörülemeyen zorluklar çıkarabilir (Tengilimoğlu, 2021).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilen sağlık hizmet sağlayıcıları hastaneler, tıp merkezleri, diğer sağlık tesisleri ve muayenahaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu kapsamda, 652 hastane yetkilendirilmiştir: Bunlardan 35’i vakıf üniversitesi hastanesi, 204’ü kamu hastanesi, 412’si özel hastane ve 1’i belediye hastanesidir (Şekil 2) (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2025a).

Şekil 2. İl bazında Yetkilendirilmiş Hastane Sayılarının Hastane Türlerine Göre Dağılımı

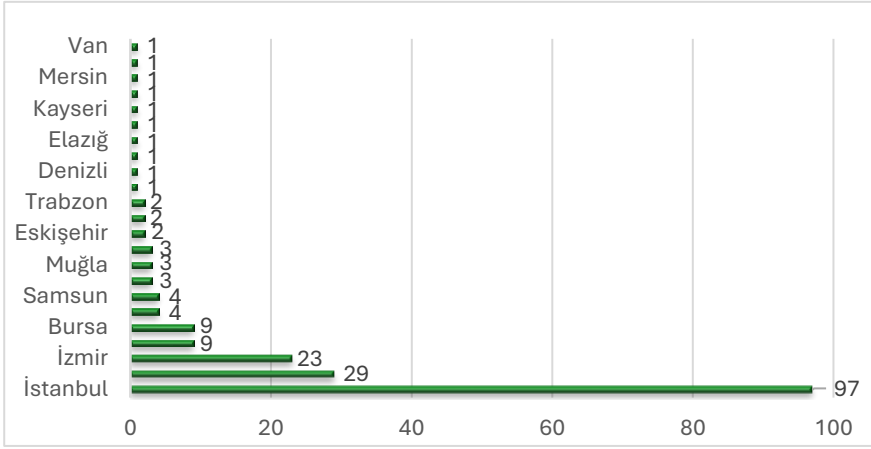


*İzmir’de bulunan belediye hastanesi kamu hastanesi olarak sınıflandırılmıştır.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2025a

Bakanlık tarafından yetkilendirilmiş tıp merkezi sayısı ise 200’dür. Şekil 3’te görüldüğü gibi, en fazla tıp merkezi bulunan il İstanbul’dur. Diğer öne çıkan iller ise sırasıyla İzmir ve Bursa’dır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2025b).

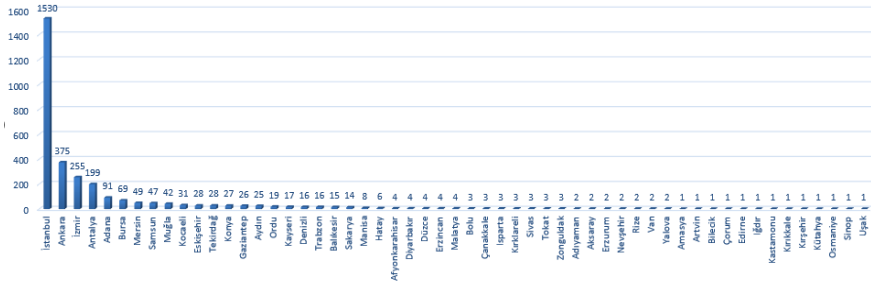
Şekil 3. Yetkilendirilmiş Tıp Merkezi Sayıları



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2025b

Yetki belgesine sahip muayenehane sayısı ise 2981'dir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2025c). Şekil 4'te görüldüğü gibi sağlık turizmi kapsamında sağlık hizmeti sunan Türkiye geneli muayenelerden yarısından fazlası İstanbul'da bulunmaktadır. Muayenehane sayısında İstanbul'u izleyen şehirler Ankara, İzmir ve Antalya'dır.

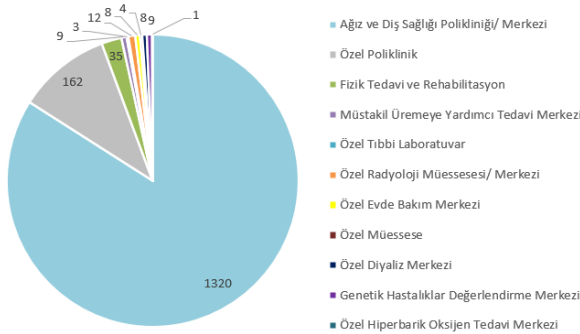
Şekil 4. Yetkili Muayenehane Sayısının İllere Göre Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2025c

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 1571 adet sağlık tesisi yetkilendirilmiştir. Bu tesisler, çoğunluğu ağız ve diş sağlığı polikliniği olan farklı alanlarda hizmet sunan polikliniklerdir (diyaliz, laboratuvar hizmetleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi) (Şekil 5) (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2025d).

Şekil 5. Yetkili Diğer Sağlık Tesislerinin Branşlara Göre Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2025d).

Şekil 5’teki sayısal verilere bakıldığında yetki belgesine sahip diğer sağlık tesislerinin büyük çoğunluğunun Ağız ve Diş Sağlığı alanında hizmet sunan tesisler olduğu görülmektedir. Bu alandan sonra en çok tesis sayısına sahip tesisler olarak genel sağlık hizmetlerinin sunulduğu özel poliklinikler ve fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan tesisler gelmektedir.

Devlet ve Düzenleyici Kurumlar

Sağlık turizmi birçok ülkenin son yıllarda büyük yatırımlar yaptığı ve hükümet sistemlerinde önemli bir politik argüman olarak yer aldığı bir sektör haline gelmiştir (Tengilimoğlu, 2021). Türkiye’de yasalara göre sağlık turizmi ile ilgili iş ve işlemlerin koordinasyonu, gerekli kontrollerin yapılması ve izinlerin verilmesi Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğundadır. 02 Kasım 2011 tarihli

Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’nin 9. maddesinde ve 663 sayılı kanun hükümlerine göre Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün görevleri sağlık turizmi uygulamalarının geliştirilmesine yönelik gerekli düzenlemeler yapmak ve ilgili kurumlarla koordinasyonu ayarlamak şeklinde tanımlanmıştır. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü kaynağından yönetilmesi ve geliştirilmesi amacıyla Medikal Turizmi, Termal Turizm Spa & Wellness ve İleri Yaş ve Engelli Turizmi dallarından oluşan “Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı” kurulmuştur (T.C. Resmî Gazete, 02.11.2011). 6 Şubat 2016 tarihinde ise sağlık turistine konaklama ve ulaşım bakımından güvenli hizmet sunulması, tanıtımlar yapılması, sağlık turizmi fiyat listelerinin oluşturulması, akreditasyona yönelik teşvikler gibi çalışmalar yapması için Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATÜRK) resmi olarak kurulmuştur. Sağlık turizminin yasal zemine dayandırılması için 2017 yılında Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Yönetmeliği yürürlüğe koyulmuştur. 2018 yılında çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’ye uygun olarak 2019 yılında Sağlık Bakanlığı’na önerilerde bulunmak adına bakanlığa bağlı olarak Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ) kurulmuştur (Noyan Yalman ve Arık, 2025). USHAŞ çok çeşitli konularda faaliyetlerde bulunmaktadır. Faaliyet konuları aşağıda sunulmaktadır (03 Ağustos 2018 tarihli 663 sayılı KHK Ek Madde 2);

- a) Uluslararası sağlık hizmetleri alanında aracılık faaliyeti gösteren kurumlara yetki belgesi vermek.
- b) Ülkemizin sağlık hizmetlerinin uluslararası tanıtımını yapmak, bu alandaki tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerini koordine etmek, yönlendirmek ve desteklemek.

- c) Uluslararası sağlık hizmetlerine ilişkin aracılık faaliyetlerinde bulunmak, verilen yetki çerçevesinde kamu ve özel sektör kuruluşları adına uluslararası sağlık hizmetlerine ilişkin sözleşme yapmak, yapılan sözleşmelerin yürütölmesine destek olmak.
- d) Uluslararası sağlık hizmetlerine ilişkin bilgi alma başvurularına cevap vermek, şikâyetler ve anlaşmazlıkların çözölümü için ilgili merciler nezdinde girişimlerde bulunmak, tarafların karşılaşılabilecekleri sorunları tespit ederek önleyici tedbirler almak.
- e) Ülkesimizin sağlık sisteminin tanıtımını yapmak, sağlık sistemleri, sağlık finansmanı ve kamu özel iş birliği modelleri konusunda uluslararası kişı ve kuruluşlara danışmanlık yapmak, bu alanlarda sistemlerin kurulması ve geliştirilmesine ilişkin yurt dışı talepleri karşılamak, projeler yapmak ve uygulamak.
- f) Yurt dışında sağlık kuruluşu açmak, işletmek, ortaklık kurmak ve iş birliği yapmak, sağlık ve eğitim amacına yönelik bina inşa etmek ve ettirmek, ilaç, cihaz ve tıbbî malzeme tedariki yapmak.
- g) Sağlık meslek eğitimi turizmine yönelik faaliyetlerde bulunmak; yurt içindeki eğitim kurumlarına yurt dışından öğrenci teminine aracılık etmek, yurt dışında eğitim kurumu açmak ve eğitim faaliyetinde bulunmak.
- h) Faaliyet alanına giren konularda ulusal ve uluslararası kongre, seminer ve benzeri etkinliklerde bulunmak, araştırma ve yayın yapmak.
- i) Uluslararası sağlık hizmetlerine ilişkin politika ve stratejiler, hizmet sunum standartları, akreditasyon kriterleri, fiyat tarifeleri ve hukuki düzenlemeler konusunda ilgili

kuruluşlarla iş birliği yapmak ve bu konularda Bakanlığa önerilerde bulunmak.

2024 yılında toplam 1.506.442 kişi sağlık hizmeti almak için ülkemize gelmiş ve buradan elde edilen gelir 3.022.957 bin ABD doları tutarında gerçekleşmiştir. 2025 yılının üçüncü çeyrek verilerinin açıklanmasıyla birlikte, yılın ilk dokuz ayında ülkemizi sağlık hizmeti almak amacıyla ziyaret eden kişi sayısı 1.080.387'ye, elde edilen sağlık turizmi geliri ise 2.185.974 bin ABD dolarına ulaşmıştır (USHAŞ, 2024).

Türkiye’de hem sağlık turizmi potansiyelini değerlendirmek hem sağlık turizmi pazarından pay almak hem de turizm ürünü çeşitlendirmek adına sağlık turizmine yönelik faaliyetler devlet teşviki ile desteklenmektedir. Ülkemizde sağlık turizmi ile ilgili destek ve teşvikler için 2015/8 sayılı “Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar” la birlikte 2564 sayılı “Döviz Kazandırıcı Hizmet Sektörleri Markalaşma Destekleri Hakkında Karar” 20.05.2020 tarihli Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. COVID-19 pandemisi ile birlikte ise 2641 sayılı “Döviz Kazandırıcı Hizmet Sektörlerinin Pazara Girişte Dijital Faaliyetlerinin Desteklenmesi Hakkında Karar” 09.05.2020 tarihli Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Günümüzde Sağlık turizmine yönelik destekler, T.C. Ticaret Bakanlığı’nın 5448 sayılı Hizmet İhracatının Tanımlanması, Sınıflandırılması ve Desteklenmesi Hakkında Karar’ın Sağlık ve Spor Turizmi Hizmetlerine Yönelik Uygulama Usul ve Esaslarına İlişkin Genelge ile düzenlenmiştir. Genelgeye göre sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi aracı kuruluşlarına yönelik desteklenen faaliyetler; tescil ve koruma desteği, pazara giriş belgeleri desteği, acente komisyon desteği, komplikasyon ve seyahat sağlık sigortası desteği, istihdam desteği, yabancı dil ve sağlık turizmi eğitimi desteği, hasta yol desteği, reklam, tanıtım ve pazarlama desteği, birim desteği, yurt dışı etkinlik katılım desteği, yurt içi etkinlik katılım desteği, yurt içi

tanıtım ve eğitim desteği ve ürün yerleştirme desteği şeklinde sıralanabilir.

Genelge kapsamında 2025 yılına ait sağlık kuruluşu ve sağlık turizmi aracı kuruluşlarına sağlana destekler Şekil 6'da verilmektedir. Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi'ne sahip sağlık tesisleri ve seyahat acenteleri, yukarıda belirtilen harcamalarının destek üst limitleri göz önünde bulundurularak yaklaşık %60-70 kadarını nakden geri alabilirler. Sağlık turizmi teşvikleri sağlık kuruluşları ve seyahat acenteleri yurtdışına yönelik reklam, tanıtım ve pazarlama faaliyetlerine ilişkin giderleri, en fazla 5 yıl boyunca %60 oranında desteklenir. Harcama faaliyetinin hedef ve öncelikli ülkelere yönelik gerçekleştirilmesi halinde destek oranı 10 baz puan artırılarak (%70 olarak) uygulanmaktadır.

Şekil 6. 2025 Yılı Sağlık Kuruluşu ve Sağlık Turizmi Aracı Kuruluşu Destekleri

SAĞLIK KURULUŞU / SAĞLIK TURİZMİ ARACI KURULUŞU / SPOR TURİZMİ ŞİRKETİ					
Destek Unsuru	Oran	Destek Üst Limiti (TL)	Diğer Limitler	Ön Onay	İlave (+10)
Reklam, Tanıtım ve Pazarlama	60%	Muayenehane ve poliklinik 10 milyon 942 bin/yıl Diğer yararlanıcılar 27 milyon 357 bin/yıl Spor turizmi 5 milyon 470 bin/yıl	5 yıl	1 ay (özel tanıtım)	✓
Yurt Dışı Etkinlik Katılımı		1 milyon 367 bin/etkinlik Prestijli etkinlik 2 milyon 735 bin/etkinlik			✓
Yurt İçi Etkinlik Katılımı		1 milyon 367 bin/etkinlik			
Ürün Yerleştirme		5 milyon 470 bin/yıl	5 yıl	1 ay	
Acente Komisyon		Muayenehane ve poliklinik 1 milyon 92 bin/yıl Diğer sağlık kuruluşları ve konaklama tesisleri 5 milyon 470 bin/yıl	5 yıl		
SAĞLIK KURULUŞU / SAĞLIK TURİZMİ ARACI KURULUŞU					
Destek Unsuru	Oran	Destek Üst Limiti (TL)	Diğer Limitler	Ön Onay	İlave (+10)
Tescil ve Koruma	60%	2 milyon 735 bin/ yıl			✓ İklim ile ilgili ise
Pazara Giriş Belgeleri		8 milyon 206 bin/ yıl	2 milyon 735 bin/belge		✓
İstihdam		Muayenehane ve poliklinik 2 milyon 735 bin/yıl Diğer yararlanıcılar 10 milyon 942 bin/yıl	5 yıl 49 bin/aylık/personel	✓	
Yabancı Dil ve Sağlık Turizmi Eğitimi		Muayenehane ve poliklinik 1 milyon 92 bin/yıl Diğer yararlanıcılar 4 milyon 375 bin/yıl			
Hasta Yolu		Muayenehane ve poliklinik 2 milyon 735 bin/yıl Diğer yararlanıcılar 27 milyon 357 bin/yıl	5 yıl 54 bin TL/hasta		
Birim		Muayenehane ve poliklinik 2 milyon 735 bin/birim/yıl Diğer yararlanıcılar 6 milyon 564 bin/birim/yıl	ülke başına 5 yıl azamî 25 birim		✓
Yurt İçi Tanıtım/Eğitim		2 milyon 735 bin/program	azamî 5 adet/yıl	1 ay	
Komplikasyon ve Seyahat Sağlık Sigortası	70%	10 milyon 942 bin/ yıl			

Kaynak: T.C. Ticaret Bakanlığı, 2025

Sağlık turizmi iş birliği kuruluşları ile Hizmet Sektörü Rekabet Gücünün Artırılması Projesi (HİSER) çerçevesi sunulan destekler Şekil 7’de gösterilmektedir.

Şekil 7. 2025 Yılı Sağlık Turizmi İşbirliği Kuruluşları ve HİSER Destekleri

İŞBİRLİĞİ KURULUŞLARI SAĞLIK VE SPOR TURİZMİ					
Destek Unsuru	Oran	Destek Üst Limiti (TL)	Diğer Limitler	Ön Onay	
Reklam, Tanıtım ve Pazarlama	70%	Sağlık turizmi 43 milyon 773 bin/yıl Spor turizmi 5 milyon 470 bin/yıl	5 yıl	1 ay	
Yurt Dışı Etkinlik Katılımı		1 milyon 367 bin/etkinlik Prestijli etkinlik 2 milyon 735 bin/etkinlik		1 ay	
Milli Katılım Organizasyonunu Tanıtım		6 milyon 564 bin/etkinlik		2 ay	
Yurt İçi Etkinlik Katılımı		1 milyon 367 bin/etkinlik		1 ay	
Ürün Yerleştirme		10 milyon 942 bin/yıl	5 yıl	1 ay	
Sektörel Ticaret/Alım Heyeti		8 milyon 207 bin/program	5'er adet/yıl	2 ay	
Sanal Fuar Organizasyonu		4 milyon 375 bin/faaliyet	5 adet/yıl	1 ay	
Yarışma ve Etkinlik		10 milyon 942 bin/etkinlik	1 adet/yıl	1 ay	
Yurt İçi Tanıtım/Eğitim (Sağlık Turizmi için)		5 milyon 470 bin/program	5'er adet/yıl	1 ay	
Birim (Sağlık Turizmi için)		6 milyon 564 bin/birim/yıl	ülke başına 5 yıl, azami 25 birim	Harcama gerçekleştirilmeden önce	
Sağlık ve Spor Turizmi Sektörlerinin Geliştirilmesi ve Tanıtılması (Birlikler için)	100%	43 milyon 773 bin/yıl	5 yıl	Faaliyetten önce	
HİSER (Hizmet Sektörü Rekabet Gücünün Artırılması Projesi)					
Destek Unsuru	Oran	Destek Üst Limiti (TL)	Diğer Limitler	Proje Süresi	
İhtiyaç Analizi	75%	27 milyon 357 bin / HİSER		3 yıl / proje + Bakanlık onayı ile 2 yıl / proje	
Eğitim					
Danışmanlık		81 bin / aylık / personel	azami 2 personel		
Tanıtım					
İstihdam		8 milyon 207 bin/program	azami 5'er adet		
Ticaret/Alım Heyeti					

Kaynak: T.C. Ticaret Bakanlığı, 2025

Bakanlıkça uygun görülen iş birliği kuruluşları için destek üst limitleri göz önünde bulundurularak desteklerden yararlanma oranı %70; Birlik tarafından oluşturulan sektörel internete üye şirketler için, destekten yararlanma oranı beş yıl süresince %100 olarak belirlenmiştir. Sağlık ve/veya spor turizmi sektöründe faaliyet gösteren iş birliği kuruluşlarının Bakanlık tarafından uygun görülen HİSER projelerine ilişkin ihtiyaç analizi, eğitim, danışmanlık ve tanıtıma yönelik giderleri %75 oranında desteklenir. HİSER projesi kapsamında bir takvim yılı içinde yıllık en fazla 5'er adet sektörel ticaret heyeti ve sektörel alım heyeti programlarına ilişkin giderler

desteklenir. HİSER projelerinin kümelenme anlayışı temelinde planlanması ve proje faaliyetlerinin organizasyonu için iş birliği kuruluşlarının istihdam ettikleri aynı anda en fazla 2 uzman personelin brüt maaşının %75'i personel başına aylık en fazla 81.000 TL tutarında desteklenir. HİSER projesinin süresi 3 yıldır. Proje süresi, projenin performansına göre Bakanlık tarafından 2 yıla kadar uzatılabilir.

Uluslararası Sağlık Turizmi Organizasyonları

Bölüm kapsamında ele alınan Uluslararası sağlık turizmi organizasyonları alt başlıklar halinde aşağıda verilmiştir.

Medikali Turizm Derneği (The Medical Tourism Association- MTA)

MTA, medikal turizm endüstrisinde belli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olan endüstri derneklerinden en büyüğü ve en önemlisi olarak görülmektedir (Cohen, 2015: 33). 2007 yılında kurulan ve kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olan MTA, uygun fiyatlı, şeffaf ve dünya standartlarında sağlık hizmetine giden engelleri ortadan kaldırmaya odaklanmaktadır. Amacı sağlık hizmeti sağlayıcısı, sevk kuruluşu (alıcı) ve medikal turistler olmak üzere sektör paydaşlarının bağlantı kurmasını ve iş yapmasını kolaylaştırmak olarak ifade edilmektedir. Çalışma alanları ise hükümetler, sağlık hizmeti sağlayıcıları, sigortacılar ve diğer paydaşlarla projelerin kavramsallaştırılması, tanıtımı ve ticarileştirmesidir (Medical Tourism Association, t.y.).

Uluslararası Tıp ve Cerrahi Kurulu (International Board of Medicine and Surgery-IBMS)

IBMS, küresel sağlık topluluğu için önemli bir ortak olarak yer almaktadır. Bu kurultan sertifika alan üyeler, kimlik bilgileri incelenmiş ve sertifikalandırılmış ve dünya çapında geçerli olan Altın Standart (*Gold Quality*) profesyoneller olarak adlandırılan güvenilir sağlık hizmeti sunucularıdır (IBMS, t.y.).

The International Society of Travel Medicine (ISTM)

ISTM, yalnızca eğitim, bilimsel amaçlar için kurulmuştur ve kâr amacı gütmeyerek faaliyetlerini yürütmektedir. ISTM'nin, seyahat ve göç tıbbında epidemiyolojik gözetim ve araştırma, eğitim ve hizmetin geliştirilmesini kolaylaştırmayı amaçladığı ifade edilmektedir. Bu şekilde, sınırları geçen tüm insanların sağlıklı, güvenli ve sorumlu seyahat ve sınırlar arası hareketini teşvik etmeye odaklanmıştır. Bu derneğin tüm faaliyetleri bireylerin ve toplulukların yararına olacak şekilde düzenlenmektedir (istmfoundation.net)

Avrupa Sağlık ve Tıbbi Turizm Birliği (EHMTA)

Avrupa genelinde sağlık turizmini geliştirmeye adanmış bir iş birliği ağı olarak faaliyetlerini yürütmektedir. Birlik misyonunu, “hasta hareketliliğini artırmak, kalite standartlarını iyileştirmek ve Avrupa'yı sağlık ve medikal hizmetler için önde gelen bir küresel destinasyon olarak konumlandırmak” olarak ifade etmektedir. Bu misyon ile, sağlık hizmeti sağlayıcılarını, wellness hizmeti sunan merkezleri, hükümet organlarını ve sektör paydaşlarını bir araya getirerek, inovasyonu teşvik etmeye, kalıcı ortaklıklar oluşturmaya ve Avrupa'da sağlık turizminin büyümesini ve sürdürülebilirliğini yönlendiren ölçütler belirlemeye çalışmaktadır (EHMTA, t.y.).

Aracı Kuruluşlar

Aracı kuruluşlar, sağlık turizminde hastaları ana vatanlarında veya hedef ülkedeki hastaneler ve doktorlarla buluşturan kuruluşlardır ve kolaylaştırıcılar olarak da adlandırılmaktadır (Cohen, 2015: 24). Bunun nedeni, aracı kuruluşların uluslararası sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırma rolü üstlenmeleridir. Böylece sağlık turistleri başarılı bir sağlık turizmi deneyimi yaşamalarına katkı sağlamış olurlar (Turk & Ari, 2024). Aracı kuruluşlar bu amaçla çeşitli sorumluluklar alırlar. Bunlar; seyahat

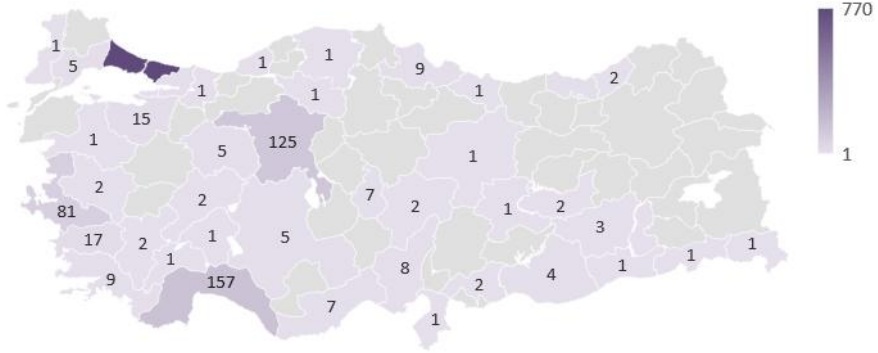
boyunca sağlık turistinin konaklamasını sağlamak, yurt dışındaki sağlık hizmet sağlayıcılar ile ilgili önerilerde bulunmak ve seçim yapan hastanın randevularını almak, hedef ülkedeki sağlık kurumuyla iletişimde olmak, tıbbi kayıtların kaynak ülke diline göre çevirisini yaparak bu kayıtları gerekli birimlere aktarmak ve turistik gezileri organize etmek olarak sıralanabilir (Snyder & ark., 2011). Aracı kurumlar olarak seyahat acenteleri sağlık turizminde giderek daha önemli hale gelmiştir. Sorumluluk alanlarına ek olarak sağlık turistlerinin potansiyel riskler, yasal sorumluluklar ve tedavi sonrasında sunulacak sağlık bakım seçenekleri hakkında eksiksiz bir şekilde bilgilendirilmelerinden de sorumludurlar (Turk & Ari, 2024: 11). Bu nedenle acenteler, karmaşık ve zorlu sağlık turizmi yolculuğunda kritik bir rol oynamaktadırlar

Aracı kuruluşların yapısı, boyutu, iş planı ve uygulamalar bakımında heterojen oldukları söylenebilir. Bu kuruluşların bazıları bir yıl içerisinde yüzlerce hasta ile ilgilenmekte ve buna göre bir kurumsal yapıya sahipken bazıları çok az sayıda hasta ile ilgilenmektedir ve dolayısıyla da kurumsal bir yapı taşımazlar. Aracı kuruluşlar sağlık hizmetlerinde uzmanlık alanlarına göre de uzmanlaşmış olabilmekte ve bu konuda da farklı bir prosedür takip etmek durumundadırlar. Aracı kuruluşlar, son olarak rolleri bakımından farklılık göstermektedir. Sağlık bakımının koordinasyonunu üstlenmenin yanında hastanın vatandaşı olduğu ülkedeki sağlık hizmetleri için de aracılık rolü taşıyarak hastanın haklarını savunan araçlar varken, sadece yurtdışındaki sağlık bakımını idare eden teknik bir rolü benimseyen araçlar da bulunmaktadır (Snyder & ark., 2012: 279-280).

Türkiye’de sağlık turizmi yetki belgesi almaya hak kazanan 1260 aracı kuruluş bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2025e). Bu kuruluşlar en fazla sayıda İstanbul ilinde yer almaktadır

(Şekil 8). İstanbul’u 157 aracı kuruluş ile Antalya ve 125 aracı kuruluş ile Ankara takip etmektedir.

Şekil 8. Yetki Belgesine Sahip Aracı Kuruluşların İllere Göre Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2025e.

Sağlık Profesyonelleri

Sağlık turizminde sağlık sistemi içerisinde önemli bir rolü olan sağlık insan gücünün daha farklı niteliklere sahip olması gerekmektedir. Burada uluslararası standartlar ve hastayla iletişimde yabancı dil yeterliliği öne çıkmaktadır. Şahin ve Cezlan (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların yaptıkları tercihlerde etkili olan tıbbi bakım kalitesi, son teknolojiyi takip eden tıbbi cihazlar ve hastane/personel tavsiyelerinin yanında sağlık profesyonellerinin kalifiye olması olarak belirlenmiştir. Bu nedenle hem ulusal hem de uluslararası düzeyde sağlık turizmine özgü olarak sağlık profesyonelleri tarafından alınması gereken bazı eğitimler ve standardizasyona ilişkin belgeler bulunmaktadır.

Uluslararası düzeyde sağlık turizminde görev alan sağlık profesyonelleri konusunda evrensel bir standardizasyon henüz tam anlamıyla oluşmamıştır. Ancak bazı uluslararası kuruluşlar ve akreditasyon sistemleri (JCI, TEMOS ve benzeri) sağlık hizmet

sunumunun kalitesine yönelik belirli standartlar koymaktadır. Ulusal düzeyde standardizasyonda ise, ülkeler arasında uygulama farklılıklarının olduğu görülmektedir. Örneğin, Güney Kore ve Hindistan, medikal turizmde çalışan sağlık personeline yönelik resmi programlar sunan ülkelerdir. Güney Kore, robotik cerrahi, kök hücre araştırması ve yenilikçi kanser tedavilerinde küresel bir liderdir. Ülke ayrıca minimal invaziv cerrahilerde önemli ilerlemeler kaydederek hastaların daha hızlı iyileşme sürelerine ve daha az ameliyat sonrası rahatsızlığa katkıda bulunmuştur (Medical Tourism, t.y.). Kore Sağlık Endüstrisini Geliştirme Enstitüsü (Korea Health Industry Development Institute- KHIDI), sağlık turizmi personeline yönelik sertifika programları sunmaktadır. Ayrıca, Medical Korea Academy tarafından sağlık çalışanlarına özel programlar düzenlenmektedir (KHIDI, t.y.). Burada amaçlanan ihracat ve yurtdışı pazarlamayı, yabancı hastalara yönelik Kore sağlık hizmetlerinin ilerlemesini ve sağlık kurumlarının yurtdışı genişlemesini desteklemek olarak ifade edilmektedir (KHIDI, t.y.). Hindistan, medikal turizmde düşük maliyetli ama kaliteli hizmet avantajı sunarak özellikle gelişmiş ülkelere hasta çekmektedir (Medical Tourism Review, t.y.). Turizm Bakanlığı ve Sağlık ve Aile Refahı Bakanlığı tarafından sağlık çalışanlarına yönelik eğitim modülleri desteklenmektedir. Bir üniversite çatısı altında da Medikal ve Sağlık Turizmi Sertifika Programı yürütülmektedir (İslamia, 2018). Medical Tourism Facilitator gibi sertifika programları da bulunmaktadır (Medical Tourism Facilitator Certification in India, t.y.).

Avrupa Birliği içinde sağlık turizmiyle ilgili bazı ortak etik ve kalite ilkeleri belirlenmiştir. Hasta Hakları Direktifi, AB ülkeleri içinde sınır ötesi sağlık hizmeti alan vatandaşların haklarını korumaktadır (European Union, 2011). Sağlık hizmet sunumunda bilgilendirme, güvenlik, kalite ve hasta mahremiyeti gibi konularda ortak ilkeler getirir. Doğrudan sağlık turizmiyle ilgili olmasa da

sağlık hizmetlerinin dolaşımını standartlaştırma yönünde önemli bir adımdır. Birlik, bağlayıcı olmayan ama yönlendirici nitelikte ortak kalite standartlarına da sahiptir (European Economic Chamber of Trade, Commerce and Industry, 2012). AB düzeyinde sağlık turizmine yönelik zorunlu bir eğitim standardı bulunmamaktadır.

Türkiye'de Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik'te belirtildiği gibi, sağlık turizmi faaliyetinde bulunacak kurumlar için "Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi" şartı bulunmaktadır (Madde 5). Bu belgeyi alabilmek için kurum çalışanlarının Sağlık Turizmi Eğitim Sertifikası alması gerekir. Bu eğitimler genellikle: üniversiteler, Sağlık Bakanlığı onaylı özel kuruluşlar, kamu kurumları tarafından verilir. Eğitim süresi genellikle farklılık (22 saat ile 72 saat arasında) göstermektedir.

Hastalar

Dünyadaki ekonomik gelişmelere paralel olarak tüketiciler daha fazla seyahat etme imkânına kavuşmaktadır. Sağlık turizminde hizmeti alanların karar alma süreçlerinde birçok etken bulunmaktadır. Buna rağmen, herhangi bir sağlık hizmeti deneyiminin iki çok önemli unsuru bulunmaktadır: hasta ve hizmet sunucu. Bireyin tıbbi turizme ilişkin karar alma süreçlerini etkileyen faktörleri 'hasta-hizmet sunucu' algısından incelemek çok önemlidir (Oberoi & Kansra 2019). Bu bölümün ilk alt başlığında sağlık hizmet sunucularına yer verilmiştir. Sağlık turizminin ikinci unsuru olan hastalar için temel motivasyonları tanımlamak hasta profili ve talep edilen hizmetlerin niteliği ile ilgili bilgiler edinebilmek açısından önemlidir.

Sağlık turistleri için birincil motivasyon, fitness, sağlıklı beslenme, rahatlama, kendini şımartma ve iyileştirici tedaviler gibi önleyici, proaktif, daha iyi bir yaşam tarzı geliştirmeyi sağlayan faaliyetlerde bulunmak olarak görülmektedir. Medikal turizmdeki

motivasyon ise daha çok kanıta dayalı medikal sağlık kaynaklarına ve hizmetlerine (girişimsel olan ve girişimsel olmayan) ulaşmaktır. Bu hizmetler, teşhis, tedavi, iyileşme, önleme ve rehabilitasyondan oluşmaktadır (European Travel Commission (ETC) and World Tourism Organization (UNWTO) Exploring Health Tourism, 2018). Dolayısıyla, sağlık turistlerinin ana amaçları hangi hizmetleri almak istedikleri veya hangi tür bir hizmete ihtiyaç duyduklarına göre değişmektedir.

Tıbbi sağlık turistlerinin bilgi edindikten sonra tedavi görecekları destinasyonları seçmelerinde etkili olan birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar genel olarak; uygun fiyat, kendini kanıtlamış iyi bir ekibin varlığı, ülke imajı, kültürel yakınlık, çevresel faktörler, iyi bir konaklama hizmeti sunabilme yeteneği, mahremiyete önem verme, coğrafi yakınlık, kaliteli hizmet, doğal faktörlerin olmaması, eğlence merkezlerinin varlığı, tıbbi teknolojideki gelişme, devlet garantisi, yabancı dil desteğinin varlığı, tıbbi turistlerin yiyecek ve içecek kültürüne öncelik verilmesi, dini hizmetlerin sağlanması, emniyet ve güvenlik, tedavi sonrası hizmetler, sigorta şirketlerinin veya aracı kurumların yaklaşımı olarak sıralanmaktadır (Jotikasthira & Cox, 2010).

Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmeti maliyetleri hızla artarken, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin nispeten düşük maliyetli olması gelişmekte olan ülkeleri sağlık turizmi için çekici ülkeler haline getirmektedir (Bochatons & Letebure, 2009: 97). Maliyet, sağlık hizmeti gibi temel hizmetler için bile herhangi bir satın alma işleminde tüketici karar vermesinde önemli bir faktördür. Ekonomik ve uygun fiyatlandırma, sağlık turizminin satış noktasıdır. Dünya genelinde maliyet farkı çok büyüktür. Bu nedenle, düşük maliyet, tıbbi turizm destinasyonu seçerken önemli bir çekim faktörü haline gelir (Singh, 2019: 80). Ekonomik faktörün yanı sıra yapılan çalışmalarda sağlık hizmeti kalite düzeyi, fiziki yakınlık, vize kolaylıkları, teknolojik altyapı, müşteri deneyimi, yasal ve etik

sınırlamalar, inanç benzerliği, turizm çekiciliği, bekleme süresi gibi faktörlerin de önemli olduğu sonucuna varılmıştır (Gündüz & ark., 2019: 717; Sağ & Zengül, 2018; Zengingönül & ark., 2012). Çekici faktörlerin sağlık turistlerinin destinasyon tercihinde etkili olduğu ve bu yönüyle Türkiye'deki sağlık turizmi sektörü en başta coğrafi konumu ve uygun fiyat avantajı, iklimi, denizi, plajları, termal kaynakları, ormanları ve yaylaları, tıbbi turizm ve alternatif sağlık turizmi için ideal bir bölge olması ile Ortadoğu, Avrupa ve Afrika'ya ulaşabilme potansiyeline sahip olduğu görülmektedir (Üstün & Demir Uslu, 2022; Sancar, 2024; Şahin & Cezlan, 2022). Kadın hastalıkları, göz hastalıkları, genel cerrahi, diş hekimliği, iç hastalıkları, tıbbi biyokimya, ortopedi ve travmatoloji, enfeksiyon hastalıkları, kulak-burun-boğaz ve de plastik ve estetik cerrahi tedavilerin ülkemize yönelik sağlık turizminde ön plana çıktığı ve yapılan işlemlerin niteliksel ve niceliksel açıdan önemli seviyelere ulaştığı söylenebilmektedir (Noyan Yalman & Arık, 2025).

Sonuç

Sağlık turizmi, küresel düzeyde gün geçtikçe gelişmekte ve geliştigi ülkelerin ekonomilerinde istihdam oranlarını artırarak bu ülkelerde giderek daha stratejik bir sektör haline gelmektedir. Sağlık kurumlarının artan maliyetleri karşısında sosyal güvenlik kurumları ve özel sağlık sigortaları, kaliteli sağlık tesislerine sahip ülkelerle daha düşük maliyetlerle antlaşmalar yaparak daha düşük ücrete sağlık hizmeti almaya odaklanmaktadırlar. Özellikle tıbbi teknolojideki gelişmeler ve ulaşım imkânlarındaki iyileşmeler sağlık turizminin gelişmesini hızlandırmıştır. Sağlık sektörü, sağlık turizmi kapsamında faaliyetlerini yürütürken birbirinden farklı birçok sektör ile ilişki içerisindedir. Bu nedenle sağlık turizmi başta sağlık tesisleri olmak üzere, otellerin, aracı kurumların, ulaşımın, turistik cazibe merkezlerinin ve diğer ilgili endüstrilerin gelişimini etkin bir şekilde teşvik etmektedir.

Bu bölümde, sağlık turizmi sektörünü şekillendiren aktörler olarak sağlık hizmet sağlayıcıları, devlet ve düzenleyici kurumlar, aracı kuruluşlar, uluslararası kuruluşlar, sağlık profesyonelleri ve hastalar özellikle ülke genelinde ele alınarak değerdendirilmiştir. Son yıllarda sağlık turizminde başarılı ülkeler arasında Türkiye’de ön plana çıkmaktadır. Sağlık tesislerinin altyapı ve donanımlarının yüksek kalitede olması, sağlık çalışanlarının eğitim ve tecrübe seviyesinin yüksekliği, maliyet avantajı, coğrafi konumu ve doğal güzellikleri sağlık turizminde potansiyelini artıracak güçlü yanlarıdır. Hizmetlerin koordinasyonu ve işleyişinden Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı sorumludur. Bu sorumluluğu yerine getirmek için SATÜRK ve USHAŞ işbirliği içerisinde hareket etmektedir. Rekabet üstünlüğu açısından sağlanan teşvik ve desteklerin de önemi büyüktür. Bu teşvik ve destekler kaynakların bölgesel, ulusal ve küresel düzeyde değerdlenmesini sağlamaktadır. Bu bağlamda ele alındığında ülkemiz 1.260 adet aracı kurumla 652 adet hastane, 200 adet tıp merkezi, 2.981 adet muayenehane, çoğunluğu ağız ve diş sağlığı polikliniği olan 1.571 adet sağlık tesisi ile ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır.

Kaynakça

Bochaton, A. & Letebure, B. (2009). The Rebirth of the Hospital – Heterotopia and Medical Tourism in Asia', In *Asia On Tour – Exploring the Rise of Asian Tourism*, Winter, T., Teo, P. & Chang, T.C. (Eds.) (pp. 97-108). Routledge Publishing Oxon: UK.

Carrera, P. M., & Bridges, J. F. (2006). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 6(4), 447–454. Doi:10.1586/14737167.6.4.447

Chew, E. Y. T. & Onggo, S. (2016). "Service Collaboration between Healthcare Service Providers and Tourism Agencies", *Tourism and Hospitality Management (Advances in Culture, Tourism and Hospitality Research, Vol. 12)*, Emerald Group Publishing Limited, Leeds, pp. 19-30. Doi: 10.1108/S1871-317320160000012003

Choi, H. C. & Liang, L. J. (2023). Medical Tourism. In: Jafari, J., Xiao, H. (eds) *Encyclopedia of Tourism*. Springer, Cham. Doi: 10.1007/978-3-319-01669-6_129-2

Cohen, I. G. (2015). *Patients with Passports- Medical Tourism, Law, and Ethics*. Oxford University Press: New York

Crozier, G.K.D. and Baylis, F. (2010). The ethical physician encounters international medical travel. *Journal of Medical Ethics*, 36(5), 297–301. Doi: 10.1136/jme.2009.032789

Davison, S. P., Hayes, K. D., LaBove, G., & Shaffer, P. (2018). The Price of Medical Tourism: The Legal Implications of Surgery Abroad. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 142(4), 1075–1080. Doi: 10.1097/PRS.00000000000004816

European Economic Chamber of Trade, Commerce and Industry - European Economic Interest Grouping. (2012). *Eeig Eu*

Standard For Health & Wellness, <http://www.european-economic-chamber-eeig.eu/documents/Standards/HEALTH.pdf>

European Union (2011). Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare, *Official Journal of the European Union*, 2011, 4 April.

Ghaderi, Z., King, B., & Makian, S. (2024). Medical tourist perceptions of hospitality across cultures. *Consumer Behavior in Tourism and Hospitality*, 19(3), 422–436. Doi: 10.1108/cbth-10-2023-0183

Giannake, G., Economou, A., Metaxas, T., & Geitona, M. (2023). Medical Tourism in the Region of Thessaly, Greece: Opinions and Perspectives from Healthcare Providers. *Sustainability*, 15(10), 7864. Doi: 10.3390/su15107864

Global Healthcare Accreditation (2025). *Health Tourism: Exploring the Industry, Types, and Top Destinations*. April 23 2023. (25/03/2025 tarihinde <https://www.globalhealthcareaccreditation.com/news/health-tourism-exploring-the-industry-types-and-top-destinations> adresinden ulaşılmıştır.)

Grand View Research, (2024). *Medical Tourism Market Size & Share | Industry Report, 2030*, (27/03/2025 tarihinde <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/medical-tourism-market> adresinden ulaşılmıştır.)

Gündüz, F. F., Gündüz, S., & Yavuz, H. B. (2019). Türkiye'nin Sağlık Turizmi Talebini Etkileyen Faktörlerin Analizi: Çekim Modeli Yaklaşımı. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (17), 717-739.

Medical Tourism Review. *Health Tourism in India*. (20/03/2025 tarihinde <https://medicaltourism.review/countries/india> adresinden ulaşılmıştır.)

International Board of Medicine and Surgery-IBMS, *About IBMS* (28/03/2025 tarihinde <https://www.ibms.us/ibms-executive-leadership-team/> adresinden ulaşılmıştır.)

Islamia, J.M (2018). Certificate Programmes- Medical and Wellness Tourism 2018-19, Department of Tourism, Hotel, Hospitality and Heritage Studies, 09/04/2025 tarihinde https://www.jmi.ac.in/upload/programme/cs_fhl_thhhs_cmwtd.pdf adresinden ulaşılmıştır.)

Jotikasthira, N., & Cox, C. (2010). Understanding the motivations, information search needs and destination choice criteria of the medical tourist. In M. Chaisawat (Ed.), *Proceedings of the 8th APacCHRIE conference 2010: Integrating hospitality & tourism in Asia and Pacific* (pp. 165-176). Asia Pacific Council on Hotels, Restaurants and Institutions.

Korea Health Industry Development Institute- KHIDI Overseas Office. (10/04/2025 tarihinde <https://www.khidi.or.kr/board?menuId=MENU00775&siteId=SITE00012> adresinden ulaşılmıştır.)

Korea Health Industry Development Institute- Medical Korea Academy. (10/04/2025 tarihinde <https://khidicis.com/en/-65/> adresinden ulaşılmıştır.)

Korean Accreditation Program For Hospitals Serving Foreign Patients. (10/04/2025 tarihinde <https://www.medicalkorea.or.kr/en/kahf> adresinden ulaşılmıştır.)

Krasnokutskaya N. (2022). World Trends In The Development of Health Tourism. *Псковский регионологический журнал*, 18(2), 126-138.

Kundury, K. K., Shylaja, K. C., Namitha, & Gowdappa, H. B. (2024). Medical Tourism: An Overview on the Cross-Border Care. In: Chaudhary, B., Bhatia, D., Patel, M., Singh, S., Sharma, S. (Eds.) *Medical Tourism in Developing Countries*. (pp.1-27) Springer: Singapore. Doi: 10.1007/978-981-99-8909-6_1

Lunt, N., Smith, R. D., Exworthy, M., Green, S. T., Horsfall, D. G., & Mannion, R. (2011). *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*. OECD. <http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>

Mainil, T., Eijgelaar, E., Klijs, J., Nawijn, J., & Peeters, P. (2017). Research for TRAN Committee – *Health tourism in the EU: a general investigation*, European Parliament, Policy Department for Structural and Cohesion Policies, Brussels.

Medical Tourism Association, *About the MTA*. (17/03/2025 tarihinde <https://www.medicaltourismassociation.com/about-us> adresinden ulaşılmıştır.)

Medical Tourism Facilitator Certification in India (2021). *Certificate course in Medical Tourism*. (11/04/2025 tarihinde <https://iti.directory/medical-tourism-facilitator-certification-in-india> adresinden ulaşılmıştır.)

Noyan Yalman, İ., & Arık, Y. (2025). Türkiye’de Sağlık Turizminin Gelişmesini Etkileyen Faktörler, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 16(46), 658-675.

Oberoi, S., & Kansra, P. (2019) Factors influencing medical tourism in India: a critical review. *SAMVAD SIBM Pune Res J*, XVII:28–37

Ormond, M. (2011). Medical tourism, medical exile: Responding to the cross border pursuit of healthcare in Malaysia. In Minca, C. and Oakes, T. (eds), *Real Tourism: Practice, Care and Politics in Contemporary Travel*, London: Routledge.

Poongodi, P. (2020). Health tourism – an emerging service package in india. *Indian Journal of Applied Research*, 1–3. Doi: 10.36106/IJAR/8210603

Raoofi, S., Khodayari-Zarnaq, R., & Vatankhah, S. (2024). Healthcare provision for medical tourism: A comparative review. *J Edu Health Promot*, 13:63, 1-9. Doi: 10.4103/jehp.jehp_1740_22

Sağ, İ. & Zengül, F. D. (2018) Why medical tourists choose Turkey as a medical tourism destination?. *Journal of Hospitality and Tourism Insights*, Doi: 10.1108/JHTI-05-2018-0031.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. (2025a). *Yetkili Hastaneler*. (12/03/2025 tarihinde https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50505/0/hastanelerpdf.pdf?_tag1=DCACB8F59E9B5518BF9EE8D7568E3A92709C96DE adresinden ulaşılmıştır.)

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. (2025b). *Yetkili Tıp Merkezleri*. (12/03/2025 tarihinde https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50506/0/tip-merkezleripdf.pdf?_tag1=FA825F24FA101D006FCE97C991758A3E2494CE1F adresinden ulaşılmıştır.)

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. (2025c). *Yetkili Muayenehaneler*. (12/03/2025 tarihinde https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50507/0/muayenehanelerpdf.pdf?_tag1=B080DA752F812EA36F12A21184C5560AFCE9554A adresinden ulaşılmıştır.)

Sancar, T. (2024). The Relations between Motivational Factors and Behavioral Intentions of Medical Health Tourists. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26(1), 246-259.

Shaw, C. D. (2015). Hospital accreditation and medical tourism, In: Neil Lunt & Daniel Horsfall & Johanna Hanefeld (ed.), *Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility*, Chapter 37, pp.370-378, Edward Elgar Publishing.

Singh, L. (2019). Medical Tourism Motivations: The Driving Force. *Journal of Multidisciplinary Academic Tourism*, 4(2), 77-86. Doi: 10.31822/jomat.621874

Snyder, J., Crooks, V. A., Wright, A. & Johnston, R. (2012). Medical Tourism Facilitators: Ethical Concerns about Roles and Responsibilities, In J. Hodges, A-M Kimball, L. Turner (Eds.), *Risks & challenges in medical tourism* (pp. 279–295) Doi: 10.5040/9798216009337.ch-013 Praeger: USA

Snyder, J., Crooks, V. A., Adams, K., Kingsbury, P., & Johnston, R. (2011). The “patient’s physician one-step removed”: The evolving roles of medical tourism facilitators. *Journal of Medical Ethics*, 37(9), 530–534.

Medical Tourism. South Korea. Destinations. (10/04/2025 tarihinde <https://www.medicaltourism.com/destinations/south-korea> adresinden ulaşılmıştır.)

Şahin, K., & Cezlan, E. Ç. (2022). Hospital selection of health tourists: A study with Ahp and Topsis Methods. *OPUS Journal of Society Research*, 19(46), 327-339.

Şengül, H. & Bulut, A. (2019). Sağlık Turizmi Çerçevesinde Türkiye’de Termal Turizm; Bir Swot Analizi Çalışması. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(1), 55-70.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik. Resmî Gazete Tarihi: 13.07.2017 Resmî Gazete Sayısı: 30123.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı (2025d). *Yetkili Sağlık Tesisleri-Yetkili Diğer Sağlık Tesisleri*. (20/03/2025 tarihinde https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50563/0/diger-saglik-tesisleripdf.pdf?_tag1=C725A23B302B000D670336066DAB145DBD0B5BB1 adresinden ulaşılmıştır.)

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı (2025d). *Yetkilendirilmiş Aracı Kuruluşlar*. (20/03/2025 tarihinde https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50567/0/araci-kuruluslarpdf.pdf?_tag1=990B7DBC866B8F60BC1465DD50CEBA95BED8AFD6 adresinden ulaşılmıştır.)

T.C. Ticaret Bakanlığı (2025). 5448 sayılı Hizmet İhracatının Tanımlanması, Sınıflandırılması ve Desteklenmesi Hakkında Karar'ın Sağlık ve Spor Turizmi Hizmetlerine Yönelik Uygulama Usul ve Esaslarına İlişkin Genelge. (20/11/2025 tarihinde <https://ticaret.gov.tr/destekler/hizmet-sektoru-destekleri/hizmet-ihracatinin-tanimlanmasi-siniflandirilmasi-ve-desteklenmesi-hakkinda-karar/saglik-ve-spor-turizmi-hizmetleri-sektoru> adresinden ulaşılmıştır.)

Tengilimoğlu, D. (2021). Sağlık Turizmi ve Devlet Teşvikleri. *Journal of Life Economics*. 8(1), 1-10, Doi: 10.15637/jlecon.8.1.01

The European Health and Medical Tourism Association- (EHMTA) *About EHMTA*. (17/03/2025 tarihinde <https://ehmta.eu/> adresinden ulaşılmıştır.)

The International Society of Travel Medicine (ISTM). *About: Mission Statement*. (17/03/2025 tarihinde <https://www.istmfoundation.net/aboutistm> adresinden ulaşılmıştır.)

Turk, E & Ari, Y. (2024). The Role of Health Tourism Travel Agencies in Health Tourism// *Bulletin of the International University of Tourism and Hospitality*, 3(5), 6-14. Doi: 10.62867/3007-0848.2024-3/5.01

USHAŞ (2024). Sağlık Turizmi Verileri. (21 Nisan 2025 tarihinde <https://www.ushas.gov.tr/saglik-turizmi-verileri/> adresinden ulaşılmıştır.)

Üstün, U. ve Demir Uslu, Y. (20022). Türkiye'nin Sağlık Turizminde Tercih Edilme Nedenleri Üzerine Bir Çalışma: Medikal Turizm Endeksi, *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 33, 344-353. Doi: 10.31590/ejosat.1020647.

World Tourism Organization and European Travel Commission (2018). *Exploring Health Tourism – Executive Summary*, UNWTO, Madrid, Doi: 10.18111/978928442030.8

Zengingönül, O., Emeç, H., İyilikçi, D.E., & Bingöl, P. (2012). *Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik bir Değerlendirme*, İstanbul Kalkınma Ajansı, İstanbul.

Zhong, L., & Deng, B. (2019). Cultural Connotation and Product Mapping of Health Tourism in China. *Journal of Service Science and Management*, 12(7), 810–820. Doi: 10.4236/JSSM.2019.127055

SAĞLIK DİPLOMASİNİN ULUSAL SAĞLIK POLİTİKALARINDAKİ ROLÜ

ŞERAFETTİN ERTEN¹

Giriş

Diplomasi devletlerin savaş ve çatışmalar dışında birbirleriyle ilişki kurdukları temel yoldur (Berridge & James, 2003). Tarihsel süreç içerisinde diplomatik ilişkiler sert güç adı verilen, ekonomik ve askeri üstünlüğe dayalı süreçlerden yumuşak güç adı verilen daha çok müzakereler ve ikna yollarının kullanıldığı bir form almıştır. Yeni diplomasi adı da verilen bu form tüm küreyi etkileyecek konularda özellikle Soğuk Savaş sonrasında ön plana çıkmıştır (Lee & Smith, 2011). Sağlık da yumuşak güç konularının başında gelmektedir. Sağlık temel hak ve hürriyetler alanının bir parçası ve küresel kamusal bir mal olarak kabul edilmektedir (WHO, 2001). Sağlıkla ilgili konuların sadece ulusal çıkarlarla değil tüm kürenin çıkarlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Kickbusch, Silberschmidt & Buss, 2007). Dolayısıyla sağlık alanında tüm aktörlerin söz hakkı bulunduğu ve bunun küresel yönetişimin bir parçası olarak diplomasi çerçevesinde ele alınması gerektiği ileri

¹ Doç. Dr., Uşak Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0003-0297-0580

sürülmektedir. Sağlık diplomasisi kavramı da bu bağlamda ortaya çıkmış ve son dönemde hem teori hem de uygulamada önemli bir gelişim kaydetmiştir (Katz & ark., 2011).

Devletin başlıca görevlerinden biri toplumun sorun, ihtiyaç ya da ilgi alanlarına ilişkin politikalar üretmektir. Devletler çok farklı alanlarda ulusal politikalar oluşturarak uygulamaya koymaktadırlar (Anderson, 2000). Sağlık başta sosyal, ekonomik ve siyasal olmak üzere çok sayıda alanı etkilemesi nedeniyle devletlerin özellikle ve mutlaka düzenlediği, çeşitli politikalar ürettiği bir alandır. Geleneksel yaklaşım kamu politikası sürecini devletlerin egemenlik gücünün bir parçası olarak iç işleriyle ilişkilendirilmiştir. Ancak çağdaş politika oluşturma süreçlerinde devletler özel birtakım alanlarda eskisi kadar özgür hareket edememektedir (Reinicke, 1998). Sağlık ve onunla doğrudan ilişkili alanlar da doğaları gereği küresel bir bakış açısı gerektirmektedir. Küreselleşmenin getirdiği sosyal, ekonomik, siyasal ve yönetsel değişiklikler, sıklıkla tekrarlanan küresel salgınlar, uluslararası kuruluşların artan etkileri, egemenlik, güç ve güvenlik kavramlarındaki dönüşüm gibi çok sayıda etken sağlık politikalarını dış politikaya bir başka ifadeyle sağlık diplomasisine açmıştır (Bostan & Kılıç, 2018; Kickbusch & Kökény, 2013). Günümüzde sağlık diplomasisi ulusal sağlık politikalarının şekillendirilmesinde önemli etkide bulunmaktadır. Bu çalışmada da sağlık diplomasisi ve ulusal sağlık politikaları ilişkisi açıklanmaya çalışılmıştır.

Sağlık diplomasisinin gelişimi

Diplomasi, çatışma olmaksızın tüm taraflar için bir dereceye kadar karşılıklı kazanç sağlamak amacıyla, gruplar arasında yürütülen çok sayıda süreç ve müzakereyi içeren bir çalışma ve uygulama alanı olarak kabul edilmektedir (Westrum, 2010). Diplomasinin tarihi oldukça eskidir. Siyasal yapıların oluşup birbirleriyle temasına kadar götürmek mümkündür. Ancak modern

anlamda diplomasinin 15. yüzyılın ikinci yarısında İtalya’da yeni yöntemlerin uygulanmaya başlamasıyla ortaya çıktığı kabul edilmektedir (Aysan & Paluluoğlu, 2020). Modern diplomasi, devletlerin birbirleriyle iletişimlerini sağlayan ve düzenli ve karmaşık ilişkiler kurmalarını mümkün kılan temel araçtır. Uluslararası toplumun iletişim sistemidir. Bu sisteme diplomasi adı 1796 yılında Edmund Burke tarafından verilmiştir (Berridge & James, 2003). Çok sayıda farklı tanımı bulunmakla birlikte diplomasinin üç temel özelliği olduğunu söylemek mümkündür: Birincisi diplomasi devletler arasında ve siyasi, ekonomik askeri ve benzeri çok çeşitli alanlarda meydana gelen bir etkileşimdir. İkincisi diplomasi şiddet ve zorlamadan uzak, anlaşma ve müzakerelere dayalı barışçıl bir uygulamadır. Üçüncüsü ise diplomasi devleti temsil eden resmi görevliler eliyle yürütülmektedir (Battır, 2019).

Kavramın klasik anlamına atıfta bulunan bu özellikler genellikle devletlerin güvenlik, ekonomi, ticaret gibi “sert güç” alanlarında dış politikanın yürütülmesini ifade etmektedir (Kickbusch, Silberschmidt & Buss, 2007). Sert güç askeri ve ekonomik gücün bir yaptırım aracı olarak kullanılarak devletlerin davranışları üzerinde değişiklik yapabilme, onlar üzerinde nüfuz sağlayabilme becerisidir (Nye, 2004). Ancak uluslararası ilişkilerde her türlü sorunun sert güçle çözülmesi mümkün değildir. Bu bağlamda 20. Yüzyılın sonuna doğru geleneksel yaklaşımın karşısında “yumuşak güç” kavramı etrafında şekillenen yeni bir diplomasi türünün ortaya çıktığı görülmektedir (Aysan & Paluluoğlu, 2020; Battır, 2019). Yumuşak güç diğerlerinin tercihlerini şekillendirme yeteneğidir. Bu yapılırken değerler, inançlar, fikirler, söylemler, kültür, imaj, meşruiyet gibi çeşitli unsurlar birer özendirme ve cazibe aracı olarak kullanılmaktadır (Nye, 2004). Yeni diplomasi bu bağlamda soğuk savaş sonrası iki önemli değişime uyum sağlama ihtiyacı nedeniyle ortaya çıkmıştır. Bunlardan ilki uluslararası devletler sisteminin jeopolitik olarak

yeniden yapılandırılması sorunu, ikincisi ise, mekânsal, zamansal ve bilişsel sınırları aşarak insan etkileşimlerini yoğunlaştıran ve daha fazla birbirine bağlılığa yol açan küreselleşmedir. Küresel değişim dış politika ve diplomasi için çevre, göç, ekonomik istikrarsızlık, salgın hastalıklar gibi yeni kolektif eylem alanları yaratmış ve dış politikanın konusu haline gelmiştir. Bu nedenle, yeni diplomasi gündemi, dış politika ile ilgili olduğu düşünülen daha geniş bir konu yelpazesini içermektedir (Barston, 2014; Lee & Smith, 2011).

Yeni diplomasinin başlıca ilgi alanlarından birisi de sağlık olmuştur. Küreselleşmenin artan etkileriyle birlikte özellikle sağlığın yaratmış olduğu dışsallıkların tek bir merkezden kontrol edilemeyeceği düşüncesi bu alanının uluslararası düzeyde iş birliği ve müzakereler çerçevesinde ele alınmasının önünü açmıştır (Mushtaq & Muştak, 2021; Radha, 2021). Sağlık diplomasisi teori ve uygulamada görece yeni bir alan olarak kabul edilse de aslında sağlığın uluslararası bir mesele olarak ele alınması daha eski tarihi bir geçmişe sahiptir (Ak, 2023; Özdilek, 2024). Sağlık diplomasisinin tarihsel gelişimini üç dönem içerisinde ele almak mümkündür.

İlk dönem 19. Yüzyılda başlayıp 20. Yüzyılın ikinci yarısına kadar süren uluslararası örgütlenme dönemidir (Kickbusch & Ivanova, 2013). Sağlık, yüzyılın başlarında icat edilen yeni bir diplomatik mekanizma olan çok taraflı konferansın kullanıldığı ilk sınır ötesi sorunlardan birisi olmuştur (Fidler, 2010). Sistem ülkelerin ortak bir soruna ilişkin ortak bir politika üzerinde anlaşmaya varmak için geçici olarak bir araya gelmesi ve ardından yeniden bir araya gelerek anlaşmanın uygulanıp uygulanmadığının kontrolü ve gerekirse yeni düzenlemeler yapılması üzerine kurulmuştur. Zaman içerisinde bu, aşağı yukarı düzenli bir takip konferansları sistemine dönüşmüştür (Kickbusch & Ivanova, 2013). İlk dönemde sağlık konusundaki müzakereler nüfusa doğrudan tehdit oluşturan ve hükümetlerin ticaret ve seyahatle ilişkilendirdiği

bazı bulaşıcı hastalıklarla (veba, kolera ve sarı humma gibi) sınırlı kalmıştır. Bu sağlık diplomasisi, karantina gibi ulusal sağlık önlemlerinin ticaret ve seyahat üzerindeki yükünü azaltırken, sınır ötesi bulaşıcı hastalık olaylarına verilen yanıtları iyileştirmeyi amaçlamaktaydı (Fidler, 2010). Bu dönemde askeri ve ekonomik gücü içeren ulusal çıkarlar yüksek siyaset ile ilişkilendirilirken, sağlık ve kalkınma düşük siyaset olarak kabul edilmiştir (Ramakrishnan & Chadha, 2025). 1851 yılında çok taraflı ve boyutlu bir iş birliği oluşturmak amacıyla Paris'te 12 ülkenin katılımıyla Uluslararası Sağlık Konferansı toplanmış ve sağlık alanında uluslararası iş birliği başlamıştır. Bu toplantıların devamında 1893 yılında Uluslararası Sıhhat Sözleşmesi imzalanmıştır. Yine bu dönemde ilk insani sağlık kuruluşu olan Uluslararası Kızılhaç Komitesi 1863 yılında kurulmuştur. Bu gelişmeler Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Pan Amerikan Sağlık organizasyonu gibi uluslararası kuruluşların ortaya çıkmasına da zemin hazırlamıştır (Aysan & Paluluoğlu, 2020; Demir, 2021; Yavuz Emik, 2024).

Sağlık diplomasisinin gelişim sürecine ilişkin ikinci önemli dönem DSÖ'nün kurulması ve Soğuk Savaş yıllarıdır (Almeida, 2020). Yirminci yüzyılın ikinci yarısında, İkinci Dünya Savaşı'nın ardından ülkeler dünyayı yeniden inşa etmek için bir araya geldikçe, çok taraflılığın önemi benzeri görülmemiş bir şekilde artmıştır. Bu dönemde sağlık alanında küresel yönetim sağlamlaşmış ve çeşitlenmiştir. Sağlık, bulaşıcı hastalıklar, silahlı çatışmalar, işgücü, ticaret ve çevre gibi konular uluslararası hukukun bir parçası olmaya devam etmiştir. 1948 yılında Birleşmiş Milletler (BM)'in sağlık alanındaki uzman kuruluşu olarak DSÖ'nün kurulmasıyla sağlık alanında yeni kavramlar ve endişeler ortaya çıkmıştır (Fidler, 2010). Bu kuruluş, “uluslararası sağlık çalışmalarında yönlendirici ve koordinatör otorite olarak hareket etmekle” görevlendirilmiştir. Cenevre'de sağlık diplomasisi için yeni bir kalıcı mekân oluşturulmuştur. Bu mekân, tüm ulus devletleri eşit temsil hakkına

sahip üye ülkeler olarak bir araya getirmiş ve böylece yüksek düzeyde resmi yasal meşruiyet kazanmıştır (Kickbusch & Ivanova, 2013). DSÖ'nün salgın hastalıklardan korunmayla sınırlı olmayan, daha geniş bir sağlık tanımını benimsemesi, sağlığı evrensel bir insan hakkı olarak kabul etmesi ve sağlık alanındaki iş birliğinde sadece devletlere değil farklı aktörlere de atıfta bulunması gibi yenilikler 20. yüzyılın sonlarından itibaren sağlık diplomasisi alanında yaşanacak gelişmeler için zemin hazırlamıştır (Aysan & Paluluoğlu, 2020). DSÖ'nün ortaya çıkışı ve başarılarına rağmen, Soğuk Savaş döneminde küresel sağlık sorunları, güçlü devletlerin jeopolitik kaygıları tarafından gölgede bırakılarak siyasi önemi azalmıştır. Küresel sağlık, yoksul ülkelere insani yardımla ilişkilendirilmiş, yine güvenlik, siyasi ve ekonomik çıkarların altında kalan bir dış politika alanı olarak görülmüştür (Fidler, 2010).

Sağlık diplomasisinin gelişimine ilişkin üçüncü önemli dönem Berlin Duvarı'nın yıkılmasıyla ortaya çıkan yeni konjonktürle başlamıştır. Bu yeni konjonktürde sağlık, dış politika ve uluslararası iş birliği tek bir siyasi söylem içinde yeniden ancak farklı bir biçimde birbirine bağlanmıştır. Soğuk Savaş'ın sona ermesinin ardından, sağlık sorunları küresel politik ekonomi ile daha yakından bağlantılı hale gelmiş ve bu durumun siyasi haritada ve uluslararası güvenlikte yansımaları olmuştur (Almeida, 2020). Küresel sağlık yönetiminde bir devrim olarak da kabul edilebilecek yeni durum, küresel sağlıkla ilgilenen resmi ve gayri resmî kurumların sayısını artırmış, küresel sağlık sonuçlarını etkilemek isteyen aktörlerin sayısında ve türünde yükseliş yaratmıştır. Bu dönemde küresel sağlık sorunlarına ilişkin yeni rejimler ve girişimler ortaya çıkmış, finansmanda benzeri görülmemiş artışlara tanık olunmuştur. Dış politikada sağlığın profili yükselirken, sağlığın sosyal belirleyicilerinin görünürlüğü artmış ve bununla birlikte mevcut sağlık yönetimlerinin bunları ele almada yetersizliğini de ortaya koymuştur (Fidler, 2010). Son birkaç on yılda ise başta

COVID-19 olmak üzere küresel salgın hastalıklar sağlığı jeopolitiğin ayrılmaz bir parçası haline getirmiş ve dolayısıyla diplomasiyi küresel sağlık yönetişimi sisteminin merkezine yerleştirmiştir. Bu bağlamda DSÖ'nün sağlık diplomasisindeki rolünün önemi de ortaya çıkmıştır (Kickbusch & Ivanova, 2013). Günümüzde sağlığın stratejik önemi değişmiştir. Sağlık artık insan hakları ve iç-dış politika dahil olmak üzere ekonomik, jeopolitik, güvenlik ve sosyal adalet gündemlerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Değişen küresel bağlamda sağlık diplomasisi, küresel sağlık ortamını şekillendiren ve etkileyen küresel politika konularında müzakereler için en önemli forumu oluşturmaktadır (WHO, 2025).

Sağlık diplomasisi: Kavramsal çerçeve ve teorik yaklaşımlar

Literatürde sağlık diplomasisi, küresel sağlık diplomasisi ve medikal diplomasi gibi terimlerin birbirleri yerine kullanıldığı görölmektedir (Chattu & Knight, 2019). Medikal diplomasi, 1978 gibi erken bir dönemde ABD Başkanı Carter'ın sağlık konularından sorumlu özel asistanı olan Peter Bourne tarafından ortaya atılan bir kavramdır. Bourne, özellikle sağlık gibi bazı insani konuların geleneksel ve duygusal kaygıların ötesine geçtikleri için diyalog kurmanın ve diplomatik engelleri aşmanın temeli olabileceğini belirtmiştir. Kavram süreç içerisinde olgunlaştırılarak küresel sağlık diplomasisi terimine ulaşılmış ve bu terim araştırmacılar ve politika yapıcılar tarafından ana akım haline getirilmiştir (Katz & ark., 2011).

Almeida (2020), kavramsal karışıklıkla ilgili yapmış olduğu detaylı analizde esas itibariyle sağlık diplomasisi ve küresel sağlık diplomasisi kavramları arasında anlam bakımından büyük fark bulunmadığını; ancak 2000'li yıllardan sonra küresel yönetim, küresel sağlık tehditleri, küresel sağlık yönetişimi gibi kavramların etkisiyle birlikte küresel sağlık diplomasisi kavramının öne çıktığını belirtmektedir. Ruckert & ark. (2016) ise bu terimlerin zaman zaman

birbirinin yerine kullanılsa da seçilen terimin kapsamı bakımından bir fark bulunduğunu öne sürmektedir. Onlara göre küresel sağlık diplomasisi eylem, uygulama ve alan olmak üzere üç boyutun tamamını kapsadığı için en geniş ve genel olanıdır. Sağlık diplomasisi veya medikal diplomasi ise genellikle belirli bir devletin belirli uygulamalarını veya angajmanlarını daha dar bir şekilde ifade eden kavramlardır.

Sağlık diplomasisi alanı gelişme aşamasında ve multidisipliner bir alan olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla hem sağlık diplomasisi hem de küresel sağlık diplomasisi kavramları farklı disiplinler tarafından ele alınmış, çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Bununla birlikte üzerinde uzlaşılmış tanım veya tanımlar bulunmamaktadır (Chattu & Knight, 2019). Fidler (2013: 693), sağlık diplomasisini “devletlerin, hükümetler arası örgütlerin ve devlet dışı aktörlerin sağlık sorunlarına yanıtlar için müzakereler yaptığı veya diğer siyasi, ekonomik veya sosyal hedeflere ulaşmak için politika şekillendirme ve müzakere stratejilerinde sağlık kavramlarını veya mekanizmalarını kullandığı politika şekillendirme süreci” olarak tanımlamaktadır. Sağlık diplomasisi alanında uluslararası faaliyetlerde bulunan “Health Diplomats” adlı kuruluş ise kavramı “temsil, iş birliği, uyuşmazlıkların çözümü, sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi ve savunmasız kesimlerin sağlık hakkının güvence altına alınması amacıyla halk sağlığı ve siyasetle ilgilenen paydaşlar arasında seçilen etkileşim yöntemi” olarak görmektedir (Lee & Smith, 2011).

Küresel sağlık diplomasisi kavramı da farklı perspektiflerden ele alınıp tanımlanmıştır. Kickbusch, Silberschmidt & Buss (2007: 230) küresel sağlık diplomasisini “küresel sağlık politika ortamını şekillendiren ve yöneten çok düzeyli ve çok aktörlü müzakere süreçleri” olarak ele almaktadır. Adams, Novotny & Leslie’ye (2008: 316) göre kavram “küresel sağlığın iyileştirilmesi ve özellikle çatışma bölgelerinde ve kaynak yetersizliği olan ortamlarda

uluslararası ilişkilerin iyileştirilmesi gibi ikili hedeflere hitap eden yeni bir alandır.” Birn, Muntaner & Afzal (2017) ise küresel sağlık diplomasisinin “hem sağlık konusunda resmi çok taraflı ve ikili karar alma süreçlerini hem de sağlık ve dış politika kaygıları arasındaki etkileşimi ifade ettiğini ve bunun da bir dizi devlet ve devlet dışı aktör arasındaki müzakereleri ve iş birliğini içerdiğini” belirtmektedir. Katz & ark. (2011) küresel sağlık diplomasisinin farklı anlamlar ifade eden üç temel boyuta sahip olduğunu belirtmektedir. Bu boyutları uluslararası halk sağlığı sorunları etrafındaki üç farklı etkileşim kategorisi belirlemektedir. Bunlardan ilki çekirdek diplomasidir ve ikili ya da çok aktörlü uluslararası resmi müzakereler şeklinde belirlemektedir. İkincisi çok paydaşlı diplomasidir. Bu ise uluslar ve diğer aktörler arasında bağlayıcı anlaşmalara yol açması zorunlu olmayan müzakerelerdir. Son olarak üçüncü boyut gayri resmi diplomasidir. Gayri resmi diplomasi uluslararası halk sağlığı aktörleri ile ev sahibi ülke yetkilileri, sivil toplum kuruluşları, özel sektör şirketleri ve halk dahil olmak üzere alandaki muhataplar arasındaki etkileşimler şeklinde belirlemektedir.

Diplomasi ve sağlık alanlarındaki tarihsel gelişim ve dönüşüm, sağlık diplomasisi ya da bir başka ifadeyle küresel sağlık diplomasisinin ele alınması ve kavranması noktasında farklı yaklaşımları da ortaya çıkarmıştır. Bu bağlamda ilk ele alınabilecek yaklaşım yumuşak güç ve kamu diplomasisidir. Yukarıda da belirtildiği üzere soğuk savaşın bitiminden sonra diplomaside merkezinde yumuşak güç kavramının yer aldığı bir dönüşüm gerçekleşmiştir (Battır, 2019; Nye, 2004). Yeni diplomasi olarak adlandırılan bu dönüşüm sonucunda kamu diplomasisi gibi yumuşak güce dayalı yeni diplomasi yöntemleri ortaya çıkmıştır. Kamu diplomasisi bugün devletler, onların oluşturdukları birlikler, devlet altı ve devlet dışı aktörler tarafından kullanılan önemli bir araç haline gelmiştir. Bu araç kültür ve tutumları anlamak, ilişkiler kurmak, görüşleri şekillendirmek ve çıkarları ve değerleri desteklemek için

eylemleri harekete geçirmek gibi işlevleri içermektedir. Sağlık diplomasisi de kamu diplomasisinin bir parçası olarak görülmekte ve uluslararası iletişim, etkileşim, iş birliği, yardımlaşma, dayanışma ve meşruiyetin önemli bir aracı ve unsuru olarak görülmektedir (Kahraman & Cinman, 2019; Özdilek, 2024).

Sağlık diplomasisini anlama ve açıklamaya yönelik bir diğer önemli yaklaşım küresel sağlık yönetişimi yaklaşımıdır. Yaklaşımın temelinde küresel yönetim fikri bulunmaktadır. Kavram esas itibariyle dünya dinamiklerindeki değişimler, artan talepler ve kaynak kıtlığı karşısında devletler ve devlet dışı aktörler arasındaki iş birliğinin önemi vurgulanmaktadır (Almeida, 2020). Küresel sağlık yönetişimi devletler, hükümetler arası örgütler ve devlet dışı aktörler tarafından, sınır ötesi kolektif eylem gerektiren sağlık sorunlarıyla başa çıkmak için resmi ve gayri resmî kurumların, kuralların ve süreçlerin kullanılması anlamına gelmektedir (Fidler, 2010). Kickbusch & Szabo (2014: 1-3) küresel sağlık yönetişimini daha iyi kavrayabilmek için üç politik alanın aynı anda göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmektedir: DSÖ gibi açık bir sağlık yetkisi olan kurumları ve yönetim süreçlerini ifade eden *küresel sağlık yönetişimi*; BM, Dünya Ticaret Örgütü veya İnsan Hakları Konseyi gibi açık sağlık yetkisi olmayan ancak doğrudan ve dolaylı sağlık etkisi olan küresel yönetim kurumlarını ve süreçlerini ifade eden *sağlık için küresel yönetim* ve ulusal ve bölgesel düzeyde küresel sağlık yönetişimine ve/veya ulusal küresel sağlık stratejileri veya küresel sağlık için bölgesel stratejiler gibi küresel sağlık yönetişimine katkıda bulunmak üzere kurulan kurumları ve mekanizmaları ifade eden *küresel sağlık için yönetim*.

Sağlığın güvenlikle ilişkilendirildiği küresel sağlık güvenliği yaklaşımı küresel sağlık diplomasisine bir başka perspektif sunmaktadır. 90'lı yıllarda Kopenhag Okulu, güvenlikleştirme (securitization) kuramı çerçevesinde çevresel sorunlar içerisinde sağlığı da tehdit unsuru olabilecek konulardan birisi olarak saymıştır

(Buzan, Wæver & de Wilde, 1998). Güvenlik ve sağlık arasındaki bağlantı, hastalıkların gerçek çatışma ve savaşlardan daha fazla askeri öldürme potansiyeline sahip olduğu ve bir devletin askeri kapasitesini etkileyebileceği fikrine dayanmaktadır. 2000'lerin ortalarına doğru, bulaşıcı hastalıklar barış ve istikrara yönelik bir tehdit olarak algılanmaya başlanmıştır (Ramakrishnan & Chadha, 2025). Sağlık güvenliği, yani sağlığa yönelik tehditlerden korunma, artık önemli bir geleneksel olmayan güvenlik sorunu olarak kabul edilmektedir. Pandemilerin küresel etkileri, sahte ilaçların artışı, çatışma sonrası ortamlarda sağlık hizmetlerinin rolü ve etkili sağlık hizmetlerine evrensel erişimi iyileştirmenin ekonomik kalkınmadaki merkezi önemi, küresel sağlık sorunları ile insan güvenliğinin diğer boyutları arasındaki giderek artan kesişimin örnekleridir (Heymann & Chand, 2013). Sağlığın güvenlikleştirilmesinin 21. Yüzyılda kamu sağlığı yönetişiminin kalıcı bir özelliği olduğu kabul edilmektedir (Labonté & Gagnon, 2010).

Dijital teknolojilerin hayatımızın yönlendiricileri olduğu bir dönemde doğal olarak sağlık diplomasisini de bu perspektiften ele alan güncel bir yaklaşım ortaya çıkmıştır (Özgen & Çömez, 2025). Dijital diplomasi, veri temelli diplomasi, siber diplomasi, e-diplomasi ya da elektronik diplomasi gibi farklı isimler verilen bu yapının işleri yürütme biçimlerinde önemli değişiklikler getirecek yeni yetenek ve yetkinlikleri geliştireceği kabul edilmektedir (Lee, 2013). Küresel sağlık diplomasisinin gelişen ortamında, sosyal medya platformları ve dijital iletişim araçlarının entegrasyonu, devlet ve devlet dışı aktörler arasında daha hızlı ve daha etkili etkileşim sağlayan dinamik, gerçek zamanlı ağlar yaratmaktadır (Yavuz Emik, 2024). Bu bağlamda dijital sağlık diplomasisi de küresel ölçekte uluslararası iş birliğini, birlikte çalışabilirliği, sağlık verisi paylaşımını, bilgi sistemlerinin tanınmasını ve küresel sağlık tehditlerine karşı dijital sağlığın kullanılmasını destekleyen uluslararası çabaları ifade etmek için kullanılan kavram olmuştur

(Martins, 2020). Dijital sağlık diplomasisinin, sağlık diplomasisinin etkisini artırarak, küresel sağlık sorunlarına teknoloji odaklı çözümler sunacağı ve sağlık politikalarının daha etkin bir şekilde uygulamasını sağlayacağı kabul edilmektedir. Bunun yanında sağlık teknolojilerinin yaygınlaştırılması, veri paylaşımı ve yenilikçi çözümlerin geliştirilmesi yoluyla da küresel halk sağlığı sorunlarına direnç geliştirmede kritik bir rol oynayacağı öngörülmektedir (Mutlu, 2024).

Politika süreci

Politika, dilimizde genellikle siyaset ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Ancak kavramın, karşılığı siyasa olarak ifade edilen ve daha dar ve özel bir alana vurgu yapan anlamı da bulunmaktadır. Bu bağlamda politika eğitim, sağlık, dış ilişkiler, milli savunma gibi özel alanlarda yürütülen faaliyetleri ifade etmektedir (Ergun, 2004). Politika ile ilgili vurgulanması gereken bir diğer önemli husus kamu politikaları ile diğer politika türleri arasındaki farktır. Belirli amaç ve hedeflere sahip olan bireyler, örgütler, topluluklar ve benzeri her birim bu amaç ve hedeflerini gerçekleştirmek için politika oluşturabilir. Ancak bu politikaların oluşturulmasında amaç özel kazanımlardır. Oysa kamu politikaları kamu hizmetinin verilmesi ve sadece kamu yararı amacıyla oluşturulmaktadır (Dror, 1968).

Kamu politikası alanı disiplinler arası bir yapıya sahiptir. zerinde uzlaşılmış bir tanım bulunmamaktadır. En bilinen ve geniş tanım Dye (2005: 1) tarafından yapılmıştır. Buna göre kamu politikası “hükümetlerin yapmayı ya da yapmamayı seçtikleri şeylerdir.” Farklı bir bakış açısıyla Anderson (2000: 4) ise kamu politikasını “bir problem ya da endişe verici durum hakkında, konu ile ilgili bir veya bir grup aktör tarafından izlenen, nispeten kararlı ve amaca yönelik eylem” olarak açıklamıştır. Kamu politikası bir sürec içerisinde oluşmaktadır. Temel amacı kamu yararadır. Sürec

içerisinde eylem kadar eylemsizlik de bir alternatif olarak kullanılmaktadır. Sadece toplumsal sorun alanlarına ilişkin değildir. Devletin yürütmesi gereken rutin işler ya da toplumun ilgi gösterdiği farklı konular da kamu politikalarının konusunu oluşturmaktadır. Süreç içerisinde birincil ve en önemli aktörler kamu örgütleri ve devleti temsil eden, otorite olarak kabul edilen kamu görevlileridir. Ancak sürece çok sayıda farklı aktör de dahil olmaktadır (Anderson, 2000; Dror, 1968; Pal, 1992).

Kamu politikası her ne kadar resmi bir eylem olarak kabul edilse de süreç içerisinde resmi aktörlerin yanında çok sayıda resmi olmayan aktör de yer almaktadır. Dolayısıyla kamu politikası aktörleri ifadesi politika sürecini etkileme güç ve yeteneğine sahip tüm unsurları kapsamaktadır (Anderson, 2000). Bu bağlamda uluslararası aktörlerin özellikle ayrı bir yeri bulunmaktadır. II. Dünya savaşıdan sonra ortaya çıkan küresel sosyal, ekonomik ve siyasal yapı uluslararası aktörlerin ortaya çıkmasında ve faaliyet alanlarının genişlemesinde önemli etki yaratmıştır. Soğuk savaşın ve dolayısıyla iki kutuplu küresel siyasal düzenin sona ermesi ve buna küreselleşmenin etkisi de eklendiğinde uluslararası aktörler açısından yeni bir dönem başlamış; ulusal ve küresel politikadaki rol ve etkileri artmıştır. Küreselleşme kamu politikası alanını öncelikle iki önemli ve büyük değişime bağlı olarak etkilemiştir. Bunlardan ilki ekonomik değerler dizgisindeki, diğeri ise egemenlik anlayışındaki değişimdir. Bu bağlamda uluslararası kuruluşlar, küresel sermaye güçleri ve bölgesel oluşumlar, ülkelerin politika yapım süreçlerinde, en az ulusal aktörler kadar etkili olmaya başlamıştır. (Howlett & Ramesh, 1995; Reinicke, 1998). Uluslararası aktörlerin ulusal politikadaki etkisini artıran bir diğer gelişme ise Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (OECD) tarafından geliştirilen yönetim (governance) yaklaşımı olmuştur. Yönetişim temelde politika yapım ve yönetim süreçlerine başta vatandaşlar olmak üzere ilgili tüm aktörlerin dahil edilerek

demokrasinin ve güvenin güçlendirilmesini ifade eden bir yaklaşımdır (OECD, 2001). 90'lı yılların başında ilk ortaya atıldığında yerel ve ulusal düzeyde bir yönetim yaklaşımı öngörülürken, bugün kavram küresel yönetim biçimini almıştır.

Kamu politikalarına etki eden aktörler, süreç içerisinde doğal olarak birbirleri ile iletişim ve etkileşim içerisinde. Bu aktörler arasındaki resmi ve gayri resmi ilişkiler, gündemi kimin belirlediği, kararları kimin verdiği gibi kamu politikalarının oluşumunu ve sürecin nasıl geliştiğini gösteren önemli kriterlerden birisidir. Bu politik ağlar, özellikle çoğulcu toplumlarda, kamu politikası sürecinin belirleyicisidir (Parsons, 1995). Aktörler arasındaki bu ilişkiler farklı düzeylerde ve büyüklükte gerçekleşmektedir. Kapsadığı alan bakımından en geniş olanı ise politika etki alanıdır. Politika etki alanı, kamu politikası aktörlerinin yarıştığı ve uzlaşmaya vardığı maddi politika alanını ifade etmektedir. Eğitim, istihdam, sağlık gibi büyük politika alanları buna örnektir (Birkland, 2005).

Politika alanı olarak sağlık

Sağlık yapısı ve doğası gereği çok sayıda farklı alanı ilgilendirdiği için çok sayıda farklı perspektifle ele alınıp açıklanmış bir kavramdır (Scriven, 2010). Bununla birlikte genellikle DSÖ'nün 1948 yılında kabul edilen Anayasasında yapmış olduğu tanım referans olarak alınmaktadır. Buna göre sağlık "sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik halidir (WHO, 2001)." DSÖ bu yaklaşımıyla sağlığı sadece bireye ait bir durum olarak değil, genel refahın bir parçası olarak da kabul etmektedir. Sağlık bireyin fiziksel ve zihinsel iyiliğinin yanında bugün içinde bulunduğu ve gelecekte olması beklenen sosyal, ekonomik ve kültürel iyilik halini de kapsamaktadır (Callahan, 1973). DSÖ'nün sağlığa ilişkin yaklaşımından çıkan sonuç sağlığa ilişkin belirleyicilerin sadece bireye ait ve onun kontrolünde

olmadığıdır. Bu bağlamda sağlık negatif ya da pozitif dışsallıklar yaratması nedeniyle toplumu ve devleti de ilgilendiren bir konudur. Dolayısıyla DSÖ tanımındaki gibi bir sağlık durumuna sahip olmak için bireylerin desteklenmesi gerekmektedir (Jacobsson, Carstensen & Borgquist, 2005; Scriven, 2010).

Bu anlayışın en önemli sonucu sağlığın insana ait bir değer, evrensel, temel bir hak olarak kabul edilmesi olmuştur. Başta İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ve Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi olmak üzere çok sayıda uluslararası belgede sağlık temel bir hak olarak tanımlanmış ve başta devletler olmak üzere, bireylere, topluma ve dahası uluslararası topluma birtakım sorumluluklar yüklenmiştir. Ancak bu noktada en önemli sorumluluk ve görevin devlete ait olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle devletlerin sağlıkla ilgili olarak uygun, erişilebilir, kabul edilebilir ve kaliteli hizmetler, mallar ve tesisler sağlamaları yönünde bir talep ve baskı oluşmuştur (OHCHR, 2008; Zengin, 2010; WHO, 2001). Sonuç olarak sağlık hizmetleri vatandaşların ihtiyaç duyduğu ve satın aldığı en önemli hizmetlerden birisi haline gelmiştir (Berry & Bendapudi, 2007).

Sağlıklı bireyler sosyal, siyasal, kültürel ve ekonomik denge ve aynı zamanda refah için olmazsa olmaz koşullardan birisi olarak kabul edilmektedir. Sağlık politikalarının ortaya çıkmasının ve sağlık hizmetlerinin sunulmasının temelinde de esas itibariyle bu anlayış yatmaktadır (Putera, 2017). Sağlık politikası en kapsamlı şekilde “sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen faaliyetler (Walt, 1994)” olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte çağdaş yaklaşım sağlık politikasını bu tanımında ötesinde sağlık üzerinde etkisi bulunan kamu, özel sektör, sivil toplum kuruluşları, gönüllü örgütler ve uluslararası kuruluşlar tarafından kasıtlı ya da kasıtsız olarak gerçekleştirilen tüm faaliyetleri de kapsayacak bir biçimde ele almaktadır. Dolayısıyla sağlık tanımı mümkün olan en geniş

çerçevede değerlendirilerek, sağlık politikaları sağlık hizmetleri ile sınırlandırılmayıp sağlık üzerinde etkisi olabilecek tüm alanlara ilişkin politikaları da kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Tatar, 2005).

Sağlık politikalarının oluşturulmasında temelde iki yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki sağlıklı bir değer ve temel insani hak olarak ele alıp devlete sorumluluk ve görev yükleyen anlayıştır. Bu noktada devlet elindeki kaynakları eşitlik ve adalet ilkesi çerçevesinde en iyi şekilde kullanarak bireylerin ve toplumun sağlık ihtiyacını karşılamakla yükümlü görülmektedir. Bu yaklaşımda sağlık ihtiyacının mali yükü büyük ölçüde devletin üzerindedir. Diğer yaklaşımda ise sağlık tamimiyle kişiselleştirilmiş ve piyasa mantığı çerçevesinde bireylerin satın alma güçlerine bağlı olarak yararlanabildikleri bir mal ya da hizmet olarak kabul edilmiştir. Bu noktada devlet klasik kapitalist yaklaşım çerçevesinde piyasanın düzenlenmesinden sorumludur (Akyürek, 2018; Emimi, 2018). Hangi yöntem benimsenirse benimsensin günümüzde sağlığa ilişkin konuların bireyler ve devletler üzerindeki yükü hızla ve sürekli olarak artmaktadır. Demografik değişimler, yaşam tarzlarındaki dönüşüm, ortalama ömrün uzaması, teknolojik yenilikler, gelir dağılımındaki adaletsizlik, öngörülemeyen küresel sağlık sorunları gibi çok sayıda nedenden ötürü sağlık hizmetlerinin maliyeti artmakta, harcamalar ve sağlık sonuçları arasındaki denge bozulmakta, kalite düşmekte ve daha fazla memnuniyetsizlik ortaya çıkmaktadır. Bunlar ve benzeri çok sayıda neden sağlık politikalarını dönüşüme uğratmaktadır (Tierney, 2018; WHO Regional Office for Europe, 2013). Sağlık diplomasisi hem ulusal hem de küresel sağlık politikalarının dönüşümünde önemli rol oynayan başlıca unsurlardan birisi olarak kabul edilmektedir.

Sağlık diplomasisi ve sağlık politikaları

Klasik anlayışa göre sağlık politikası, sağlık hizmetlerine kaynak tahsisi ve müdahalelerin karşılanabilirliği ve etkinliği ile ilişkilendirilmiş ve bu nedenle ulusal stratejilerle sınırlı olarak düşünülmüştür. Ancak son birkaç on yılda, sağlık politikasının diplomasi, ticaret ve dış politika gibi uluslararası ilişkilerin temel unsurlarıyla olan bağlantıları konusunda artan bir farkındalık oluşmuştur (Ramakrishnan & Chadha, 2025). Bu durumun birkaç belirgin nedeni bulunmaktadır. Öncelikle dünya gittikçe artan bir şekilde birbirine daha bağlı ve bağımlı hale gelmektedir. Bu bağımlılık küresel açlık, gelir dağılımı adaletsizlikleri, iklim değişikliği, küresel kalkınma, insan ve ulusal güvenlik, hastalık risklerinin küreselleşmesi, bulaşıcı hastalıklar, küresel ekonomik kriz, çevre kirliliği gibi çok sayıda konuda insanlığın ortak hareket etmesini zorunlu kılmaktadır. Geleneksel politika modelleri bu tür sorunlara çözüm üretmekte yetersiz kalmaktadır. Dolayısıyla politika yapıcılar ve ilgililer bu tür sorun alanlarına yönelik alternatif politika geliştirme yöntemleri için bir arayışa girmişlerdir. Bu sorun alanlarının başında da küresel sağlık gelmektedir (Brown, Yamey & Wamala, 2014).

Küresel sağlık toplumların sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen ve ulusal sınırları aşan sağlık sorunlarını ifade etmektedir. Küresel sağlık sorunlarının çözümü ülkelerin bireysel çabalarının küresel iş birliğini ve politika süreçlerini gerektirmektedir. Küresel sağlık politikaları da küresel düzeyde sağlık eylemleri için çerçeve oluşturan amaç, hedef ve araçlar bütünü olarak kabul edilmektedir. Bunun yanında bu politikalar küresel sağlığa ilişkin kapsam, süreç, yöntem ve stratejileri de içermektedir (Brugha, Bruen & Tangcharoensathien, 2014). Küresel sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması uluslararası aktörler, devletler, uluslararası organizasyonlar, sivil toplum kuruluşları ve bireyler gibi çok sayıda katılımcının bir araya geldiği karmaşık ve

dinamik bir ortamda gerçekleşmektedir. Bu aktörler tarafından oluşturulan ağlar ve politikalar ulusal politikalar üzerinde etkili olmaktadır (Kıdak & Demir, 2018). Bu bağlamda sağlık diplomasisi, küresel sağlık yönetişiminin dış politikanın önemli bir parçası haline gelmesinde ve sağlık politikalarının belirlenmesinde başlıca araç haline gelmiştir (Kickbusch & Liu, 2022).

Sağlık politikaları ile sağlık diplomasisi arasındaki bağlardan bir diğeri küresel kamu malı kavramıdır. Ekonomistler malları temelde özel mallar ve kamusal mallar olarak ikiye ayırmaktadır. Kamusal mallar da kendi içerisinde tam kamusal mallar, yarı-kamusal mallar, erdemli-erdemsiz mallar gibi çeşitli şekillerde türlere ayrılmaktadır. Özel mallar gerektiğinde tüketiminden bireylerin ya da toplumun bir kesiminin dışlanabildiği, genellikle rekabetçi ve faydası bölünebilen mallardır. Kamusal mallar ise esas itibariyle faydası bölünemeyen mallardır. Üretim hacimleri büyüktür. Pazarlanamazlar ve tüketiciler açısından rekabeti gerektirmeyen mallardır. Kamusal mallar klasik olarak, bedavacılıktan kaynaklanan piyasa başarısızlıklarının ve dışsallıkların sonucudur. Bu başarısızlıkların ve dışsallıkların üstesinden ancak hem maliyetlerin hem de faydaların kolektifleştirilmesinin bir biçimi olarak kamusal tedarik veya düzenleme yoluyla gelinebilir. Ulusal sınırların nispeten daha kapalı olduğu dönemlerde kamusal mallar daha ulusal ve yerel nitelikte olup, yerel ve ulusal politikaların konusunu oluştururken günümüzde küreselleşmenin de etkisiyle bu mallardan bazıları ulusal sınırları ve politikaları aşan bir nitelik kazanmıştır (Gleicher & Kaul, 2013; Labonté & Gagnon, 2010).

Sağlığın ekonomik ve mali kriterler çerçevesinde hangi tür mal kategorisi içerisinde yer aldığı bugün de tartışılan bir konudur. Ancak sağlık hizmetlerine erişimin isteğe bağlı faydalı bir faaliyet olmaktan ziyade bir insan hakkı olarak kabul edilmesi, sağlığı kamusal bir mal olarak gören yaklaşımı güçlendirmektedir

(Almeida, 2020). Ayrıca sağlık, kendine özgü önemli dışsalılıkları olan bir maldır. Sağlık bulaşıcı hastalıkların sınırları aşarak tüm ülkelere yayılması riski, bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması ve kontrol faaliyetleri, sağlıktan dışlanamama ve tüketimde rakip olmama gibi özellikleri nedeniyle bir küresel kamusal mal olarak kabul edilmektedir. (Yılmaz & Yaraşır, 2012). Sağlığın ve sağlık hizmetlerinin kendine has doğası ve negatif ve pozitif ortaya çıkardığı dışsalılıklar küresel ölçekte bir sağlık diplomasisini gerekli kılmaktadır (Bostan & Kılıç, 2018; Mushtaq & Muştak, 2021).

Küresel ölçekte ortaya çıkan sağlık krizleri sağlık diplomasisi ve kamu politikası ilişkisine yönelik bir diğeri önemli ve aynı zamanda güncel durumdur. 2003'teki SARS, 2009'daki H1N1, 2012'de başlayan MERS, 2014'te Batı Afrika ve 2018'de Demokratik Kongo Cumhuriyeti'ndeki Ebola gibi bölgesel ve küresel sağlık krizleri ikili ve bölgesel sağlık diplomasisinin önemli, hatta giderek artan seviyelerde gerekli olduğunu ortaya koymuştur (Fazal, 2020). COVID-19 pandemisi ise bu durumu pekiştirmiş, kamu politikalarında sağlık diplomasisinin etkisini açık bir şekilde göstermiştir. COVID-19 salgınına verilen yanıt, kriz diplomasisine katılarak ve ülkeler arasında ortak bir müdahaleyi müzakere ederek, diplomasiyi uluslararası kuruluşlarda ve üst düzey siyasi görüşmelerde merkeze oturtmuştur (Kickbusch & Liu, 2022). Sağlık diplomasisi, uluslararası düzeyde sağlık politikalarının müzakere edilmesi ve uygulanmasını içeren bir süreçtir ve pandemiler gibi küresel krizlerde kritik bir rol oynamaktadır (Battır, 2019).

Sağlık diplomasisi sayılan kritik noktalar dışında klinik faaliyetler, sağlık teknolojileri, göç, sağlık turizmi, bilimsel araştırmalar, sağlık insan kaynağı, sağlık ekonomisi ve benzeri çok sayıda alanda da dış politikayı ve dolayısıyla kamu politikalarını etkilemektedir (Bostan & Kılıç, 2018; Mushtaq & Muştak, 2021). Sağlık politikalarının artık salt ulusal düzeyde kalması mümkün değildir. Küreselleşmiş bir dünyada karşılıklı bağımlılık, kendine

özgü bir dinamik yaratmıştır ve sağlık bu dinamiklerin kilit bir unsuru haline gelmiştir. Dış politika ve diplomasi, artan karşılıklı bağımlılıkla başa çıkmak için önemli araçlar sunmakta ve bu nedenle ulusal politika çabalarının bir uzantısı olarak hizmet etmektedir (Kickbusch & Berger, 2010). Bu nedenle sağlık diplomasisi hem dış hem de iç politikanın bir parçası haline gelmiştir.

Sonuç

Küreselleşmiş bir dünyada sağlık gibi önemli bir konunun bireysel, yerel ya da sadece ulusal düzeyde ele alınması doğal olarak mümkün değildir. Sınırsız iletişim ve etkileşim artık birçok konunun küresel düzeyde ele alınmasını gerektirmektedir. Devletler düzeyinde bunu faaliyete dökmek ve başarmak daha güçtür. Çünkü devlet, bireysel ya da kurumsal çıkarlar için değil ulusal ve toplumsal çıkarlar için hareket etmek zorundadır. Bu nedenle hareket alanı kısıtlıdır. Devletler uluslararası arenada sınırlılıklarını diplomasi yoluyla aşmaya çalışmaktadır. Yine küreselleşmenin getirdiği yenilikler kamu politikası sürecini de dönüştürmüştür. Her şeyden önce yönetim yaklaşımı tüm dünyayı sarmış bulunmaktadır. Artık hem politika oluşturma süreçlerinde hem de uygulamada ilgili tüm aktörler daha etkili olabilmektedir. Bunların başında da resmi ya da gayri resmi küresel aktörler bulunmaktadır. Politika yapımı birçok alanda uluslararası nitelik kazanmıştır. Diplomasi bu noktada da karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık insana ait bir değer ve temel bir hak kabul edilmektedir. Yine küresel kamusal mallar arasında sayılmaktadır. Sağlığın negatif ve pozitif dışsallıkları nedeniyle sosyal düzen ve refah, kalkınma, ekonomik gelişmişlik ve güç, ulusal güvenlik gibi stratejik alanlarla yakından ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle sadece ulusal politikaların değil uluslararası politikaların da bir nesnesidir. Dolayısıyla sağlık diplomasisi artık tüm uluslar için zaruri bir politik alan haline gelmiştir. Çünkü sağlık diplomasisi

küreselleşmiş bir dünyanın diplomatik, epidemiyolojik ve etik gerçekleriyle uyumlu ulusal çıkarlar elde etmeyi sağlayacak politikalar geliştirmek için kullanılabilecek en önemli araçlardan birisidir (Kickbusch & Berger, 2010).

Kaynakça

Adams, V., Novotny, T. E. & Leslie, H. (2008). Global health diplomacy. *Medical Anthropology*, 27(4), 315-323. Doi:10.1080/01459740802427067

Ak, S. (2023). Türkiye’de Kamu sağlık politikasında COVID-19 süreci ve sağlık diplomasisi rolü. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(2), 366 – 389.

Akyürek, Ç. E. (2018). Sağlık politikalarının piyasalaştırılması. D. Tengilimoğlu (Ed.), *Sağlık politikası* içinde (s. 235-246). Ankara: Nobel Yayınları.

Almeida, C. (2020). Global health diplomacy: A theoretical and analytical review. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Doi:10.1093/acrefore/9780190632366.013.25

Anderson, J. E. (2000). *Public policy making*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Aysan, M. F., & Paluluoğlu, M. F. (2020). Sağlık diplomasisi. A. R. Usul & İ. Yaylacı (Eds.), *Dönüşen diplomasi ve Türkiye: Aktörler, alanlar, araçlar* içinde (s. 259-286). İstanbul: Küre Yayınları.

Barston, R. P. (2014). *Modern diplomacy*. London: Routledge.

Battır, O. (2019). Küreselleşme çağında bir yumuşak güç unsuru olarak sağlık diplomasisi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 75(5), 151-161. Doi:10.18506/anemon.552103

Berridge, G. R. & James, A. (2003). *A dictionary of diplomacy*. New York: Palgrave Macmillan.

Berry, L. L. & Bendapudi, N. (2007). Health care: A fertile field for service research. *Journal of Service Research*, 10(2), 111-122.

Birkland, T. A. (2005). *An introduction to the policy process: Theories, concepts and models of public policy making*. M.E. Sharp.

Birn, A., Muntaner, C. & Afzal, Z. (2017). South–South cooperation in health: Bringing in theory, politics, history, and social justice. *Cadernos de Saúde Pública*, 33. Doi: 10.1590/0102-311X00194616

Bostan, S. & Kılıç, T. (2018). Sağlık politikalarında uluslararası çevre ve kuruluşların etkisi. D. Tengilimoğlu (Ed.), *Sağlık politikası içinde* (s. 247-262). Ankara: Nobel Yayınları.

Brown, G. W., Yamey, G. & Wamala, S. (2014). Introduction. In G. W. Brown, G. Yamey & S. Wamala (Eds.), *The handbook of global health policy* (pp. 1-18). Wiley Blackwell.

Brugha, R., Bruen, C. & Tangcharoensathien, V. (2014). Understanding global health policy. In G. W. Brown, G. Yamey & S. Wamala (Eds.), *The handbook of global health policy* (pp. 20-45). Wiley Blackwell.

Buzan, B., Wæver, O. & de Wilde, J. (1998). *Security: A new framework for analysis*. London: Lynne Rienner Publishers.

Callahan, D. (1973). The WHO definition of 'health'. *The Hastings Center Studies*, 1(3), 77-87.

Chattu , V. K. & Knight, W. A. (2019). Global health diplomacy as a tool of peace. *Peace Review*, 31(2), 148-157. Doi:10.1080/10402659.2019.1667563

Demir, İ. (2021). Küresel sağlık diplomasisi ve Türkiye. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, ICOMEP Özel Sayısı*, 131-148. Doi:10.54600/igdirsosbilder.978439

Dror, Y. (1968). *Public policy-making re-examined*. San Francisco: Chandler.

Dye, T. R. (2005). *Understanding public policy*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Emini, F. T. (2018). Tarihsel perspektiften Türkiye'de izlenen sağlık politikaları ve sağlıkta reform. Ö. Uysal Şahin & N. Köleoğlu (Eds.), *Teori ve uygulamada sağlık ekonomisi ve politikaları. Güncel sorunlar ve araştırmalar* içinde (s. 1-24). Çanakkale: Rating Academy Yayınları.

Ergun, T. (2004). *Kamu yönetimi: Kuram, siyasa, uygulama*. Ankara: TODAİE Yayınları.

Fazal, T. M. (2020). Health diplomacy in pandemical times. *International Organization*, 74(S1), E78-E97. Doi:10.1017/S0020818320000326

Fidler, D. P. (2010). *The challenges of global health governance*. New York: The Council on Foreign Relations.

Fidler, D. P. (2013). Health diplomacy. In A. F. Cooper, J. Heine & R. Thakur (Eds), *The Oxford handbook of modern diplomacy*. Oxford: Oxford University Press.

Gleicher, D. & Kaul, I. (2013). New diplomacy for health: A global public goods perspective. In I. Kickbusch, G. Lister, M. Told & N. Drager (Eds.), *Global health diplomacy: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases* (pp. 107-124). New York: Springer.

Heymann, D. L. & Chand, S. (2013). Diplomacy and global health security. In I. Kickbusch, G. Lister, M. Told & N. Drager (Eds.), *Global health diplomacy: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases* (pp. 125-140). New York: Springer.

Howlett, M. & Ramesh, M. (1995). *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems*. New York: Oxford University Press.

Jacobsson, F., Carstensen, J. & Borgquist, L. (2005). Caring externalities in health economic evaluation: How are they related to severity of illness? *Health Policy*, 73, 172-182.

Kahraman, N., & Cinman, M. (2019). Kamu diplomasisinin uygulama alanı olarak sağlık diplomasisi. *Muhakeme Journal*, 2(1), 60-71. Doi:10.33817/muhakeme.551365

Katz, R., Kornblat, S., Arnold, G., Lief, E. & Fischer, J. E. (2011). Defining health diplomacy: Changing demands in the era of globalization. *The Milbank Quarterly*, 89(3), 503-523. Doi:10.1111/j.1468-0009.2011.00637.x

Kickbusch, I. & Kökény, M. (2013). Global health diplomacy: Five years on. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(13), 159-159A. Doi:10.2471/BLT.13.118596

Kickbusch, I., Silberschmidt, G. & Buss, P. (2007). Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(3), 230-232. Doi: 10.2471/blt.06.039222

Kickbusch, I. & Berger, C. (2010). Global health diplomacy. *RECIIS*, 4(1), 18-22. Doi:10.3395/reciis.v4i1.342en

Kickbusch, I. & Ivanova, M. (2013). The history and evolution of global health diplomacy. In I. Kickbusch, G. Lister, M. Told & N. Drager (Eds.), *Global health diplomacy: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases* (pp. 11-26). New York: Springer.

Kickbusch, I. & Liu, A. (2022). Global health diplomacy—reconstructing power and governance. *The Lancet*, 399(10341), 2156- 2166. Doi:10.1016/ S0140-6736(22)00583-9

Kickbusch, I. & Szabo, M. M. (2014). A new governance space for health. *Global Health Action*, 7(1). Doi:10.3402/gha.v7.23507

Kıdak, L. B. & Demir, H. (2018). Küresel sağlık politikaları. D. Tengilimoğlu (Ed.), *Sağlık politikası* içinde (s. 159-182). Ankara: Nobel Yayıncılık.

Labonté, R. & Gagnon, M. L. (2010). Framing health and foreign policy: Lessons for global health diplomacy. *Global Health*, 6(14). 1-19. Doi:10.1186/1744-8603-6-14

Lee, K. (2013). Key factors in negotiations for health. In T. E. Novotny, I. Kickbusch & M. Told (Eds.), *21st century global health diplomacy* (pp. 255-278). Singapore: World Scientific Publishing.

Lee, K. & Smith, R. (2011). What is ‘global health diplomacy’? A conceptual review. *Global Health Governance*, 5(1). 1-12.

Martins, H. M. (2020). Digital health diplomacy in chained globalised health context. *Health Management Journal*, 20(10), 712-715.

Mushtaq, Ş. & Muştak, Ü. (2021). Küresel sağlık diplomasisine ilişkin kavramsal bir araştırma. *Tarsus Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 54-66.

Mutlu, H. (2024). Dijital sağlık diplomasisi: Sistemik derleme. *Akademik Hassasiyetler*, 11(26), 173-193. Doi:10.58884/akademik-hassasiyetler.1548858

Nye, J. S. (2004). *Soft power: The means to success in world politics*. New York: PublicAffairs.

OECD. (2001). *Engaging citizens in policy-making: Information, consultation and public participation*. Genova: Public Management Service (PUMA) Policy Brief, No 10.

OHCHR. (2008). *The right to health*. Factsheet No. 31. World Health Organization.

Özdilek, E. (2024). Global health diplomacy as a soft power and country examples. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13(26), 55-67. Doi:<https://doi.org/10.58635/ufuksbedergi.1575276>

Özgen, N. & Çömez, A. (2025). Bioinformational diplomacy and mobile health apps: Response to global health crises and international cooperation. *İletişim ve Diplomasi*, 14, 117-146. Doi:[10.54722/iletisimvediplomasi.1666043](https://doi.org/10.54722/iletisimvediplomasi.1666043)

Pal, L. A. (1992). *Public policy analysis an introduction*. Ontario: Nelson Canada.

Parsons, W. (1995). *Public policy: An introduction of the theory and practice of policy analysis*. Massachusetts: Edwar Elgar.

Putera, I. (2017). Redefining health: Implication for value-based healthcare reform. *Cureus*, 9(3), 1-11.

Radha, R. (2021). Sağlık diplomasisinin dış politika ve küresel halk sağlığı bağlamında değerlendirilmesi. *Journal of Academic Value Studies*, 7(2), 127-137. Doi:[10.29228/jav.51375](https://doi.org/10.29228/jav.51375)

Ramakrishnan, L. & Chadha, N. (2025). *Global health diplomacy: Navigating politics and security*. Observer Research Foundation.

Reinicke, W. H. (1998). *Global public policy: Governing without government?* Washington, D.C.: Brookings Institution Press.

Ruckert, A., Labonté, R., Lencucha, R., Runnels, V. & Gagnon, M. (2016). Global health diplomacy: A critical review of

the literature. *Social Science & Medicine*, 155, 61-72.
Doi:10.1016/j.socscimed.2016.03.004

Scriven, A. (2010). *Promoting health*. Edinburgh: Elsevier.

Tatar, M. (2005). Sağlık nedir? *Makro Bakış*, 1, 21-22.

Tierney, N. W. (2018). *Value management in healthcare: How to establish a value management office to support value-based outcomes in healthcare*. New York: CRC Press.

Walt, G. (1994). *Health policy: An introduction to process and power*. New Jersey: Zed Book.

Westrum, A. T. (2010). Global health diplomacy: A multi-method critical success factor analysis. *Yayımlanmamış doktora tezi*. Central Michigan University, Faculty of the College of Graduate Studies.

WHO. (2001). *The right to health*. Fact Sheet No. 31: World Health Organization.

WHO. (2025). *Health diplomacy*. (20/11/2025 tarihinde <https://www.emro.who.int/health-topics/health-diplomacy/> adresinden ulaşılmıştır.)

WHO Regional Office for Europe. (2013). *Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Paris: World Health Organization.

Yavuz Emik, K. (2024). Communication in health diplomacy. *Journal of Health Systems and Policies*, VI, 181-198.
Doi:10.52675/jhesp.1583533

Yılmaz, B. E. & Yaraşır, S. (2012). Bir küresel kamusal mal olarak sağlık ve finansmanında resmi kalkınma yardımlarının rolü. *Maliye Araştırma Merkezi Konferansları*, 55, 1-33.

Zengin, N. (2010). Sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerinin sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 44-52.

TÜRKİYE’NİN SAĞLIK İHTİYAÇLARININ ULUSLARARASI SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

RAMAZAN RÜÇHAN KAYA¹

Giriş

Ülkelerin sağlık hizmet sunumdaki etkinlikleri; ülke vatandaşlarının sağlık durumu, ülkenin sağlık tesisleri ve altyapısı, sağlık alanındaki finansal olanaklar ve sağlık hizmeti sunumunda yer alan insan kaynaklarına ilişkin veriler üzerinden değerlendirilebilmektedir. Bu kapsamda ülkelerin sağlık göstergelerinin sağlık istatistikleri çerçevesinde doğru okunması ve yorumlanması önem arz etmektedir. Sağlık istatistikleri üzerine yapılacak değerlendirmeler, ülkenin sağlık hizmetleri sunumundaki durumunu göstermenin yanı sıra gelecekte üretilecek politikaların geliştirilmesinde ve ülkenin sağlık ihtiyaçlarının tespitinde yol gösterici konumdadır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesi oldukça zordur (Tengilimoğlu vd., 2015). Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve sürdürülebilirliğinin sağlanması; sağlık çalışanı dağılımı, finansman

¹ Öğr. Gör. Dr., Uşak Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, Orcid: 0000-0001-6520-1848

mekanizmalarının etkinliği ve hizmet sunum altyapısının yeterliliği gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir (OECD, 2023). Günümüz de hızla değişen sağlık teknolojileri, hastalık yapılarındaki değişim, bilgi ve iletişim kanallarına erişim kolaylığı gibi etkenler, bireylerin sağlık hizmetlerinden beklentilerinin artmasına sebep olmaktadır. Beklentilerdeki bu artışlar ölkelerin sağlık sistemlerini sürekli geliştirmesi ve değiştirmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (United Nations, 2023). Sağlık sistemlerinin ve hizmet sunum kalitesinin geliştirilmesi için ölkenin sağlık alanındaki ihtiyaçlarının tespit edilmesi gerekmektedir. Sağlık yöneticileri ve politika yapıcılar için ölkenin sağlık istatistiklerinin analizi ve yorumlanması stratejik önem taşımaktadır. Bu minvalde oluşturulan çalışmanın amacı; Türkiye ile referans ölkelerinin sağlık istatistikleri üzerinde yapılacak karşılaştırmalar aracılığıyla, Türkiye'nin sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının tespit edilmesidir.

Bradshaw (1972)'a göre karşılaştırmalı ihtiyaçlar, ölkeler düzeyinde bir kıyaslamayı ifade etmekle birlikte, farklı ölkelerdeki sağlık sistemlerinin mevcut durumunun değerlendirilerek hangi sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymayı hedeflemektedir. Bu doğrultuda, 30.06.2007 tarihli ve 2007/12325 sayılı Beşerî İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar hükümleri doğrultusunda Türkiye için referans ölkeler olarak belirlenen; Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan'a ait sağlık istatistikleri karşılaştırmalı ihtiyaç analizi kapsamında Türkiye ile kıyaslanarak, ihtiyaçlara ilişkin çıkarımlar yapılacaktır.

Türkiye ve seçilen ölkeler için OECD veri tabanında yer alan 2020-2025 yılları arasında paylaşılan uluslararası kabul edilebilir ve güncel sağlık istatistikleri verileri incelenmiş, Türkiye'nin sağlık hizmetlerindeki karşılaştırmalı ihtiyaçları üzerine; sağlık hizmetleri kullanımı, sağlıkta insan kaynakları ve sağlık hizmetleri sunumu başlıklarında değerlendirmeler yapılmıştır. Çalışmanın amacı kapsamında, Bradshaw (1972)'ın ihtiyaçlar sınıflandırmasında yer

alan, karşılaştırmalı ihtiyaçlar yaklaşımı (comparative needs assessment) benimsenmiştir. Bu minvalde Türkiye için referans olarak değerlendirilen ülkelerin, sağlık istatistikleri karşılaştırılarak, sağlık hizmetleri alanındaki ihtiyaçlarının belirlenmesine ve önceliklendirilmesine yönelik yol haritası sunulmaya çalışılacaktır.

Sağlık Hizmetleri Kullanımı

Ülke vatandaşlarının sağlık hizmeti kullanım düzeyleri, sağlık sistemleri performanslarını değerlendirmede ve sağlık reformlarını yapılandırmada önemli bir kriterdir (Kar ve Özer, 2020). Sağlık hizmeti kullanımını temsil eden göstergeler arasında hastanelerin yatak doluluk oranları, hastanede kalış süreleri, ortalama hekime müracaat sayıları gibi veriler yer almaktadır (Aksungur ve Çelik, 2022; Dizili, 2025). Sağlık hizmetleri kullanımı kapsamında Türkiye'nin OECD veri tabanında yer alan; kişi başına hekime müracaat sayısı, hastanede kalış gün süresi ve yatak doluluk oranı referans ülkelerin verileriyle karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Kişi başına hekime müracaat

Sağlık sistemleri doğumda beklenen yaşam süresinin artması, yaşlanma, göç, hastalık türlerinin çeşitlenmesi ve hastalık yüklerin artması gibi nedenlerle sürekli artan bir baskı altına girmektedir. Bu baskı, sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların artışıyla kendisini göstermektedir. Sağlık kuruluşlarına ve hekime yapılan müracaatların sayısındaki artış, sağlık hizmetlerinde maliyet artışlarına sebep olabilmektedir. Watson ve diğerleri (2019) tarafından hekimlerin iş yükü üzerine yapılan araştırmada hasta ziyaretlerindeki artış sebebiyle, hasta güvenliği ve memnuniyetinde azalma, hasta morbidite ve mortalitesinde artış, tedavi seçeneklerinin tam olarak tartışılmaması, hastaların kabulünde veya taburcu edilmesinde gecikmeler, gibi olumsuz sonuçların ortaya çıktığı, aynı zamanda da hekimin duygusal tükenmişlik

düzeyini arttırdığı tespit edilmiştir. Aşağıdaki tabloda Türkiye ve referans ülkelere ilişkin 2020-2023 yıllarında, bir yıllık sürede ortalama hekime müracaat sayıları yer almaktadır.

Tablo 1 Ortalama hekime müracaat sayısı (yıllık)

Ülke / Yıl	2020	2021	2022	2023
Fransa	5	5,5	5,4	5,4
Yunanistan	2,7	2,7	2,6	2,7
İtalya	8,8	9,5	9,4	9,4
Portekiz	3	3,5	3,8	3,9
İspanya	4,9	4,8	5,6	5,9
Türkiye	7,2	8	10	11,4

Kaynak: OECD, Data Explorer (2025)

Tablo 1 incelendiğinde kişi başına hekime müracaat sayısı en düşük olan ülkenin Yunanistan olduğu, en yüksek hekime müracaat sayısının ise Türkiye’de olduğu görülmektedir. Ülkelerin kişi başına hekime müracaat sayısında 2020 yılından 2023 yılına kadar geçen süreçte Yunanistan hariç tüm ülkelerde artış olduğu görülmektedir. En belirgin artış ise kişi başına 4,2 kezlik artışla Türkiye’de görülmektedir. Türkiye’de özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında yürütülen uygulamalarla birlikte, demografik özellikler itibariyle sağlık göstergelerinde iyileşmeler görülmüş ve OECD ülkelerine yakın sonuçlar elde edilmiştir (Bahçe vd, 2012). Ancak SDP kapsamında yapılan hasta odaklı köklü reformlar, halk sağlığı durum göstergelerinde yaşanan iyileşmeleri getirmekle birlikte hekime müracaat sayıları ve sağlık harcamalarında artışa sebep olmuştur (Özer, 2018). Türkiye’de doktor ziyaretleri, testler, görüntüleme taramaları, cerrahi prosedürler ve ilaç tüketiminin artan sayısı, SDP sonrası sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlanabiliyor olmasıyla ilişkilendirilmektedir. Bunun yanı sıra yaşamın tıbbileştirilmesi, aşırı teşhis/aşırı tedavi ve aşırı/uyarılmış sağlık talebiyle de bağlantısı değerlendirilmelidir (Kılıçarslan, 2015).

Türkiye’de hekime müracaatlarda yaşanan artışla birlikte hekimler ağır iş yükü altına girmekte, uygun olandan fazla hasta ile ilgilenmek durumunda kalmaktadır. Michthalik ve arkadaşları (2013)’na göre hekimin iş yükünün artması kritik laboratuvar değerlerinin zamanında takip edilmemesi ve tedavi veya ilaç hataları yapılması gibi hasta güvenliği sorunlarına sebep olabilmektedir. Aynı zamanda bu araştırmada iş yükünün artmasının hasta memnuniyetini kötüleştirebileceği ve doktorların hastayı şahsen değerlendirmek için yeterli zamana sahip olmaması nedeniyle potansiyel olarak gereksiz testlere, işlemlere, konsültasyonlara veya röntgenlere yol açabileceği vurgulanmaktadır. Liddy ve diğerleri (2016) tarafından yapılan araştırmada, hasta ziyaretlerindeki artışla birlikte ortaya çıkan sorunlardan biri de sağlık hizmetlerinde uzun bekleme süreleri olarak gösterilmiştir. Bu duruma çözüm önerisi olarak, hastayla hekimin yüz yüze görüşmesine gerek kalmadan uzman tavsiyesi sağlayabilen ve böylece bazı yönlendirmelerin önüne geçebilen e-konsultasyon gibi e-sağlık platformlarının oluşturularak kullanımının yaygınlaştırılması sunulmaktadır.

Türkiye’de mevcut durumda yıllık kişi başına 10’un üzerinde olan hastaya müracaat sayılarının düşürülmesi, sağlık hizmetlerindeki baskıyı, sağlık harcamalarını ve bekleme sürelerini azaltacaktır. Bu kapsamda hastaneye gereksiz müracaatların önüne geçilmesi adına hasta ve potansiyel hastalara, sağlık durumlarına ilişkin net ve detaylı bilgiler verilmesi, hekime yönelik soruların ve tedavi sürecinin uzaktan takibine yönelik dijital uygulamaların yaygınlaştırılması ve erişimin kolaylaştırılması, hekim sayısını arttırmaya yönelik politikaların geliştirilmesi ve mevcut hekimlerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerekliliği önem arz etmektedir.

Hastanede kalış süresi

Hastanede kalış süresi, hastane yataklarının ne ölçüde verimli kullanıldığına ilişkin veriler sunmakla birlikte, hastane

yönetiminde maliyet kontrolü açısından önemli bir göstergedir. Hastaların tedavi ve bakım amaçlı hastane içerisinde bulundukları süre ortalama kalış günü süresiyle belirlenmektedir. Hastaneden taburcu olan bir hastanın, kurum içerisinde ortalama kaç gün kaldığını ve hizmet aldığını gösteren bir ölçüt olarak performans değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Sümbüloğlu, 1990). Hastaların hastanede yatarak hizmet aldıkları süreyi göstermektedir. Bu yönüyle hastanede kalış gün süresi, hastanenin hizmet sunum olanaklarının planlanmasında, gereken yatak sayısının belirlenmesinde hayati öneme sahiptir (Kulinskaya vd., 2005). Ortalama hastanede kalış süresi hastanın hastalığına özgü koşullar nedeniyle değişebilmekle birlikte, hastanın hastanede daha kısa bir süre kalması, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin azaltılması açısından tercih edilir bir durum olmaktadır (Rahman vd., 2018). Ancak hastanede yatış süreleri, hastanede sunulan hizmetin etkinliğinin göstergesi olarak; yatan hasta ve taburcu sayıları dikkate alındığında bu veriler hasta yönetimi konusunda önem arz etmektedir (Ağırbaş, 2016). Bu kapsamda hastanede yatılan gün sayısının yüksek olması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu durum gereksiz yatışlar gibi maliyet unsurlarını da meydana getirebilmektedir (Ağırbaş, 2016).

Tablo 2. Yatan hasta başına kalış günü süresi ortalaması

Ülke / Yıl	2017	2020	2021	2022	2023
Fransa	8,8	9,1	8,8	9,1	9,1
Yunanistan	6,6	-	-	-	-
İtalya	7,8	8,3	8,2	8,3	8,3
Portekiz	-	8,3	8,1	8,6	8,6
İspanya	7,5	8,7	8,3	8,2	8,1
Türkiye	4,1	4,5	4,4	4,2	4,2

Kaynak: OECD, Data Explorer (2025)

Tablo 2'ye göre incelenen tüm ülkelerde hastanede kalış sürelerinin yıllara göre sınırlı değişim gösterdiği ancak nispeten artış

eğilimde olduğu görülmektedir. Bu kapsamda Fransa hastanede kalış gün süresi en yüksek olan ülkedir. Portekiz ve İtalya ise kalış gün süresi açısından yüksek orana sahip diğer ülkelerdir. Türkiye ise hastanede kalış gün süresi en kısa olan ülkedir.

Türkiye özellikle sağlık hizmeti sunumunda en büyük paya sahip olan kamu hastanelerinde kaynaklarını etkin ve verimli kullanmayı temel bir politika haline getirmiştir (Çakmak, Öktem ve Ömürgönülşen, 2009). Hastanede kalış süresinin kısa olmasının verimlilik açısından olumlu görülebilmektedir. Ancak yatan hastaların hasta memnuniyeti ve tekrar yatış oranları gibi faktörlerin daha derinlemesine araştırılması gerekmektedir. Kargılı ve Bana (2025) tarafından yapılan değerlendirmede, hastanede kalış süresinin kısa olmasının, hizmet süreçlerinin Sağlık Bakanlığı örgütsel kapasitesinden kaynaklanan sistemik bir sorunun belirtisi olabileceği ileri sürülmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde örgütsel kapasitenin yeterli nitelikli insan kaynağı ile desteklenemediğini, bunun da hizmet sürekliliğini ve kalitesini olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bu görüşün aksine hastanede kalış süresinin kısa olmasının, hastanın hızlı ve etkili bir şekilde tedavi edilmesinden kaynaklanabileceğini, bunun da kalitenin bir göstergesi olduğunu vurgulayan araştırmalar da bulunmaktadır. Ancak hastaların yeterli tedaviyi alamadan hastaneden ayrılacaklarını, bunun da muhtemelen yetersiz personel veya yatak sayısı azlığından kaynaklanabileceğini de değerlendirmek gerekmektedir (Aydan ve Arıkan, 2021).

Sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan tıbbi malzemelerin teknolojik gelişmişliği ve ilaçlar, hastanın hastanede yatış süresi maliyetlerini arttıran unsurlardır. Hastanede yatış süresinin uzamasının finansal maliyeti, diğer hastaların bu hizmetten yararlanmalarının gecikmesi ya da hizmetten faydalanamamaları gibi sosyal maliyeti de bulunmaktadır. Eryavuz ve arkadaşları (2016)'na göre hasta yatış sürelerinin kısaltılması, hasta başına

düşen maliyeti azaltacak ve diğer hastaların yararlanması için kapasiteyi artıracaktır.

Bu değerlendirmeler ışığında Türkiye'nin hastanede kalış günü süresinin düşüklüğü maliyetlerin azaltılması ve kapasite kullanımı açısından kabul edilebilir görülmekle birlikte hizmetin etkinliği açısından sorgulanması gereken bir konu olarak değerlendirilmektedir. Hastanelerden taburcu olan bireylerin hastanede kalış süreleriyle şifaya kavuşma düzeylerinin belirlenmesine yönelik yapılacak araştırmalar bu durumu ortaya koymak adına önemli görülmektedir.

Yatak doluluk oranları

Yatak doluluk oranı, dolu yatakların mevcut yatalara oranı olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda yatak kullanım yoğunluğunun ve verimliliğin göstergelerinden biridir. Düşük yatak doluluk oranlarının yetersiz kapasite kullanımına ve verimlilik artışı potansiyeline işaret edebilirken, %85'in üzerindeki oranların ihtiyaç halinde yatak sıkıntısının oluşmasına ve %90'ı aşan seviyelerin ise yatak yetersizliği riskine yol açabileceği düşünülmektedir (Bosque-Mercader ve Siciliani, 2023).

Tablo 3. Yatak doluluk oranı (%)

Ülke / Yıl	2017	2020	2021	2022	2023
Fransa	75,5	75,7	76,1	70	72,3
Yunanistan	54,8	-	-	-	-
İtalya	78,9	78,7	78,1	67,7	71,3
Portekiz	82,6	82	82	75,1	77,1
İspanya	75,6	76	75,9	67,6	70,9
Türkiye	67,4	66,1	65,5	52,2	55,3

Kaynak: OECD, Data Explorer (2025)

Tablo 3'e göre 2023 yılı verileri tespit edilebilen ülkeler içerisinde yatak doluluk oranı en yüksek ülke Portekiz, en düşük ülke ise Türkiye'dir. Tablo incelendiğinde yıllara göre ülkelerin

hastanelerinde yatak doluluk oranının azalma eğiliminde olduğu görülmekle birlikte, 2022 yılına kadar olan azalışın ardından 2023 yılında bir artış olduğunu söylemek mümkündür. Hastanelerde yatak kullanım oranlarının %100'e yakın olmasının sağlık hizmetlerinin kaliteli şekilde sürdürülmesi için uygun olmadığı ve %90'ın üzerinde oranlar, sağlık hizmeti sunumunda baskı oluşmasına, uzun bekleme sürelerine, acil durumlarda yatak yetersizliğine ve artan maliyetlere yol açabileceği düşünülmektedir (Gorunescu, vd., 2002). Aynı şekilde yatak doluluk oranının yükselmesi de hastanelerde aşırı kalabalıklaşma sorununu ve hastane kaynaklı enfeksiyonların artması gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Abhicharttibutra vd., 2018).

Yapılan birçok araştırmada ideal doluluk genellikle %75–85 aralığında kabul edilmektedir (Bosque-Mercader ve Siciliani, 2023; Ravaghi vd., 2020; Jones, 2011; Keegan, 2010). Toplum sağlığı çalışmalarının güçlü erken tanı çalışmaları ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili yürütüldüğü bölgelerde hastaneye müracaat ve yatak doluluk oranları düşebilir (Starfield, 1994). Ancak doluluk oranlarının düşük olması, tek başına olumlu bir durum olarak değerlendirilmemelidir. Yatak doluluk oranlarının düşük olması sağlık hizmetlerine erişim sorunu olabileceğini varlığına işaret edebilmektedir. Hastaların, finansal sorunları, sağlık hizmetine ulaşım sorunu gibi sebeplerle hastaneye başvurmadığını düşündürmektedir. Düşük yatak doluluk oranı, hizmet gereksiniminin karşılanamadığı anlamına gelmektedir (Andersen, 2008). Bu durum sağlık hizmetlerinde planlama başarısı ve hizmet verimliliği konusunda şüphe yaratmaktadır.

2009 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından, yatak doluluk oranı %50 ve altında kalan 245 devlet hastanesinin etkinliklerini hesaplanmıştır. İnceleme sonucunda, 21 hastanenin yatakları etkin kullandığı ancak 224 hastanenin yatak kullanımının etkin olmadığı tespit edilmiştir (Yücel, 2019). Söz

konusu durumunda Türkiye’de hizmet sunmakta olan hastanelerin yatak doluluk oranlarına göre verimlilik ve etkinlikleri hesaplanarak atıl kapasite olan hastanelerde, kapasite ve kaynak kullanımında azaltma uygulanmalıdır.

Sağlıkta İnsan Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel faktör, sağlık hizmetini en uygun şekilde sunacak personelin yetiştirilmesi ve sahada görevlendirilmesidir. Bu kapsamda ülkelerin sağlık hizmetleri sunumunun etkinliğinin geliştirilmesinde, sağlık insan gücünün niceliği ve niteliği önemli bir değişken olmaktadır. Özellikle hekim ve hemşire sayısı hem hizmet sunum kapasitesini hem de bakım kalitesini doğrudan etkileyen temel göstergeler arasındadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık iş gücündeki yetersizliklerin hizmet erişimini düşürdüğünü ve sağlık sonuçlarını olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır (WHO, 2022). Bu nedenle sağlıkta yönetim kademeleri ve politika üreticilerinin, nüfusun sağlık gereksinimlerini karşılayabilecek düzeyde sağlık çalışanı arzı sağlayarak, hizmet sunumunda hasta-personel dengesini stratejik biçimde planlaması kritik önem taşımaktadır. Türkiye’nin sağlıkta insan kaynaklarına yönelik durumun ortaya koyulması ve ihtiyaç tespitinin yapılması amacıyla değerlendirilen bu başlıkta, Türkiye ve referans alınan ülkelerin hekim ve hemşire sayılarına yönelik değerlendirmeler yapılacaktır.

Hekim sayısı

Hekimler mesleki bilgilerinin onlara vermiş olduğu iyileştirici güçle birlikte sağlık hizmeti sunumunun doğal lideri konumunda yer almaktadır (Kaya ve Kaya, 2021). Bu sebeple sağlık hizmeti sunumunda vazgeçilmez konumda yer almaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde verimliliği, bakım kalitesini, hasta

güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak için hekimlerin süreçlerin içinde var olması önemli görülmektedir (Özkan ve Eroymak, 2020).

Tablo 4. Hekim sayıları (1000 kişi başına)

Ülke / Yıl	2020	2021	2022	2023
Fransa	3,93	3,97	4	4,06
Yunanistan	6,19	6,37	6,56	6,61
İtalya	7,11	7,14	7,34	7,44
Portekiz	5,44	5,58	5,7	5,81
İspanya	5,83	5,98	6,12	6,24
Türkiye	2,05	2,18	2,29	2,39

Kaynak: OECD, Data Explorer (2025)

Tablo 4 incelendiğinde her bin kişi başına düşen hekim sayısı açısından en yüksek orana sahip ülkenin İtalya olduğu, Yunanistan ve İspanya'nın ise yüksek hekim oranına sahip diğer ülkeler olduğu görülmektedir. Türkiye ise her bin kişiye düşen hekim sayısı açısından en düşük orana sahip ülkedir. Türkiye mevcut veriler ışığında diğer ülkelere kıyasla hekim eksikliğinin belirgin olduğu bir ülkedir. Sağlık hizmetlerinin tüm kollarında var olmalarına rağmen hekimlik faaliyetlerinin en gerekli olduğu alan tedavi edici hizmetler kapsamında olmaktadır. Elde edilen veriler, Türkiye'de tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında sorun oluşabileceğini, sağlık sistemi üzerindeki baskının yüksek olduğunu göstermektedir. Tablo 1. de yer alan veriler kapsamında en fazla hekime müracaat sayısına sahip olan ülke de Türkiye'dir.

Hekime müracaat sayısının fazlalığı ve hekim sayısının yetersizliğinin muayene sürelerinin kısalması ve randevu süreçlerinin uzun olması gibi sorunları da beraberinde getirecektir (Çıraklı, 2020). Kişi başına hekime müracaat sayısındaki artış, doktorların iş yükü ve ülkenin sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Vatandaşların, sağlıkları ile ilgili herhangi bir şüphe duyduklarında doğrudan hastaneye ve hekime müracaat etmeleri, hekimin üstüne daha fazla yük bindirmekte ve hekim eksikliğinin derinliğini

artırmaktadır (Aydın, 2015). Türkiye’de 694 sayılı KHK ile hastane yönetimi tamamen hekimlere bırakılmıştır. Bu durum hekimlerin hekimlik faaliyetlerinin yanı sıra idari görevleri de yürütmeleri durumunu ortaya çıkarmaktadır. İdari görevler yapmak durumunda kalan hekimlerin, sağlık hizmet sunumuna yönelik bilgi ve becerileri yeterince kullanılamaz hale gelmektedir (Kaya ve Alkan, 2021). Hekim sayısının azlığı, hekime müracaatlarının fazlalığıyla birlikte, hekimleri idari pozisyonlarda görevlendirmek, zaten baskı altında olan sistem için ayrı bir yük getirmektedir.

Hekimlik faaliyetlerinin geliştirilmesi ve hekimler üstündeki baskının azaltılması, ülke sağlık sisteminin işlevselliğine katkı sunacak, vatandaşların hizmete erişimini kolaylaştıracaktır. Bu kapsamında; hekimleri teşvik etmek adına, prim veya maaş olanaklarının geliştirilmesi gerekmektedir. Tıp eğitimi kapsamında, tıp fakültelerinde sunulan eğitimin kalitesi denetlenmesi ve sürekli gelişimin teşvik edilmesi gerekmektedir. Bu öneriler doğrultusunda yapılacak iyileştirmeler, Türkiye gibi hekim sayısı yetersiz ve iş yükü fazla olan ülkelerde, yetkin hekim sayısının artırılmasına ve mevcut hekimlerin iş tatmini düzeyini yükseltilmesine imkân sunacaktır.

Hemşire sayısı

Sağlık ekibi içerisinde hekimlerle birlikte en önemli personel hemşirelerdir. Hemşireler sağlık hizmeti sunumunda hastaların ameliyata hazırlanması, ameliyat süreci ve sonrasında bakımın sağlanmasında görev almaktadır. Doğrudan hasta bakımı sağlayan, hasta ihtiyaçlarını belirleyen ve nerede, ne zaman ve hangi malzemelerin kullanılacağına karar veren sağlık ekibinin en büyük grubunu hemşireler oluşturmaktadır (Ay, 2009). Hemşire sayısı özellikle bakım sürekliliği sağlanarak hastanın tedavi süreci ve sonrasında daha başarılı bir süreç geçirmesi üzerinde önemli bir faktördür (Cerit ve Çoşkun, 2018). Hemşire sayısındaki

yetersizlikler, hasta bakımında yaşanabilecek hatalarını ve hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini artırarak sağlık hizmetlerinin etkinliğini zayıflatmaktadır (Heinz, 2004). Bu bağlamda hemşirelik iş gücünün planlanması, sağlık kurumlarının operasyonel verimliliği ve hasta bakım kalitesi açısından stratejik bir gerekliliktir.

Tablo 5. Hemşire sayısı (1000 kişi başına)

Ülke / Yıl	2020	2021	2022	2023
Fransa	9,43	9,64	-	-
Yunanistan	3,65	3,77	3,84	3,79
İtalya	7,64	7,67	7,68	7,68
Portekiz	7,22	7,41	7,51	7,59
İspanya	6,64	6,73	6,83	6,94
Türkiye	2,73	2,76	2,87	2,91

Kaynak: OECD, Data Explorer (2025))

Hemşire sayıları açısından en güncel verisi 2021 yılına ait olan Fransa'nın en yüksek orana sahip ülke olduğu görülmektedir. Ülkelerin 2020-2023 arasında hemşire oranlarında bir artış görülmekle birlikte Türkiye bu değerler kapsamında son sırada yer almaktadır. Hekim sayısının yanı sıra hemşire sayılarında da Türkiye'nin oranlarının düşük olması, tedavi ve tedavi sonrası bakım hizmetlerine ilişkin başarı oranının takip edilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hemşireler, hastalarla doğrudan ve yatak başında en çok iletişim halinde olan sağlık bakım profesyonelleri olduğundan, hasta memnuniyetini ve hastane hizmetlerinden genel memnuniyeti etkileyen en önemli faktörler arasındadır (Karaca ve Durna, 2018). Hemşire istihdamı, tedavi edilen hasta sayısında artış, acil serviste bekleme süresinde kısalma, acil serviste geçirilen sürede azalma ve kaynaklara ait verimlilik oranlarında denge sağlamaktadır (Koçyiğit ve Yıldırım, 2022). Kersu ve diğerlerine (2020) göre etkili ve kaliteli hemşirelik bakımı, hastaların hastanede kalış süreleri ve iş gücü kaybını azaltmakta ve sağlık hizmetlerinde maliyetleri düşürmektedir. Bu kapsamda Türkiye'de hemşire istihdamının

arttırılması, mevcut hemşirelerin sistem içerisindeki etkin kullanımı ve çalışma ortamlarının uygunluğu sağlanmalı, hemşire yetiştiren kurumlar desteklenmelidir.

Sağlık Hizmetleri Alt Yapısı

Sağlık hizmetleri sunumunda bireylerin hizmete erişim sağladığı hastaneler, tedavi sürecinde bakımın uygulanacağı yataklar ve teşhis süreçlerinde kullanılan tıbbi cihazların sayısı hizmet sunum kapasitesinin bir göstergesidir (Köse, 2024). Hastane sayısı, hastane yatağı ve tıbbi cihazlar gibi sağlık arzı değişkenlerinin, hekime başvuru ve taburcu sayıları ile bireyler tarafından algılanan sağlık durumu gibi talep unsurları üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır (Alp ve Ağırbaş, 2023). Hastane yatak sayısı ve tıbbi cihaz sayısı gibi kaynaklar, sağlık sistemlerinin teknik verimlilik düzeyini belirlemede önemli bir rol oynamaktadır (şener ve Yiğit, 2017). Bu kapsamda sağlık hizmetleri alt yapısına ilişkin veriler “hastane sayıları, hastane yatak sayıları ve tıbbi cihaz sayıları” çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Hastane sayısı

Sağlık sistemlerinin performans göstergeleri üzerinde etkili olan faktörler yalnızca finansman kaynağı ya da insan gücünün başarısıyla değerlendirilemez. Bu kaynakların kullanımına açılacak hizmet sunum altyapısının niteliği ve niceliği de değerlendirilmelidir. Bu kapsamda hastaneler bir ülkenin sağlık sisteminin gelişmişliğinin göstergesidir. Hastane sayısı ülkenin sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ve hizmetin dağılımına ilişkin ana göstergelerden biridir. Hastanelerin sayısı ve kapasitesi, bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımı en önemli faktörlerdendir (Dinler ve Akbolat, 2023; İlhan, 2020).

Sağlık hizmetleri arzının en önemli faktör hastaneler ve bünyesinde barındırdığı personeldir. Hastane sayısı yetersizliği,

sağlık hizmetlerinde gecikmelere sebep olmaktadır (Renner, 2024; Jin vd., 2015). Bu durum çeşitli hastalıkların yayılımı ve bu hastalıklara bağlı ölüm oranlarının artmasına sebep olabilmektedir. Dolayısıyla hastane sayısı, sağlık politika geliştirme süreçlerinde ve stratejik kararlarda göz önünde bulundurulması gereken bir ölçüttür. Sağlık yönetimi açısından bu verinin düzenli olarak izlenmesi, nüfus artışı, hastalık yükü ve bölgesel gereksinimler doğrultusunda kapasite planlaması yapılmasına olanak sağlamakta; böylece sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve toplum sağlığının korunması için temel oluşturmaktadır.

Tablo 6. Sektöre göre hastane sayıları (1 milyon kişi başına)

Ülke / Yıl	2020	2021	2022	2023
Kamu Hastaneleri				
Fransa	19,93	19,81	19,62	19,45
Yunanistan	11,59	11,73	11,88	11,91
İtalya	7,23	7,2	7,2	7,15
Portekiz	10,88	10,76	10,7	10,59
İspanya	7,22	7,27	6,86	6,78
Türkiye	11,39	11,38	11,36	11,52
Özel Hastaneler				
Fransa	14,38	14,47	14,37	14,3
Yunanistan	13,27	13,15	13,13	13,26
İtalya	10,68	10,72	10,74	10,82
Portekiz	6,84	6,82	7,07	6,9
İspanya	6,52	6,51	6,34	6,35
Türkiye	7	7	6,94	6,83
Toplam Hastane Sayısı				
Fransa	35,44	35,27	35,24	35,06
Yunanistan	16,08	16,08	16,48	16,82
İtalya	15,31	15,24	15,17	15,04
Portekiz	17,24	17,29	17,48	17,3
İspanya	11,97	12,12	11,53	11,52
Türkiye	17,14	17,17	17,12	17,22

Kaynak: OECD, Data Explorer (2025)

Tablo 6.'da ülkelerde 1 milyon kişi başına düşen kamu, özel ve toplam hastane sayıları yer almaktadır. Buna göre kamu hastaneleri açısından Fransa en yüksek orana sahiptir. Türkiye ise bir milyon kişi başına 11,52 hastane sayısı ile kıyaslanan ülkeler içerisinde üçüncü sıradadır. Özel sektör hastaneleri kapsamında ise Fransa en yüksek orana sahip ülke iken Türkiye 6,83 hastane ile beşinci sırada bulunmaktadır. Toplam hastane sayıları açısından incelendiğinde ise bir milyon kişi başına 35,06 hastaneye sahip olan Fransa hastane sayıları açısından en güçlü ülke konumundadır.

Türkiye ise 17,22 hastane sayısı ile toplam hastane sayısı açısından üçüncü sırada yer almaktadır. Bu veriler ışığında Yunanistan ve İtalya'da hastanecilik faaliyetlerinin özel sektör temelli bir eğilim gösterdiği, İspanya'da diğer ülkelere kıyasla daha dengeli bir dağılım görülürken, Fransa, Türkiye ve Portekiz'de ise hastanecilik faaliyetlerinin kamu kaynakları çerçevesinde yürütüldüğü tespit edilmiştir. İncelenen yıllar kapsamında Türkiye ve Yunanistan'da hastane sayılarında artış olduğu, diğer ülkelerde ise hastane sayılarının düşüş eğiliminde olduğu tespit edilmiştir.

Nüfus artışı, kentleşme, yaşam tarzı ve beslenmedeki değişiklikler, yaşam sürelerinin uzaması, tıp ve bilişim teknolojilerindeki gelişmeler, genel ve özel sağlık sigortalarının yaygınlaşması gibi faktörlerin sağlık hizmetlerine olan talebi ve bu talebi karşılamak adına sağlık kuruluşlarının sayısını arttırılmasını teşvik etmektedir. Bununla birlikte ülkenin ekonomik ve diğer politikaları da hastane sayısı ve sektörel dağılımını etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinde kamu temelli politikalar uygulayan ülkelerde, kamu hastanelerinin sayısını önemli ölçüde artış görülmekte ancak bu ülkelerde özel hastaneler ise geri planda kalmaktadır (Çetin Aslan ve Türkmen, 2021).

Türkiye'nin artan hastane sayısı vatandaşların sağlık hizmetine erişimini kolaylaştıracak ve sosyal gelişimin önünü

açacaktır. Aynı şekilde kamu temelli hastanecilik anlayışı, sağlık hizmetlerinin devlet güvencesinde olduğunu göstermekte, hizmetin yaygınlaştırılması ve sürdürülebilirliğinin sağlanması adına önemli görülmektedir.

Hastane yatak sayısı

Hastane yatakları, tedavi süreci ve sonrasında hastalara yönelik bakım hizmetinin sunulduğu ve hastaların bu süreç içerisinde konakladığı gereçlerdir. Hastane yatak sayısı, hastaların daha kaliteli hizmet almasını sağlayarak, onların daha çabuk sağlıklı hale gelmelerini ve böylece ülkenin üretim süreçlerine geri dönmelerine olanak tanımaktadır. Bu durum hastane yatak sayısındaki artışın dolaylı olarak ülke ekonomisine de katkıda bulunduğunu göstermektedir (Çeştepe vd., 2020).

Hastane ve hastane yataklarının sayısı, sağlık hizmetlerinin altyapısının gücünü ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerinin altyapısının güçlü olması sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltacaktır. Dolayısıyla hastane yatakları, yatan hasta hizmetlerinin kapsamı ve başarısına katkı sunmaktadır (Renner, 2024).

Tablo 7. Hastane yatak sayıları (1000 kişi başına)

Ülke / Yıl	2020	2021	2022	2023
Fransa	5,71	5,61	5,48	5,4
Yunanistan	4,2	4,24	4,26	4,24
İtalya	3,19	3,12	3,09	3,04
Portekiz	3,47	3,49	3,43	3,38
İspanya	2,96	2,96	2,94	2,88
Türkiye	3,01	3,02	3,09	3,12

Kaynak: OECD, Data Explorer (2025)

Hastane yataklarının nüfusa oranı incelendiğinde en yüksek yatak sayısına sahip ülkenin Fransa olduğu, Türkiye'nin ise dördüncü sırada olduğu görülmektedir. Bu durum Türkiye'de bakım hizmetleri kapsamında hastane yatak sayısının arttırılması

gerekliliğini ortaya koymaktadır. Yatak sayılarının artmasıyla hastaların tedavi süreçleri kolaylaşacak ve hizmetten memnuniyet düzeyi artacaktır.

Tıbbi cihaz sayıları

Teknolojinin hızla gelişmesiyle birlikte sağlık sektöründe, özellikle fiziksel ve teknolojik altyapı yatırımlarında önemli gelişmeler görülmektedir. Ancak bu durum, sağlık sektöründe altyapı yatırımları kapsamında yüksek finansal harcamaların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojik cihazların verimli kullanılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte MRI ve BT cihazları gibi teknolojik ekipmanların sağlık hizmetlerde kullanımının yaygınlaşması, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması anlamına gelmektedir (Dizili, 2025).

Hastanelerde yer alan tıbbi cihazların değerlendirilmesi amacıyla, ülkelerin; BT, MR, PET ve Mamografi cihaz sayılarına yönelik verileri Tablo 8’de yer almaktadır.

Tablo 8. Tıbbi cihaz sayıları (1 milyon kişi başına)

Ülke / Yıl	2020	2021	2022	2023
Bilgisayarlı Tomografi (BT)				
Fransa	18,92	19,5	20,14	20,99
Yunanistan	43,74	45,23	48,77	50,64
İtalya	37,43	39	40,41	41,47
İspanya	20,61	21,46	21,39	21,74
Türkiye	14,97	15,1	15,66	15,93
Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR)				
Fransa	16,26	16,98	17,88	19,17
Yunanistan	33,56	33,78	37,27	39,11
İtalya	31,14	31,96	32,86	33,64
İspanya	19,57	20,49	20,53	21,84
Türkiye	11,26	11,41	11,45	11,73

Kaynak: OECD, Data Explorer (2025)

Tablo 9. Tıbbi cihaz sayıları (1 milyon kişi başına) (devamı)

Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)				
Fransa	2,71	2,99	3,17	3,41
Yunanistan	1,31	1,32	1,44	1,92
İtalya	3,62	3,6	3,73	3,68
İspanya	1,92	2,13	2,41	2,83
Türkiye	1,73	1,78	1,85	1,98
Mamografi Cihazı				
Yunanistan	68,79	70,58	73,3	74,95
İtalya	35,26	36,24	36,62	36,59
İspanya	16,98	17,39	16,8	16,96
Türkiye	11,78	11,46	11,45	11,24

Kaynak: OECD, Data Explorer (2025)

Tablo 8.'e göre Türkiye, referans ülkeler ile kıyaslandığında BT, MR ve Mamografi cihazları kapsamında en düşük, PET cihazı sayılarında ise beşinci sırada yer almaktadır. Bu durum, nüfusa oranla Türkiye'nin tıbbi cihaz kapasitesinin diğer ülkelere oranla geride olduğunu göstermektedir. Türkiye özelinde değerlendirildiğinde BT, MR ve PET cihazı sayılarında bir artış eğilimi görülmekte ancak Mamografi cihaz sayılarında düşüş gözlemlenmektedir. Genel olarak cihaz sayılarındaki artış eğilimi sağlık hizmeti sunum kapasitesinin gelişmekte olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de kamu temelli sağlık hizmet sunumu yaygın olmakla birlikte, tıbbi cihaz tedariki ve kullanımı kapsamında dış kaynak kullanımı ile cihaz eksikliğinin giderilmesi hedeflenmektedir. Ancak hastane idarecilerinin radyolojik cihaz temini ve personelin durumu ile ilgili karar alırken dikkatli değerlendirme yapması, gerekli durumlarda dış kaynak kullanımının getireceği avantaj ve oluşturabileceği dezavantajları göz önünde bulundurarak karar almaları gerekmektedir (Türkmen vd., 2024; Tekin vd., 2024). Emikönel ve arkadaşları (2024) tarafından yapılan

araştırmada, Türkiye’deki radyolojik cihaz sayısının yetersizliğinin yanı sıra özellikle radyoloji personeli personel eksikliği, personelin çalışma süreleri gibi konularında yaşanan sorunlar olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla Türkiye’de sağlık hizmet sunum kapasitesinin geliştirilmesi adına tıbbi cihaz sayısının arttırılması ve bu cihazları kullanacak yetkin personel istihdamı önem arz etmektedir.

Sonuç

Türkiye’nin uluslararası sağlık istatistikleri, referans lkelerle kıyaslandığında, sağlık hizmeti kullanım eğiliminin yüksek olduğu ancak sağlık hizmeti sunum kapasitesinin diğer ülkelere oranla sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda, hekime müracaat sayısı en yüksek olan lke Türkiye olmasına rağmen hastalara hizmet sunacak hekim, hemşire sayıları ile teşhis sürecinde kullanılacak ve tıbbi cihaz sayılarının düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, Türk vatandaşlarının sağlık hizmeti talebinin oldukça yüksek olduğu ancak insan gücü ve teknolojik kapasitenin, talebi karşılamakta zorlanabileceğini göstermektedir.

Ülkelerin verileri incelendiğinde hastanede yatış gün süresi en düşük olan lke Türkiye’dir. Bu durum her ne kadar, hasta taburcu sürelerinin kısa olduğunu ve verimli hizmet sunulduğunu gösterse de Türkiye’nin hizmet sunum kapasitesindeki sınırlılıklar nedeniyle hastaların erken taburcu edilme eğiliminde olunabileceği ve hizmet sunum maliyetlerinin düşürülerek sistem üzerindeki fiziksel ve mali yükün azaltılması amalandığđı söylenebilir. Değerlendirilen lkelerle kıyaslandığında yatak doluluk oranı en düşük lke Türkiye’dir. Söz konusu durum hastanelerin yatak kapasitesinin yeterli olduğunu ve bakım hizmetlerinde kullanılabilecek kapasite fazlalığđnı ortaya koymaktadır. Ancak aynı zamanda potansiyel atıl kapasite durumunu düşündürmektedir. Bu durum lkenin sağlık hizmetleri maliyetlerinde artışlara sebep olabilecektir.

Hastane sayıları açısından değerlendirildiğinde Türkiye artan hastane sayılarıyla, hizmet sunum kapasitesini arttırmakta olan bir ülkedir. Bununla birlikte hastane yatak sayısı açısından sahip olunan oran her ne kadar yeterli görülse de sayının arttırılması bakım hizmetleri açısından fayda sağlayacaktır. Elde edilen veriler, Türkiye'nin sağlık altyapısının gelişmekte olduğu ancak artan sağlık hizmeti talebini karşılamak üzere kapasite artışına yönelik yeni politikalar geliştirilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Tüm bulgular değerlendirildiğinde, Türkiye'nin sağlık sistemi için en önemli sorun alanlarının sağlık insan gücü yetersizliği, teknolojik kapasite eksiklikleri ve mevcut altyapının verimli kullanılmasına yönelik organizasyonel iyileştirme ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir.

Kaynakça

Abhicharttibutra, K., Wichaikhum, O. A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, A., & Nantsupawat, R. (2018). Occupancy rate and adverse patient outcomes in general hospitals in Thailand: A predictive study. *Nursing & health sciences*, 20(3), 387-393.

Ağırbaş, İ. (2016). Hastane Yönetimi ve Organizasyon, Siyasal Kitapevi, Ankara.

Aksungur, A., & Çelik, Y. (2022). The Predictors of Healthcare Utilization and Analyzing Equity Level in Healthcare Utilization in Türkiye: Cross-Sectional Research. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences/Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3).

Alp, S., & Ağırbaş, İ. (2023). OECD Ülkeleri Sağlık Hizmetleri Arzı ve Talebi: Örnek Uygulama. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(46), 46-68.

Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical care*, 46(7), 647-653.

Ay, F. (2009). Uluslararası elektronik hasta kayıt sistemleri, hemşirelik uygulamaları ve bilgisayar ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(2), 131-136.

Aydan, S., & Arıkan, C. (2021). OECD Ülkelerinde Hastane Yatış Süresini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1), 127-138.

Aydın, S. (2015). Hekime başvuru sayısının artış hikâyesi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 3, 6-13.

Bosque-Mercader, L., & Siciliani, L. (2023). The association between bed occupancy rates and hospital quality in the English

National Health Service. *The European Journal of Health Economics*, 24(2), 209-236.

Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need. *New Society*, 30, 640-643.

Cerit, B., & oşkun, S. (2018). Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algıları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 9(2), 103-109.

etin Aslan, E., & Türkmen, İ. (2021). Türk Sağlık Politikalarındaki Değişimlerin Hastane Popülasyon Yoğunluğuna Etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(4), 681-698.

akmak, M., ktem, M. K. ve mrgnşen, U. (2009). Türk kamu hastanelerinde teknik verimlilik sorunu: Veri zarflama analizi tekniği ile sağlık bakanlığı'na bağlı kadın doğum hastanelerinin teknik verimliliklerinin llmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(1), 1-36.

eştepe, H., Yıldırım, E., & Yıldız, H. (2020). Türkiye'de Sağlığın Ekonomik Büyümeye Etkisi: 81 İl Düzeyinde Panel Gmm Kanıtları. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (28), 175-192.

Çıraklı, . (2020). 18 OECD lkesinde 2002-2018 Yılları Arası Kişi Başi Ortalama Hasta Muayene Sürelerinin Karşılaştırılması. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 3(1), 43-54.

Dinler, Z. M., & Akbolat, M. (2023). Sağlık Hizmetlerinden Yoksunluk Göstergeleri Açısından Türkiye ve Seçilmiş OECD lkelerinin Karşılaştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(100. Yıl zel Sayısı), 305-318.

Dizili, F. T. (2025). Sağlık İşletmelerinde Kaynak Dağılımı ve Hizmet Kullanımı Açısından Dönemsel ve Bölgesel Farklılıklar. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 17(3), 2567-2586.

Emikönel, S., Türkmen, İ., & Tekin, E. (2024). Tıbbın Gören Gözü Radyoloji ile İlgili Haberlerin Analizi. Presented at the VIII. International Scientific Research Congress, November 28-30, 2024, Nicosia, Turkish Republic Of Northern Cyprus, Nicosia.

Eryavuz, A. K., Özdemir, M. O., & Üçdoğruk, Ş. (2016). Türkiye’de Hastanede Yatış Süresini Etkileyen Demografik Özelliklerin Sayma Verisi Modelleriyle İncelenmesi. *Eurasian Econometrics Statistics & Empirical Economics Journal*, 17-29.

Gorunescu, F., McClean, S. I., & Millard, P. H. (2002). Using a queueing model to help plan bed allocation in a department of geriatric medicine. *Health care management science*, 5(4), 307-312.

Yücel, E. (2019). Kamu Hastanelerinde Yatak Doluluk Oranını Etkileyen Faktörler. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1), 1-11.

Heinz, D. (2004). Hastane hemşire kadrosu ve hasta sonuçları: Güncel literatürün incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliğinin Boyutları*, 23 (1), 44-50.

İlhan, Ö. A. (2020). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Hastanelere Erişebilirliğin Mekansal Profili: Sosyal Refah Açısından Bir Analiz. *Ege Coğrafya Dergisi*, 29(2), 259-271.

Jin, C., Cheng, J., Lu, Y., Huang, Z., & Cao, F. (2015). Spatial inequity in access to healthcare facilities at a county level in a developing country: a case study of Deqing County, Zhejiang, China. *International journal for equity in health*, 14(1), 67.

Jones, R. (2011). Hospital bed occupancy demystified. *British Journal of Healthcare Management*, 17(6), 242-248.

Kar, A., & Özer, Ö. (2020). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Altyapı Kaynaklarının, Hizmet Kullanım Düzeylerinin ve Sağlık Sonuçlarının Bölgesel Düzeyde Karşılaştırılması. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(20), 331-350.

Karaca, A., & Durna, Z. (2018). Hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 28(2), 16-23.

Kargılı, B., & Bana, P. E. (2025). Sağlık Bakanlığı 2022 İstatistiklerindeki Göstergelerin Faktör Analiziyle Değerlendirilmesi. *Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi*, 6(2), 240-249.

Kaya, R. R., & Alkan, A. (2021). Türkiye’deki Kamu Hastanelerinde İdari Pozisyonda Görev Yapan Hekimlerin Profillerine Yönelik Bir Çalışma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 254-262.

Kaya, R. R., & Kaya, E. (2021). Yönetici Hekimlerin Melez İş Kimliği Deneyimleri Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 275-294.

Keegan, A. D. (2010). Hospital bed occupancy: more than queuing for a bed. *Medical journal of Australia*, 193(5), 291-293.

Kersu, Ö., Boğa, S. M., Köşgeroğlu, N., Sayılan, A. A., İlter, G., & Baydemir, C. (2020). Cerrahi servislerinde yatan hastaların hemşirelik bakım kalitesi algılamaları ile memnuniyet durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*.

Kılıçaslan, Z. (2015). Medikalizasyon (tıbbileştirme) aşırı teşhis tedavi kısırtılmış sağlık talebi. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, 20-23.

Koçyiğit, H., & Yıldırım, G. (2022). Türkiye’de hemşirelikte klinik uygulama alanında uzmanlaşmada ilk: Nazmiye Kocaman Yıldırım. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 12(2), 228-237.

Köse, A. (2024). Kapasitenin Sağlık Hizmeti Üretimine Etkisi: Avrupa Ülkeleri Örneği. *Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(33), 144-156.

Kulinskaya, E., Kornbrot, D., & Gao, H. (2005). Length of stay as a performance indicator: robust statistical methodology. *IMA Journal of Management Mathematics*, 16(4), 369-381.

Liddy, C., Drosinis, P., & Keely, E. (2016). Electronic consultation systems: worldwide prevalence and their impact on patient care—a systematic review. *Family practice*, 33(3), 274-285.

Michtalik, H. J., Yeh, H. C., Pronovost, P. J., & Brotman, D. J. (2013). Impact of attending physician workload on patient care: a survey of hospitalists. *JAMA internal medicine*, 173(5), 375-377.

Norris, V. (1952). Role of statistics in regional hospital planning. *British Medical Journal*, 1(4750), 129.

OECD. (2023). *Health at a glance: OECD indicators*. OECD Publishing.

OECD. (2025). Data Explorer. <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-DE.html>. Erişim Tarihi: 09.11.2025

Özer, K. (2018). Maliyet Paylaşım Yöntemlerinin Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Üzerine Etkisi. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 30-44.

Özkan, O., & Eroymak, S. (2020). Hekim Katılımı: Kavramsal Bir İnceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(Ek), 245-259.

Rahman, H., Tumpa, T. J., Ali, S. M. ve Kumar, S. (2018). A grey approach to predicting healthcare performance. *Measurement*, 1-48. <https://doi.org/10.1016/j.measurement.2018.10.055>.

Ravaghi, H., Alidoost, S., Mannion, R., & Bélorgeot, V. D. (2020). Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: a systematic scoping review. *BMC health services research*, 20(1), 186.

Renner, A. T. (2024). Hospitals as social infrastructure: accessible for all?. In *Handbook of Social Infrastructure* (pp. 20-38). Edward Elgar Publishing.

Starfield, B. (1994). Is primary care essential?. *The lancet*, 344(8930), 1129-1133.

Sümbüloğlu, K. (1990). Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler. 3. Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayınları.

Şener, M., & Yiğit, V. (2017). Sağlık Sistemlerinin Teknik Verimliliği: OECD Ülkeleri Üzerinde Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 266-290.

Tekin E., Emikönel S., Türkmen İ., (2024b). Kamu Hastanelerinin Radyoloji Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımının EKAP Üzerinden İncelenmesi. İçinde F. Hatipoğlu (Ed.), Sağlık Bilimlerinde Öncü ve Yenilikçi Çalışmalar (ss. 460 -476). All Sciences Academy.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O., (2015), “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, Nobel Yayıncılık, Ankara.

Türkmen, İ., Emikönel, S., Tekin, E., (2024). Radyolojide Dış Kaynak Kullanımı. İçinde F. Hatipoğlu (Ed.), Sağlık Bilimlerinde Yeni Trendler ve Sınırlar (ss. 183-206). All Sciences Academy: Konya.

United Nations. (2023). *World population prospects*. United Nations Department of Economic and Social Affairs.

Watson, A. G., McCoy, J. V., Mathew, J., Gundersen, D. A., & Eisenstein, R. M. (2019). Impact of physician workload on burnout in the emergency department. *Psychology, health & medicine*, 24(4), 414-428.

World Health Organization. (2023). Global health workforce statistics. WHO.

TÜRKİYE’DE SAĞIK HİZMETLERİNİN VERİMLİLİĞİNİN SINIRLANDIRILMIŞ VE SINIRLANDIRILMAMIŞ VZA MODELLERİ İLE ANALİZİ

**İBRAHİM SALİH ÇEKİM¹
ÜMİT ÇIRAKLI²**

Giriş

Günümüz rekabetçi ortamı ve kaynakların giderek kitlediği ekonomik koşullarında işletmelerin varlıklarını devam ettirebilmeleri, amaçlarına ulaşabilmeleri ve kârlı bir şekilde faaliyetlerini sürdürebilmeleri, sahip oldukları kaynakları etkin, verimli ve ekonomik biçimde kullanabilmelerine bağlıdır. Bu noktada yönetim işlevi, örgütsel hedeflere ulaşmada stratejik bir rol oynamaktadır. Özellikle sağlık kurumları gibi karmaşık yapıya sahip organizasyonlarda kaynak kullanımının önemi daha da belirgin hale gelmektedir. Nitekim sağlık hizmetleri, ikamesi olmayan ve kesintisiz sunulmak zorunda olan, çok disiplinli ekiplerin

¹ Arş. Gör., İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, Orcid: 0000-0002-9287-6987

² Doç. Dr., İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, Orcid: 0000-0002-3134-8830

koordinasyon içinde çalıştığı ve yüksek düzeyde uzmanlık gerektiren hizmetlerdir. Bu durum, sağlık kurumlarının yapısını diğer sektörlerden farklı kılmakta; emek yoğunluğu, ileri teknoloji kullanımı ve yüksek iş yükü gibi özellikler sağlık sektörünü daha karmaşık hale getirmektedir. Bu nedenle, sağlık kurumlarında kaynakların yönetimi, sadece finansal boyutta değil; insan kaynağı, tıbbi ekipman, kapasite kullanımı, zaman ve bilgi yönetimi açısından da çok boyutlu bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu kapsamda etkinlik, verimlilik ve performans ölçümü, yönetimin karar alma süreçlerinde temel referans noktalarıdır.

Verimlilik, belirli bir girdiden en fazla çıktıyı elde etmeyi hedeflerken; etkinlik, belirlenen amaçlara ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirir. Performans ölçümü ise, kurumun genel işleyişi hakkında sayısal ve niteliksel veriler sunarak, güçlü ve zayıf yönlerin ortaya konmasına yardımcı olur. Örneğin, yüksek teknolojlili bir görüntüleme cihazının kapasitesinin çok altında kullanılması, kaynak israfına ve verimsizliğe işaret etmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin 81 ilinde sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliklerinin Veri Zarflama Analizi (VZA) ile analiz edilmesidir. Ayrıca sınırlandırılmış BCC-CCR VZA ve sınırlandırılmamış BCC-CCR VZA sonuçlarının karşılaştırılması da amaçlanmıştır. Bu kapsamda öncelikle performans, verimlilik ve etkinlik kavramlarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Ardından, Türkiye'nin 81 iline ait girdi ve çıktı değişkenleri kullanılarak illerin ölçeğe göre sabit ve değişken getiri varsayımı altında sınırlandırılmış ve sınırlandırılmamış VZA sonuçlarına yer verilmiştir. Son olarak, sınırlandırılmış CCR iyileştirme oranları ve sınırlandırılmamış CCR iyileştirme oranları karşılaştırılarak elde edilen bulgular doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Kavramsal Çerçeve

Çalışmanın bu bölümünde verimlilik, performans, etkinlik ve “Veri Zarflama Analizi” kavramları ile ilgili bilgiler verilmiştir.

Verimlilik

Verimlilik, mal ve hizmet üretimi sürecinde yer alan girdi ve çıktılar arasındaki ilişkiyi ele alan ve olması istenen bir çıktıyı minimum maliyetle üretmek ya da mevcut girdiler ile maksimum çıktıyı üretmek olarak tanımlanmaktadır (Prokopenko, 2005). Matematiksel olarak ifade edildiğinde verimlilik, üretim sonucu elde edilen çıktının kullanılan girdi kaynaklara oranı olarak tanımlanabilir (İleri, 1999). Başka bir ifadeyle verimlilik, mevcut girdiler ile mümkün olduğunca en yüksek çıktıyı elde etme becerisidir (Farrell, 1957). Sonuç olarak herhangi bir üretim birimi, üretim faktörlerinin birleşiminden önceki haline kıyasla daha fazla çıktı elde ederse verimliliğe ulaşmış demektir (Akal, 2005).

Sağlık için ayrılan kaynakların sınırlı olduğu gerçeğine karşın, sağlık harcamalarının ve sağlık talebinin artmasına bağlı olarak sağlığa ayrılan kaynakların verimli kullanımı önemli hale gelmiştir (Çetin Aslan, 2018). Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlığa ayrılan kaynakların verimli kullanılmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Çetin, Şahin, & Yalçın Balçık, 2014). Ayrıca Verimlilik ve performans analizi sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda kaynakların yeniden düzenlenmesi ile verimlilik arttırılabilecektir.

Performans

İşletmeler açısından performans, genellikle belirli hedeflere ulaşma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Performans işletmenin daha önceden belirlediği amaçlara ulaşmada ne kadar başarılı olduğunu gösteren bir ölçüttür (Akal, 2011). Başka bir ifadeye göre performans, rekabet avantajı sağlayabilmek için bir örgütün

kaynaklarını elde edebilmesi ve yönetebilme becerisidir (Iswatia & Anshoria, 2007). Genel anlamda performans, planlanan ve hedeflenen faaliyet neticesinde elde edilen çıktıyı, sayı veya kalite açısından ifade eder. Bu sonuçlar göreceli veya mutlak olabilir. Ayrıca çıktının verimlilik, etkinlik ve kalite gibi diğer ölçütlerle de değerlendirilmesi gerektiğini gösterir (Akal, 2005).

Günümüzde performans kavramının önemi gittikçe artmıştır. Özellikle sağlık sektörüne ciddi miktarda kaynak ayıran gelişmiş ülkelerde kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Hızla yükselen maliyetlerin kontrol altına alınması gereğinin vazgeçilmez bir gerçek ve sorumluluk olmasından hareketle, sağlık bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının performans açısından incelenmeye başlanmıştır (Çam, 2016).

Etkinlik

Etkinlik, verimlilikle önemli ölçüde benzer ve ilişkili bir kavramdır. Her iki kavramda kaynakların kullanımı ve çıktı miktarına odaklanır. Fakat etkinlik, verimlilikten farklı olarak hedefler ve standartları da kapsamaktadır. Bu sebeple etkinlik, kaynakların belirli amaçlar doğrultusunda en yüksek verimlilikle kullanılarak mümkün olan ve hedeflenen en yüksek çıktının elde edilmesidir (Baş & Artar, 1990). Etkinlik kavramı işletmeler açısından önceden belirlenmiş hedeflere yönelik bir kavramı ifade etmektedir. Hedeflerin gerçekleşme düzeyini işletmenin çıktıları ile ilişkilendirerek analiz etmeye çalışmaktadır. Bu kapsamda etkinlik, işletme düzeyinde performansı yansıtan en önemli boyut olarak kabul edilmektedir (Öztürk, 2009). Kısacası etkinlik, kaynakların verimli kullanımı, çıktıların kalitesini ve sonuçların hedeflere ne kadar yaklaştığını ölçmek için kullanılır. İşletme bünyesindeki süreçlerin belirli hedeflere en az kaynak kullanarak ulaşabilme becerisi olarak tanımlanır (Doğan, 2006).

Veri zarflama analizi

Non-Parametrik bir yöntem olan, Veri Zarflama Analizi tekniği, ilk olarak 1957 yılında Farrell tarafından başlatılan bir çalışmaya dayanmaktadır. Ardından 1978 yılında Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından sabit getiri varsayımı altında işleyen CCR modeli olarak anılmıştır. 1984 yılında ise Banker, Charnes ve Cooper ölçek ve teknik verimliliği de analiz edebilen değişken getiri varsayımı altında işleyen BCC modelini geliştirmişlerdir (Cooper, Seiford, & Zhu, 2011). VZA, benzer girdiler ile çıktılar kullanan karar verme birimlerinin (KVB) etkinliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. VZA vasıtasıyla etkin olan birimler ile etkin olmayan birimler analiz edilerek, etkin olmayan birimlerin etkin hale gelebilmeleri için önerilerde bulunulur (Gören, 2012). VZA’da etkinlik analizi sonucunda etkin olarak analiz edilen KVB’ler 1 değerini alırken; etkin olmayan KVB’ler 1’den düşük değer alır. Parametrik olmayan bir analiz olmasına karşın girdi ve çıktı arasında herhangi bir fonksiyonel bağlantı gerekli olmaması açısından avantajlıdır (Yoluk, 2010). Çeşitli VZA modelleri içinde CCR ve BCC modelleri birçok çalışmada sıklıkla kullanılan iki model olarak görülmektedir (Chen, Chen, & Peng, 2008).

Charnes, Cooper, Rhodes (CCR) Modeli: CCR modeli ilk ve temel VZA modeli olarak, Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir. Bu model ölçeğe göre sabit getiri varsayımı altından KVB’lerin toplam, teknik ve ölçek etkinliklerini tek bir değer olarak analiz etmektedir. Girdi yönlü ve çıktı yönlü olmak üzere iki farklı yöntemi mevcuttur (Charnes, Cooper, Lewin, & Seiford, 1994). Girdi yönlü CCR modeli, çıktı seviyesinde değişiklik olmadan belirli bir çıktı seviyesine en etkin şekilde ulaşmak için girdilerde değişiklik yapmayı amaçlarken; çıktı yönlü CCR modeli ise girdi seviyesinde değişiklik olmadan çıktı seviyesini arttırmayı amaçlar (Matthews & Ismail, 2006).

Banker, Charnes, Cooper (BCC) Modeli: 1984 yılında Banker, Charnes ve Cooper tarafından geliştirilmiştir. BCC modeli, üretim sürecinde ölçek ekonomilerinin etkisini göz önünde bulundurarak, her bir karar biriminin sadece teknik etkinliğini değil, aynı zamanda ölçek etkinliğini de analiz etmeyi sağlar (Banker, Charnes, & Cooper, 1984). BCC modeli, özellikle farklı ölçeklerde faaliyet gösteren birimlerin karşılaştırılmasında oldukça etkilidir. Sabit getirili CRS modelinin aksine, BCC modeli değişken getiri varsayımı altında çalışır. Bu sayede küçük ya da büyük ölçekli işletmelerin birbirleriyle daha adil biçimde kıyaslanmasına olanak tanır (Cooper, Seiford, & Tone, 2006).

Yukarıda verilen modellerin yanında “toplamsal model”, “çarpımsal model”, “Window (Pencere) analizi”, “Malmquist Verimlilik Endeksi” “sınırlı çarpanlı modeller”, “isteğe bağlı olmayan değişken”, “kategorik değişken”, “kontrol edilemeyen değişken” ve “sınırlandırılmış değişken modelleri” de bulunmaktadır (Cooper, Seiford, & Tone, 2006; Çıraklı, 2019). Veri zarflama analizi için kullanılan değişkenlerin herhangi birinin belirli alt ya da üst değerlerin dışında değer alamadığı durumda sınırlandırılmış değişken modeli tercih edilmektedir.

Sınırlandırılmış değişken modeli veri zarflama analizinde kullanılan girdi veya çıktı değişkenlerinin bazılarının alt veya üst sınırlardan başka değerler alamadığı durumlarda kullanılmaktadır (Cooper, Seiford, & Tone, 2006). Böyle durumda etkinlik ölçümü için Sınırlandırılmış Değişken Modeli’nin (Bounded Variable Model) kullanılması daha doğru sonuçlar verebilecektir. Örneğin ambulansın 0-10 dakika içinde acil vakaya erişim yüzdesinin çıktı değişkeni olarak kullanıldığı bir durumda erişimi oranının %100’ü geçmesi mümkün değildir (Çıraklı, 2019). Benzer şekilde yıllık olarak yatak işgal oranının yer aldığı bir analizde de bu oranın teorik olarak %100’ü geçmesi mümkün değildir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmanın amacı Türkiye’de sunulan sağlık hizmetlerinin göreceli verimliliklerinin ölçülmesidir. Araştırmanın evrenini 81 il oluşturmaktadır. İllere ait veriler Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022’den elde edilmiştir. Verimlilik ölçümünde kullanılan girdi değişkenleri yatak sayısı, toplam hekim sayısı, hemşire-ebe sayısı, diğer sağlık personeli sayısıdır. Çıktı değişkenleri olarak da toplam müracaat sayısı, yatak doluluk oranı ve ameliyat sayısı alınmıştır. Karar verme birimlerini 81 il oluşturmaktadır. Değişkenlerin seçimi yapılırken sağlık hizmetleri üretimi sürecinde girdi ve çıktı arasındaki nedensellik bağının yüksek olmasına ve literatürde yapılan çalışmalara dikkat edilmiştir.

Çalışmada karar verme birimi olarak seçilen illerin göreceli verimliliklerinin analizinde VZA kapsamında sınırlandırılmış CCR ve BCC model ile sınırlandırılmamış CCR ve BCC model olmak üzere dört analiz yapılarak sonuçlarının karşılaştırılması sağlanmıştır. Veri zarflama analizinin çok fazla sayıda girdi ve çıktı değişkeni kullanılarak verimlilik ölçümü yapılmasına imkân vermesi ve sağlık hizmet üretim sürecinde de çok fazla sayıda girdi ve çıktı kullanılması bu yöntemin seçilmesinde etkili olmuştur.

VZA’nın girdi ve çıktı odaklı iki farklı modeli vardır. Girdi odaklı VZA, belirli bir çıktı bileşeninin en etkin şekilde üretilebilmesi amacıyla en uygun girdi bileşiminin nasıl düzenlenmesini araştırırken; çıktı odaklı VZA, belirli bir girdi bileşimi ile en fazla çıktı bileşeninin elde edilmesini araştırır (Norman & Stoker, 1991). Bu çalışmada ise sağlık hizmeti üretim sürecinde çıktının ölçülmesinin ve düzenlenmesinin çok zor olması sebebiyle girdi odaklı VZA modeli kullanılmıştır. Böylelikle analiz sonucunda ortaya çıkan sonuçlara göre etkin olmayan illerin girdi değişkenleri üzerinde düzenleme yapılarak etkin hale getirilmesine

imkân verilmiştir. VZA yöntemiyle etkinlik analizi yapılacak karar verme birimleri ve değişkenler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1 Girdi-Çıktı Değişkenleri ve Karar Verme Birimleri

Girdi Değişkenleri	Karar Verme Birimleri	Çıktı Değişkenleri
Yatak Sayısı, Hekim Sayısı, Hemşire ve Ebe Sayısı	81 İl	Yatak Doluluk Oranı, Toplam Müracaat Sayısı, Ameliyat Sayısı

Veri zarflama analizi yönteminde ilk olarak etkinlik analizi yapılacak karar verme birimleri belirlenmiştir. Karar verme birimleri belirlendikten sonra sağlık hizmet üretiminde yer alan girdi değişkenleri ile sağlık hizmet üretimi sonucunda ortaya çıkan değişkenler seçilmiştir. Son adımda ise uygun VZA modeli belirlenerek analiz etkinlik analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Bulgular

Çalışmada belirlenen girdi ve çıktı değişkenlerine ait minimum, maksimum ve ortalama değer ile standart sapma Tablo 2’de yer almaktadır. Tablo 2 incelendiğinde; illere ait girdi değişkeni ortalama yatak sayısı 3236,91, toplam hekim sayısı 2403,56, hemşire ve ebe sayısı 5640,47 ve diğer sağlık personeli sayısı 2872,36’dır. İllere ait çıktı değişkenlerinin ortalamaları yatak doluluk oranı için 54,48, toplam müracaat sayısı için 6340927,2 ve ameliyat sayısı için 71272,2 bulunmuştur.

Tablo 2 Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Değişkenler	Min.	Maks.	Ort.	Stn. Sap.
Girdi Değişkenleri	Yatak Sayısı	150	47968	3236,91	5991,06
	Hekim Sayısı	146	45139	2403,56	5653,99
	Hemşire ve Ebe Sayısı	331	93107	5640,47	11624,6
	Diğer Sağlık Personeli Sayısı	329	41464	2872,36	5064,16
Çıktı Değişkenleri	Yatak Doluluk Oranı	28,4	72,5	54,48	10,04
	Toplam Müracaat Sayısı	362306	100379873	6340927,2	12112142
	Ameliyat Sayısı	1401	1117571	71272,2	140117

Tablo 3’te iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin derecesini gösteren korelasyon katsayıları gösterilmiştir. Tablo 3’e göre en büyük korelasyon katsayısı hemşire ve ebe sayısı ile yatak sayısı arasındayken; en küçük korelasyon katsayısı yatak doluluk oranı ile toplam hekim sayısı arasındadır.

Tablo 3 Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	Yatak Sayısı	Hekim Sayısı	Hemşire ve Ebe Sayısı	Diğer Sağlık Personeli Sayısı	Yatak Doluluk Oranı	Toplam Müracaat Sayısı
Yatak Sayısı	1					
Hekim Sayısı	0,99297	1				
Hemşire ve Ebe Sayısı	0,99834	0,99814	1			
Diğer Sağlık Personeli Sayısı	0,99519	0,99469	0,9967	1		
Yatak Doluluk Oranı	0,19479	0,14806	0,1724	0,19268	1	
Toplam Müracaat Sayısı	0,9917	0,98894	0,9921	0,99654	0,20203	1
Ameliyat Sayısı	0,9959	0,98948	0,99453	0,99635	0,21643	0,9957757

Tablo 4’te ölçeğe göre sabit getiri varsayımı altında sınırlandırılmış CCR ve ölçeğe göre değişken getiri varsayımı

altında sınırlandırılmış BCC model ile ölçeğe göre sabit getiri varsayımı altında sınırlandırılmamış CCR ve ölçeğe göre değişken getiri varsayımı altında sınırlandırılmamış BCC modeline göre yapılan analiz sonucunda illerin etkinlik skorları, ortalama, minimum ve maksimum değerler gösterilmektedir. Tabloda karar verme birimlerini oluşturan illerin plaka numaraları kullanılmıştır.

Tablo 4. BCC ve CCR Etkinlik Skorları

İller/ Karar Verme Birimleri	Bounded		Unbounded	
	BCC	CCR	BCC	CCR
1	1	0,89	1	0,88
2	0,85	0,82	0,85	0,81
3	0,76	0,76	0,76	0,76
4	0,92	0,91	0,92	0,91
5	0,89	0,87	0,89	0,87
6	0,93	0,85	0,93	0,77
7	0,92	0,88	0,92	0,87
8	0,78	0,74	0,78	0,74
9	0,84	0,84	0,84	0,84
10	0,86	0,86	0,86	0,86
11	0,86	0,78	0,86	0,78
12	0,80	0,75	0,80	0,75
13	0,97	0,95	0,97	0,95
14	0,79	0,76	0,79	0,76
15	0,81	0,78	0,81	0,78
16	0,94	0,87	0,94	0,86
17	0,68	0,67	0,68	0,67
18	0,89	0,89	0,89	0,89
19	0,74	0,74	0,74	0,74
20	0,98	0,98	0,98	0,98
21	0,85	0,85	0,85	0,85
22	0,71	0,70	0,71	0,70
23	0,82	0,77	0,82	0,77
24	0,84	0,82	0,84	0,82
25	0,80	0,79	0,80	0,79
26	0,81	0,81	0,81	0,81
27	1	1	1	1
28	0,88	0,87	0,88	0,87

Tablo 4. BCC ve CCR Etkinlik Skorları Devamı

İller/ Karar Verme Birimleri	BCC	CCR	BCC	CCR
29	0,81	0,67	0,81	0,67
30	0,86	0,86	0,86	0,86
31	0,88	0,87	0,88	0,87
32	1	1	1	1
33	0,84	0,84	0,84	0,84
34	1	0,98	1	0,81
35	1	0,98	1	0,93
36	0,74	0,61	0,74	0,61
37	0,81	0,78	0,81	0,78
38	0,88	0,88	0,88	0,88
39	0,88	0,86	0,88	0,86
40	0,99	0,79	0,99	0,79
41	0,96	0,95	0,96	0,95
42	0,82	0,79	0,82	0,79
43	0,69	0,68	0,69	0,68
44	0,63	0,63	0,63	0,63
45	0,79	0,78	0,79	0,78
46	0,81	0,81	0,81	0,81
47	0,98	0,98	0,98	0,98
48	0,78	0,78	0,78	0,78
49	0,98	0,97	0,98	0,97
50	0,98	0,92	0,98	0,92
51	0,87	0,86	0,87	0,86
52	0,78	0,78	0,78	0,78
53	0,87	0,86	0,87	0,86
54	0,89	0,89	0,89	0,89
55	0,84	0,84	0,84	0,84
56	0,98	0,95	0,98	0,95
57	0,84	0,80	0,84	0,80
58	0,62	0,61	0,62	0,61
59	0,82	0,81	0,82	0,81
60	0,79	0,79	0,79	0,79
61	0,75	0,75	0,75	0,75
62	1	0,98	1	0,98
63	1	1	1	1
64	1	1,00	1	1,00
65	0,73	0,73	0,73	0,73
66	0,68	0,66	0,68	0,66
67	0,86	0,86	0,86	0,86

Tablo 4. BCC ve CCR Etkinlik Skorları Devamı

İller/ Karar Verme Birimleri	BCC	CCR	BCC	CCR
68	0,90	0,88	0,90	0,88
69	1	0,86	1	0,86
70	1	0,95	1	0,95
71	0,67	0,67	0,67	0,67
72	0,97	0,96	0,97	0,96
73	0,99	0,99	0,99	0,99
74	0,98	0,98	0,98	0,98
75	1	1	1	1
76	1	1	1	1
77	1	0,99	1	0,99
78	0,81	0,80	0,81	0,80
79	1	0,96	1	0,96
80	1	1	1	1
81	0,97	0,96	0,97	0,96
Ortalama	0,87	0,85	0,87	0,84
Minimum	0,62	0,61	0,62	0,61
Maximum	1	1	1	1

Tablo 4'te yer alan analiz sonuçlarına göre, ölçeğe göre sabit getiri varsayımı altında girdi yönelimli sınırlandırılmış CCR modele göre Gaziantep (27), Isparta (32), Şanlıurfa (63) Ardahan (75), Iğdır (76) ve Osmaniye (80) etkin 75 il etkin değildir. Diğer taraftan ölçeğe göre sabit getiri varsayımı altında girdi yönelimli sınırlandırılmamış CCR modele göre Gaziantep (27), Isparta (32), Şanlıurfa (63) Ardahan (75), Iğdır (76) ve Osmaniye (80) etkin 75 il etkin değildir. Ölçeğe göre değişken getiri varsayımı altında girdi yönelimli sınırlandırılmış BCC modele göre Adana (1), Gaziantep (27), Isparta (32), İstanbul (34), İzmir (35), Tunceli (62), Şanlıurfa (63), Uşak (64), Bayburt (69), Karama (70), Ardahan (75), Iğdır (76), Yalova (77), Kilis (79) ve Osmaniye (80) etkin 66 ile etkin değildir. Diğer taraftan ölçeğe göre değişken getiri varsayımı altında girdi yönelimli sınırlandırılmamış BCC modele göre Adana (1), Gaziantep (27), Isparta (32), İstanbul (34), İzmir (35), Tunceli (62), Şanlıurfa (63), Uşak (64), Bayburt (69), Karaman (70),

Ardahan (75), Iğdır (76), Yalova (77), Kilis (79) ve Osmaniye (80) etkinken 66 il etkin değildir. Bu analiz sonuçlarına göre etkin olarak analiz edilen il sayısının farklılaşmasında, değişkenlere sınır koyulmasının bir etkisinin olmadığı ve etkin olarak analiz edilen il sayısındaki farklılaşmanın ölçeğe göre sabit veya değişken getiri varsayımı altında analiz yapan VZA modellerinin etkisi olduğu değerlendirilmektedir.

Tablo 5 Sınırlandırılmış CCR İyileştirme Oran, Sınırlandırılmamış CCR İyileştirme Oranı ve İyileştirme Oranı Farkları

İller	Girdi Değişkenleri					
	Yatak Sayısı			Hekim Sayısı		
	Unbounded CCR İyileştirme Oranı %	Bounded CCR İyileştirme Oranı %	İyileştirme Oranı Farkı	Unbounded CCR İyileştirme Oranı %	Bounded CCR İyileştirme Oranı %	İyileştirme Oranı Farkı
1	-11,63	-11,19	↓ -0,44	-20,40	-18,23	↓ -2,17
2	-18,70	-18,44	↓ -0,26	-20,33	-23,29	↑ 2,96
3	-23,66	-23,66	● 0	-23,66	-23,66	● 0
4	-11,44	-11,44	● 0	-15,95	-15,95	● 0
5	-24,69	-24,69	● 0	-12,54	-12,54	● 0
6	-23,46	-14,99	↓ -8,47	-54,13	-33,32	↓ -20,81
7	-13,14	-11,74	↓ -1,4	-36,97	-26,03	↓ -10,94
8	-26,29	-26,29	● 0	-29,59	-29,58	↓ -0,01
9	-16,47	-16,47	● 0	-17,89	-17,89	● 0
10	-14,39	-14,39	● 0	-20,64	-20,63	↓ -0,01
11	-30,07	-30,07	● 0	-22,4	-22,40	● 0
12	-42,89	-42,89	● 0	-25,38	-25,38	● 0
13	-27,54	-27,54	● 0	-4,92	-4,92	● 0
14	-41,19	-41,19	● 0	-32,95	-32,95	● 0
15	-36,72	-36,72	● 0	-22,08	-22,08	● 0
16	-14,01	-12,62	↓ -1,39	-30,66	-24,59	↓ -6,07
17	-32,59	-32,59	● 0	-43,29	-43,29	● 0
18	-13,47	-13,47	● 0	-10,82	-10,82	● 0
19	-39,37	-39,36	↓ -0,01	-25,96	-25,96	● 0
20	-1,85	-1,85	● 0	-18,74	-18,74	● 0
21	-15,03	-15,03	● 0	-24,16	-24,15	↓ -0,01
22	-51,75	-51,75	● 0	-56,63	-56,63	● 0
23	-41,85	-41,84	↓ -0,01	-26,23	-26,23	● 0
24	-20,69	-20,69	● 0	-18,06	-18,06	● 0
25	-24,77	-24,77	● 0	-21,01	-21,00	↓ -0,01

Tablo 5 Sınırlandırılmış CCR İyileştirme Oran, Sınırlandırılmamış CCR İyileştirme Oranı ve İyileştirme Oranı Farkları Devamı

İller	Yatak Sayısı				Hekim Sayısı			
	Unbounded CCR İyileştirme Oranı %	Bounded CCR İyileştirme Oranı %	İyileştirme Oranı Farkı		Unbounded CCR İyileştirme Oranı %	Bounded CCR İyileştirme Oranı %	İyileştirme Oranı Farkı	
26	-19,00	-19,00	●	0	-20,53	-20,53	●	0
28	-41,66	-41,66	●	0	-12,57	-12,57	●	0
29	-46,35	-46,35	●	0	-33,10	-33,10	●	0
30	-13,94	-13,94	●	0	-14,27	-14,27	●	0
31	-12,69	-12,69	●	0	-17,51	-17,51	●	0
33	-15,71	-15,71	●	0	-22,19	-22,19	●	0
34	-18,89	-1,69	↓	-17,2	-46,52	-3,66	↓	-42,86
35	-7,13	-1,92	↓	-5,21	-45,77	-12,37	↓	-33,4
36	-42,91	-42,91	●	0	-39,38	-39,38	●	0
37	-32,29	-32,29	●	0	-21,68	-21,68	●	0
38	-12,00	-12,00	●	0	-21,91	-21,91	●	0
39	-27,06	-27,06	●	0	-20,16	-20,16	●	0
40	-25,32	-25,32	●	0	-21,06	-21,06	●	0
41	-5,20	-4,92	↓	-0,28	-29,90	-27,80	↓	-2,1
42	-20,54	-20,54	●	0	-27,90	-27,90	●	0
43	-48,33	-48,33	●	0	-31,73	-31,73	●	0
44	-41,95	-41,95	●	0	-39,07	-39,07	●	0
45	-35,02	-35,02	●	0	-31,32	-31,32	●	0
46	-18,72	-18,72	●	0	-20,7	-20,70	●	0
47	-2,48	-2,48	●	0	-21,97	-21,97	●	0
48	-21,96	-21,96	●	0	-46,65	-46,65	●	0
49	-11,24	-11,23	↓	-0,01	-3,40	-3,40	●	0
50	-29,13	-29,13	●	0	-8,29	-8,29	●	0
51	-33,17	-33,17	●	0	-13,54	-13,54	●	0
52	-32,10	-32,10	●	0	-22,41	-22,41	●	0
53	-24,47	-24,47	●	0	-26,31	-26,31	●	0
54	-10,95	-10,95	●	0	-29,45	-29,45	●	0
55	-16,37	-16,36	↓	-0,01	-18,86	-18,86	●	0
56	-21,29	-21,29	●	0	-5,48	-5,48	●	0
57	-50,37	-50,37	●	0	-19,68	-19,68	●	0
58	-53,16	-53,16	●	0	-39,37	-39,37	●	0
59	-27,10	-27,10	●	0	-21,42	-21,42	●	0
60	-36,20	-36,20	●	0	-21,45	-21,45	●	0
61	-25,38	-25,38	●	0	-31,26	-31,26	●	0
62	-2,19	-2,19	●	0	-38,76	-38,75	↓	-0,01
64	-10,20	-10,20	●	0	-0,19	-0,19	●	0
65	-30,37	-30,37	●	0	-27,28	-27,28	●	0

Tablo 5 Sınırlandırılmış CCR İyileştirme Oran, Sınırlandırılmamış CCR İyileştirme Oranı ve İyileştirme Oranı Farkları Devamı

İller	Yatak Sayısı				Hekim Sayısı		
	Unbounded CCR İyileştirme Oranı %	Bounded CCR İyileştirme Oranı %	İyileştirme Oranı Farkı		Unbounded CCR İyileştirme Oranı %	Bounded CCR İyileştirme Oranı %	İyileştirme Oranı Farkı
66	-47,53	-47,53	●	0	-34,44	-34,43	↓ -0,01
67	-23,94	-23,94	●	0	-14,24	-14,24	● 0
68	-26,76	-26,76	●	0	-11,57	-11,57	● 0
69	-48,22	-48,22	●	0	-13,98	-13,98	● 0
70	-5,18	-5,18	●	0	-5,18	-5,18	● 0
71	-42,20	-42,20	●	0	-33,36	-33,36	● 0
72	-28,01	-28,01	●	0	-3,88	-3,88	● 0
73	-1,15	-1,15	●	0	-11,88	-11,88	● 0
74	-27,38	-27,38	●	0	-3,72	-3,72	● 0
77	-0,80	-0,80	●	0	-6,69	-6,69	● 0
78	-19,95	-19,95	●	0	-19,95	-19,95	● 0
79	-33,79	-33,79	●	0	-4,58	-4,58	● 0
81	-3,53	-3,53	●	0	-29,51	-29,51	● 0
İller	Hemşire ve Ebe Sayısı				Diğer Sağlık Personeli Sayısı		
	Unbounded CCR İyileştirme Oranı %	Bounded CCR İyileştirme Oranı %	İyileştirme Oranı Farkı		Unbounded CCR İyileştirme Oranı %	Bounded CCR İyileştirme Oranı %	İyileştirme Oranı Farkı
1	-15,13	-14,00	↓	-1,13	-11,63	-11,19	↓ -0,44
2	-19,40	-20,52	↑	1,12	-18,70	-25,47	↑ 6,77
3	-23,66	-23,66	●	0	-23,66	-23,66	● 0
4	-13,32	-13,32	●	0	-9,43	-9,43	● 0
5	-20,16	-20,16	●	0	-35,45	-35,45	● 0
6	-38,53	-24,00	↓	-14,53	-23,46	-14,99	↓ -8,47
7	-23,99	-18,25	↓	-5,74	-13,14	-20,67	↑ 7,53
8	-27,78	-27,78	●	0	-36,52	-36,52	● 0
9	-17,02	-17,02	●	0	-16,47	-16,47	● 0
10	-16,85	-16,85	●	0	-14,39	-14,39	● 0
11	-27,27	-27,27	●	0	-22,4	-22,40	● 0
12	-36,82	-36,82	●	0	-45,31	-45,31	● 0
13	-20,41	-20,41	●	0	-4,92	-4,92	● 0
14	-38,26	-38,26	●	0	-24,49	-24,49	● 0
15	-31,37	-31,37	●	0	-37,88	-37,88	● 0
16	-21,15	-17,76	↓	-3,39	-14,01	-12,62	↓ -1,39
17	-37,21	-37,21	●	0	-32,77	-32,77	● 0
18	-12,45	-12,45	●	0	-24,04	-24,04	● 0
19	-34,67	-34,67	●	0	-27,09	-27,09	● 0
20	-9,00	-9,00	●	0	-1,85	-1,85	● 0

Tablo 5 Sınırlandırılmış CCR İyileştirme Oran, Sınırlandırılmamış CCR İyileştirme Oranı ve İyileştirme Oranı Farkları Devamı

İller	Hemşire ve Ebe Sayısı				Diğer Sağlık Personeli Sayısı			
	Unbounded CCR İyileştirme Oranı %	Bounded CCR İyileştirme Oranı %	İyileştirme Oranı Farkı		Unbounded CCR İyileştirme Oranı %	Bounded CCR İyileştirme Oranı %	İyileştirme Oranı Farkı	
21	-18,69	-18,69	●	0	-15,03	-15,03	●	0
22	-53,84	-53,84	●	0	-30,34	-30,34	●	0
23	-36,99	-36,99	●	0	-23,25	-23,25	●	0
24	-19,61	-19,61	●	0	-18,06	-18,06	●	0
25	-23,50	-23,49	↓	-0,01	-21,01	-21,00	↓	-0,01
26	-19,60	-19,60	●	0	-19,00	-19,00	●	0
28	-32,93	-32,93	●	0	-34,89	-34,89	●	0
29	-41,28	-41,28	●	0	-43,58	-43,58	●	0
30	-14,08	-14,08	●	0	-13,94	-13,94	●	0
31	-14,56	-14,55	↓	-0,01	-12,69	-12,69	●	0
33	-18,32	-18,32	●	0	-15,71	-15,71	●	0
34	-32,28	-2,65	↓	-29,63	-18,89	-1,69	↓	-17,2
35	-26,81	-7,24	↓	-19,57	-7,13	-5,22	↓	-1,91
36	-41,56	-41,56	●	0	-38,51	-38,51	●	0
37	-28,55	-28,55	●	0	-24,38	-24,38	●	0
38	-16,04	-16,04	●	0	-12,00	-12,00	●	0
39	-24,41	-24,41	●	0	-13,76	-13,76	●	0
40	-23,53	-23,53	●	0	-29,68	-29,67	↓	-0,01
41	-16,27	-15,17	↓	-1,1	-5,20	-14,05	↑	8,85
42	-23,33	-23,33	●	0	-20,54	-20,54	●	0
43	-42,79	-42,79	●	0	-43,91	-43,90	↓	-0,01
44	-40,91	-40,91	●	0	-37,01	-37,00	↓	-0,01
45	-33,67	-33,66	↓	-0,01	-21,54	-21,54	●	0
46	-19,49	-19,49	●	0	-18,72	-18,72	●	0
47	-11,29	-11,29	●	0	-22,21	-22,21	●	0
48	-33,68	-33,68	●	0	-34,39	-34,39	●	0
49	-8,20	-8,20	●	0	-8,22	-8,22	●	0
50	-22,06	-22,06	●	0	-14,56	-14,56	●	0
51	-26,21	-26,21	●	0	-29,78	-29,78	●	0
52	-28,61	-28,61	●	0	-33,87	-33,87	●	0
53	-25,22	-25,22	●	0	-13,87	-13,87	●	0
54	-19,27	-19,27	●	0	-10,95	-10,95	●	0
55	-17,33	-17,33	●	0	-16,37	-16,36	↓	-0,01
56	-15,47	-15,47	●	0	-9,29	-9,29	●	0
57	-40,89	-40,89	●	0	-39,58	-39,58%	●	0
58	-48,60	-48,60	●	0	-44,27	-44,27	●	0
59	-25,00	-25,00	●	0	-18,67	-18,67	●	0

Tablo 5 Sınırlandırılmış CCR İyileştirme Oran, Sınırlandırılmamış CCR İyileştirme Oranı ve İyileştirme Oranı Farkları Devamı

İller	Hemşire ve Ebe Sayısı				Diğer Sağlık Personeli Sayısı			
	Unbounded CCR İyileştirme Oranı %	Bounded CCR İyileştirme Oranı %	İyileştirme Oranı Farkı		Unbounded CCR İyileştirme Oranı %	Bounded CCR İyileştirme Oranı %	İyileştirme Oranı Farkı	
60	-31,46	-31,46	●	0	-21,45	-21,45	●	0
61	-27,73	-27,73	●	0	-25,38	-25,38	●	0
62	-22,18	-22,18	●	0	-44,06	-44,06	●	0
64	-6,79	-6,79	●	0	-0,19	-0,19	●	0
65	-29,24	-29,24	●	0	-27,28	-27,28	●	0
66	-42,93	-42,93	●	0	-46,89	-46,89	●	0
67	-20,61	-20,61	●	0	-14,24	-14,24	●	0
68	-21,32	-21,32	●	0	-18,71	-18,71	●	0
69	-37,50	-37,50	●	0	-28,03	-28,03	●	0
70	-5,18	-5,18	●	0	-5,18	-5,18	●	0
71	-39,14	-39,14	●	0	-33,36	-33,36	●	0
72	-20,23	-20,23	●	0	-19,14	-19,14	●	0
73	-5,91	-5,91	●	0	-1,15	-1,15	●	0
74	-18,67	-18,67	●	0	-2,04	-2,04	●	0
77	-3,26	-3,26	●	0	-10,74	-10,74	●	0
78	-19,95	-19,95	●	0	-19,95	-19,95	●	0
79	-24,54	-24,54	●	0	-3,55	-3,55	●	0
81	-16,03	-16,03	●	0	-3,53	-3,53	●	0

İyileştirme etkin olmayan illere ait sınırlandırılmış CCR iyileştirme oranı, sınırlandırılmamış CCR iyileştirme oranı ve iyileştirme oranı arasındaki farklar gösterilmiştir. Tabloya göre 6 plaka numaralı Ankara ilinin etkin hale gelebilmesi için sınırlandırılmamış CCR sonuçlarına göre; yatak sayısında %-23,46, hekim sayısında %-54,13, hemşire ve ebe sayısında %-38,13 ve diğer sağlık personeli sayısında %-23,46 oranlarında iyileştirme yapılmalıdır. Öte yandan 6 plaka numaralı Ankara ilinin etkin hale gelebilmesi için sınırlandırılmış CCR sonuçlarına göre ise yatak sayısında %-14,99, hekim sayısında %-33,32, hemşire ve ebe sayısında %-24 ve diğer sağlık personeli sayısında %-14,99 oranlarında iyileştirme yapılmalıdır. Bu sonuçlara göre 6 plakalı Ankara ilinin sınırlandırılmış CCR ve sınırlandırılmamış CCR etkinlik analizi iyileştirme oranları arasında fark olduğu

anlaşılmaktadır. Bu farkın ise değişkenlere koyulan sınırlamalardan kaynakladığı ifade edilebilir.

Tablo 5 incelendiğinde etkin olmayan 75 ilin 12'sinde iyileştirme oranları arasında farklar mevcutken; 63'ünde iyileştirme oranları arasında fark mevcut değildir. İyileştirme oranları arasındaki farklar incelendiğinde azalış yönlü en yüksek farkın (-42,86) 34 plaka numaralı İstanbul iline ait hekim sayısı değişkeninde ortaya çıkarken; artış yönlü en yüksek farkın (8,85) 41 plaka numaralı İzmit iline ait diğer sağlık personeli sayısı değişkeninde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlardan hareketle analizi yapılan değişkenlere sınır koyulması, etkin olmayan illerin etkin hale gelebilmeleri için değişkenlerinde yapması gereken iyileştirme oranlarını azalış ve artış olmak üzere iki yönlü etkilediği ifade edilebilir. Bu durumun daha belirgin bir örneği 7 plaka numaralı Antalya ilinde mevcuttur. İlgili ile ait iyileştirme oranları incelendiğinde sınırlandırılmamış CCR skorlardan, sınırlandırılmış CCR skorlarına doğru yatak sayısı, hekim sayısı ve ebe-hemşire sayısı değişkenlerinde bir azalış söz konusuyken; diğer personeli sayısı değişkeninde bir artış söz konusudur

Sonuç

Çalışma sonucunda, etkin olmayan 75 ili 12'sinde yatak ve hekim sayısı iyileştirme oranları arasında fark varken 63'ünde iyileştirme oranları arasında fark bulunmamıştır. Ebe ve hemşire sayısı içinse 11 ilin, diğer sağlık personeli sayısı için de 12 ilin iyileştirme oranları arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Yatak sayısı için iyileştirme oranları iller arasındaki farka ilişkin, fark olan 12 ilin tamamında sınırlandırılmış model sınırlandırılmamış modele göre daha az iyileştirme oranı önermiştir. Hekim sayısında ise sınırlandırılmış model 11 için daha düşük iyileştirme oranı önerirken 1 il içinse sınırlandırılmamış modele göre daha fazla oranda iyileştirme önermiştir. Hemşire ve ebe sayısı için sınırlandırılmış

model sınırlandırılmamış modele göre, 10 ilde daha az oranda iyileştirme önerirken 1 ilde daha fazla oranda iyileştirme önermiştir. Diğer sağlık personeli sayısında ise sınırlandırılmamış modele kıyasla sınırlandırılmış model 3 il için daha fazla oranda iyileştirme önerirken 9'u için daha az oranda iyileştirme çıkmıştır. Bu sonuçlardan, sınırlandırılmış modelin sınırlandırılmamış modele göre genel olarak daha az oranlı iyileştirmeler önerdiğini söylenilebilir. Çıraklı (2019) Türkiye’de acil servislerin 2013-2016 yılları arasında verimliliklerini sınırlandırılmış ve sınırlandırılmamış model ile karşılaştırmalı analiz ettiği çalışmada, acil servislerin etkinlik düzeylerinin farklılaştığını; sınırlandırılmış modelin sınırlandırılmamışa göre etkin birim sayısını daha fazla çıkardığını bulmuştur. Bu çalışmada da benzer şekilde sınırlandırılmış ve sınırlandırılmamış modellerin farklı sonuçlar verdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin daha iyi bir şekilde yönetilmesinde verimlilik ölçümü ve analizi önemli bir durumdur. Diğer taraftan, uygun olmayan yöntemlerle elde edilecek sonuçlar hatalı kararlara ve yanlış performans yönetimine neden olabilecektir. Bu yüzden Çıraklı (2019) tarafından da ifade edildiği gibi alabileceği maksimum ve minimum değerleri belli olan değişkenlerle yapılacak bir veri zarflama analizinde sınırlandırılmamış veri zarflama yöntemi hatalı sonuçlar verebileceği değerlendirilmektedir. Bu nedenle, veri zarflama analizi ile verimlilik çalışmalarında veri seti içinde sınırlanmaya uygun değişken olup olmadığının dikkatlice değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu tür değişkenler varsa da sınırlandırılmış değişken modelinin (bounded variable model) ile daha sağlam sonuçlar verebileceği değerlendirilmektedir.

Kaynakça

Akal, Z. (2005). İşletmelerde performans ölçüm ve denetimi: çok yönlü performans göstergeleri. Ankara: MPM Yayınları.

Akal, Z. (2011). İşletmelerde performans ölçüm ve denetimi: çok yönlü performans göstergeleri. Ankara: MPM Yayınları.

Banker, R. D., Charnes, A., & Cooper, W. W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management science*, 30(9), s. 1078-1092.

Baş, M. İ., & Artar, A. (1990). İşletmelerde verimlilik denetimi: ölçme ve değerlendirme modelleri. Ankara: MPM Yayınları.

Charnes, A., Cooper, W. W., Lewin, A. Y., & Seiford, L. M. (1994). *Data envelopment analysis: theory, methodology, and applications*. Dordrecht: Springer Science+Business Media.

Chen, T.-Y., Chen, C.-B., & Peng, S.-Y. (2008). Firm operation performance analysis using data envelopment analysis and balanced scorecard: A case study of a credit cooperative bank. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 57(7), pp. 523-539.

Cooper, W. W., Seiford, L. M., & Tone, K. (2006). *Introduction to data envelopment analysis and its uses: with DEA-Solver software and references*. New York: Springer Science+Business Media.

Cooper, W. W., Seiford, L. M., & Zhu, J. (2011). *Data envelopment analysis: history, models, and interpretations*. In W. W. Cooper, L. M. Seiford, & J. Zhu (Eds.), *Handbook on data envelopment analysis* (pp. 1-39). Boston, MA: Springer.

Çam, H. (2016). Sağlık işletmelerinde performansın değerlendirilmesi: Karaman devlet hastanesi örneği. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 1(1), s. 14-27.

Çetin Aslan, E. (2018). Economic evaluation methods in health sector. In E. Alexandrova, N. L. Shapekova, B. Ak, & F. Özcanaslan (Eds.), *Health sciences research in the globalizing world* (pp. 774-789). Sofia: St. Kliment Ohridski University Press.

Çetin, E., Şahin, İ., & Yalçın Balçık, P. (2014). Türkiye'de aile planlaması yöntemlerinin maliyet-etkililik analizi. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 32(1), s. 73-86.

Çıraklı, Ü. (2019). Türkiye’de acil servislerin etkinliklerinin veri zarflama analizi ile ölçülmesi: bir sınırlandırılmış değişken modeli. *İKSAD IV. International Congress on Social Sciences*, (s. 662-667). September 5-8, Erzurum.

Doğan, N. Ö. (2006). Veri zarflama analizi ile belediyelerde performans ölçümü: Kapadokya bölgesi örneği. Yüksek lisans tezi, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.

Farrell, M. J. (1957). The measurement of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (General)*, 120(3), s. 253-290. doi:10.2307/2343100

Gören, K. B. (2012). Veri zarflama analizi ile kanola bitkisinin üretim maliyetleri ve ekonomik verimliliğinin ölçülmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

İleri, H. (1999). Verimlilik, verimlilik ile ilgili kavramlar ve işletmeler açısından verimliliğin önemi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 1(2), s. 9-24.

Iswatia, S., & Anshoria, M. (2007). The influence of intellectual capital to financial performance at insurance companies

in Jakarta Stock Exchange (JSE). 13th Asia Pacific Management Conference. 7-8 November, Melbourne, Australia, (pp.1393-1399).

Matthews, K., & Ismail, M. (2006). Efficiency and productivity growth of domestic and foreign commercial banks in Malaysia. Cardiff economics working papers, (No. E2006/2).

Norman, M., & Stoker, B. (1991). Data envelopment analysis: the assessment of performance. Chichester: John Wiley & Sons Inc.

Öztürk, Ü. (2009). Performans yönetimi. İstanbul: Alfa Basım Yayın Dağıtım.

Prokopenko, J. (2005). Verimlilik yönetimi uygulamalı el kitabı. Ankara: MPM Yayınları.

Yoluk, M. (2010). Hastane performansının veri zarflama analiz yöntemi (VZA) ile değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Atılım Üniversitesi, İstanbul.

TÜRKİYE’DE VE DÜNYADA PALYATİF BAKIM

MEHTAP TUYKUN¹

EMİNE ÇETİN²

Giriş

Palyatif bakım; yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda, ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için yapılan faaliyetler olarak tanımlanmaktadır (Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2015; WHO, 2004). Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden (ölümcül) hastalığı olan bireylerde; sıkça görülen ağrı ve diğer semptomların rahatlatılmasına yardımcı olmaktadır. Hayatı değerli kabul eder ve ölümü normal bir süreç olarak görür. Ölümü hızlandırmak ya da geciktirmek gibi bir amaç taşımaz. Özetle, palyatif bakımının temel amacı; tedavisi mümkün olmayan ya da ölümcül hastalığı olan bireylerin, hayatlarının kalan kısmını, hastalığın ve ölüm

¹ İzmir Bakırçay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD. ORCID: 0009-0001-4944-2913

² Doç. Dr. İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ORCID:0000-0003-4326-2070

beklemenin getirdiği sorunları en aza indirerek, mümkün olan en iyi şekilde yaşamasıdır. Palyatif bakımın bir diğer önemli yönü ise bütüncül bir yaklaşımla, hastanın kendisi dışında, ailesine de hastalık süreci ve ölüm sonrası ile baş edebilmeye destek sağlamayı amaçlamasıdır (WHO, 2004).

Palyatif bakım ihtiyacı her geçen gün artmaktadır. Toplumların yaşlanması ile ileri yaşa bağlı gelişen, tedavisi olmayan kronik hastalıkların toplumda görülme sıklığında da ciddi bir artış görölmektedir. Bu hastalıkların büyük kısmı yaşamı kısaltmakta ve ciddi semptomlara neden olmaktadır. Özellikle kanserler, Alzheimer hastalığı, nörolojik hastalıklar hastalığın başlangıcından kısa bir süre sonra palyatif bakıma ihtiyaç duymakta ve uzun yıllar bu ihtiyaç devam etmektedir. Ayrıca genç yaşta olmasına rağmen, ilerleyici ve yaşamı tehdit eden kanserler ve nadir hastalıklarla yaşayanlar palyatif bakıma ihtiyaç duyan ve hizmetten fayda gören önemli gruplar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu bölümde öncelikle palyatif bakım; zaman içerisinde tanımındaki gelişmeler ve kapsamını oluşturan hizmetler açıklanarak kavram ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ardından palyatif bakımın temel unsurları ve farklı ülkelerdeki uygulamaları açıklanmıştır.

Palyatif Bakımın Tanımı

Palyatif bakımın tanımında zaman içerisinde değişiklikler görölmüştür. Bu değişimler, palyatif bakım ihtiyacı ve hizmet sunumuna etki eden faktörleri yansıtmaması nedeniyle önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), palyatif bakım kavramını ilk kez 1990 tarihli uzman komite raporunda, “küratif tedaviye artık yanıt vermeyen hastaların aktif ve bütüncül bakımı” olarak tanımlamıştır. Bu tanım ağrı, diğer semptomlar ve psikolojik, sosyal, manevi sorunların kontrolünü merkeze almış ve temel amacın hasta ve ailesi

için en iyi yaşam kalitesinin sağlanması olduğunu vurgulamıştır (WHO, 1990). Bu erken dönem tanım, birkaç önemli tarihsel gelişmenin birleşimiyle ortaya çıkmıştır. 1960’lardan itibaren Dame Cicely Saunders’ın öncülük ettiği modern hospis hareketi, ölmekte olan hastaya yönelik bütüncül bakım ve fiziksel ağrılar yanında psikolojik ve sosyal sorunlar ile de baş etmeyi hedefleyen “total pain” kavramını geliştirmiştir. Bu hareket 1990’lara gelindiğinde, özellikle Birleşik Krallık’ta sistematik bir bakım modeli haline gelerek palyatif bakım düşüncesinin klinik ve etik temelini oluşturmuştur (Clark, 2007). 1980’lerde kanser insidans ve prevalansındaki küresel artış ile yaşam süresinin uzamasına bağlı kronik hastalık yükünün büyümesi, terminal dönem bakım ihtiyaını belirgin şekilde artırmış, ölüm sürecinde nitelikli bakımı sağlık politikalarının gündemine taşımuştur (WHO, 1990, 2002). Hasta hakları hareketinin aynı dönemde güçlenmesi, hasta özerkliği, bilgilendirilmiş onam ve yaşam sonu bakım kalitesini tıp etiğinin merkezine yerleştirmiştir. Bu durum palyatif bakımın kurumsal ve etik bir çerçeveye kavuşturulmasını zorunlu hale getirmiştir(Ezer et al., 2018). Ancak 1990’da yapılan tanımın önemli sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle tanımın yalnızca, kanser hastalarına odaklanması; AIDS, ileri kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve ilerleyici nörolojik hastalıklar gibi uzun ve ağır seyirli kronik hastalıkları ve pediatrik palyatif bakımı kapsam dışı bırakması, palyatif bakımın hedef kitlesini daraltmıştır (Seplveda et al., 2002). Ayrıca palyatif bakımın “küratif tedaviye yanıt vermeme” koşuluna bağlanması, bakımın çoğu zaman hastalığın çok geç evrelerinde başlatılmasına ve erken entegrasyonun sağlayacağı yararların kaçırılmasına yol açmıştır (WHO, 1990).

1990 yılındaki tanımdaki sınırlılıklar, DSÖ’y 2002 yılında kavramsal yeni bir paradigma oluşturmaya yöneltilmiş ve yeni bir tanım benimsenmiştir: “Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan hastaların ve

ailelerinin; ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların erken teşhisi, kusursuz değerlendirilmesi ve tedavisini sağlayarak, acının önlenmesi ve hafifletilmesi yoluyla yaşam kalitesini artıran bir yaklaşımdır” (WHO, 2002). Bu tanım ile hedef grup kanserden, yaşamı tehdit eden hastalıklara genişletilmiş; palyatif bakımın zamanlaması küratif tedavi başarısız olduktan sonraki süreçten, hastalığın tanısına çekilmiştir. Palyatif bakım yaklaşımı ise ciddi sağlıkla ilişkili sıkıntının önlenmesi ve hafifletilmesine odaklanan önleyici ve hafifletici bir sağlık hizmeti olarak konumlandırılmıştır (Radbruch et al., 2020; WHO, 2002). Bu çerçevede palyatif bakım, yaşamı onaylar, ölümü biyolojik varoluşun doğal bir evresi olarak görür ve ölümü ne hızlandırmayı ne de geciktirmeyi amaçlar. Hasta ve aileyi birlikte ele alır, yas desteğini de içeren, disiplinler arası ekip yaklaşımını benimser (Connor, 2020).

2014 yılında DSÖ, tanımsal çerçeveyi değiştirmemiş, ancak palyatif bakımı evrensel sağlık kapsamının ve temel insan haklarının bir bileşeni olarak güçlendirmiştir. Bu kararlar üye ülkelere, palyatif bakım politikaları ve ulusal stratejiler geliştirme, hizmeti sağlık sistemlerine entegre etme, uygun ve sürdürülebilir finansman mekanizmaları kurma, palyatif bakım eğitimini temel ve uzmanlık müfredatlarına yerleştirme, kanıta dayalı kılavuzlar oluşturma ve özellikle opioid analjezikler dâhil temel ilaçlara erişimi kolaylaştırma yönünde sorumluluklar yüklenmiştir (Connor, 2020). Böylece palyatif bakım, yalnızca klinik bir uygulama alanı değil, aynı zamanda sağlık sisteminin bütünlüğü ve hakkaniyeti açısından vazgeçilmez bir politika alanı olarak konumlanmıştır.

2020 yılında DSÖ ile Dünya Hospis ve Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance [WHPCA]) Küresel Palyatif Bakım Atlasında, palyatif bakımın kişi merkezli ve bütünlük sağlığı hizmetlerinin etik bir bileşeni olduğunu yeniden vurgulamıştır. Ayrıca palyatif bakıma erişimdeki eşitsizlikleri

küresel bir adalet sorunu olarak tanımlamıştır. Bu belgeye göre palyatif bakıma gereksinim duyan yetişkinlerin büyük çoğunluğu koroner arter hastalığı, kanser ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi kronik ve ilerleyici hastalıklara sahiptir. Ancak bu bireylerin yalnızca küçük bir kısmı uygun palyatif bakım hizmetlerine erişebilmektedir (Connor, 2020). Bu tarihsel dönüşüm, palyatif bakımın, dar anlamda “ölüm bakımı” olmaktan çıkarak, yaşamı tehdit eden hastalıklarla yaşayan bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesini artıran, insan hakları temelli, bütüncül ve sağlık sistemiyle entegrasyonu hedefleyen bir hizmet alanı haline geldiğini göstermektedir.

Palyatif Bakımın Kapsamı ve Unsurları

Palyatif bakım, hayatının son dönemlerini yaşayan bireylerin ihtiyaç duyduğu hizmetlerin bir arada sunulmasını hedefleyen bir sağlık hizmetidir. Diğer bir ifade ile ağrı ve diğer tüm semptomların yönetimini hedeflemesi, hasta dışında aile bireylerini de dikkate alması yanında; tıbbi bakıma ek olarak psikolojik, sosyal ve manevi desteği içermektedir. Ayrıca palyatif bakım tek bir bakım ortamı ile sınırlı olmayan; hastanın evinde, bakım kuruluşlarında, hastane içi palyatif bakım ünitelerinde, ayakta tedavi ekipleri aracılığıyla sunulabilen, çok düzeyli bir hizmettir. Bu denli geniş bir alanı hedefleyen ve farklı sunum modelleri olan bir hizmet türünün tüm yönleri ile anlaşılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Palyatif bakımın temel unsurları şöyle sıralanmış olup, izleyen bölümde açıklanmıştır:

- Ağrı ve diğer semptomların yönetimi
- Diğer sağlık hizmetleri ile entegrasyon
- Disiplinler arası ekip organizasyonu
- Ruhsal ve manevi bakımın entegrasyonu

- Aile desteği ve yas sürecinin yönetimi

Ağrı ve diğer semptomların yönetimi

Palyatif bakımın temel alanlarından birisi, semptomların yönetimi yoluyla hasta ve yakınlarının konforunu mümkün olan en üst düzeye çıkarmaktır (L. J. Morrison & Morrison, 2006). Palyatif bakım, fiziksel semptomları ve psikososyal ve manevi endişeleri hafifleterek hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Atreya et al., 2024). Palyatif bakımın, diğer sağlık hizmetlerinin aksine hastalığı tedaviyi hedeflememesi, bu yönünü daha da öne çıkarmaktadır. DSÖ “Semptomları erken aşamada kontrol altına almak, acıyı hafifletmek ve kişinin onuruna saygı göstermek açısından etik bir görevdir” ifadesi ile semptom yönetiminin önemini net olarak ortaya koymaktadır. Baş edilmek istenen semptomlar fiziksel olabildiği kadar, psikolojik de olabilmektedir. Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalarda en sık karşılaşılan fiziksel semptomlar ağrı ve nefes darlığıdır. Örneğin, AIDS veya kanser hastalarının %80'i ve kardiyovasküler hastalık veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların %67'si yaşamlarının son dönemlerinde orta ila şiddetli ağrı yaşamaktadır (WHO, 2020).

Semptom yönetiminde önemli noktalardan birisi opioidlere erişimdir. Tıbbi kullanım yanında, kriminal kullanımının da olması nedeniyle opioidlerin üretimi ve dağıtımında kısıtlamalar bulunmaktadır. Ayrıca opioidlerin yüksek dozlarda hayati fonksiyonları olumsuz etkilemesi nedeniyle sağlık çalışanlarının da kullanmakta çekince göstermelerine neden olabilmektedir. Opioidlere erişim konusunda dünyada önemli eşitsizlikler bulunmaktadır. Veriler erişim uçurumunun büyüklüğüne dikkat çekerek, düşük ve orta gelirli ülkelerde gereksinimin çok küçük bir bölümünün karşılanabildiğini, geniş nüfusların orta şiddetli ağrıda

dahi etkili tedaviye ulaşamadığını göstermektedir (Knaul et al., 2018). Palyatif bakım sunumunda artış görülse bile, gereksinimin ancak küçük bir kısmının karşılanabildiği ve opioid erişiminin hâlâ ana engel olduğu belirtilmektedir (Connor, 2020). Türkiye’de palyatif bakımda opioid kullanımı önünde klinik ve yapısal engeller birlikte görülmektedir. Çok merkezli bir saha çalışmasında hekimlerin büyük çoğunluğu solunum sıkıntısında morfini ilk seçenek olarak görmemiş; hekim ve hemşireler yan etki, yasal sorumluluk ve tıbbi hata kaygıları nedeniyle reçete ve uygulamada çekingen davranmıştır (Kocatepe et al., 2020). Bir diğer çalışma da yan etki ve suistimal korkusu ve bilgi boşluklarının opioid reçetelemeyi sınırladığını göstermektedir (Baldemir et al., 2019). Ayrıca kırmızı reçete yazma koşulları ve idari adımları, özellikle birinci basamakta uygulamayı zorlaştırmaktadır (Türk Eczacıları Birliği, 2024).

Diğer sağlık hizmetleri ile entegrasyonu

Palyatif bakımda hizmet sunumu; ev temelli programlar, ayaktan poliklinikler, hastane içi palyatif bakım üniteleri, konsültasyon ekipleri ve hospis, bakımevi modelleri üzerinden, “her yerde ve her zaman bakım” anlayışıyla kademeli fakat birbirine bağlı bir yapı olarak örgütlenmektedir (Hui et al., 2023; Wiencek & Coyne, 2014). Sağlık hizmeti ortamları arasında geçişlerin yönetimi, özellikle kırılğan ve semptom yükü yüksek hastalarda önemli bir unsurdur. Geçiş öncesi değerlendirme ve hazırlık, ayrıntılı taburculuk planlaması, sektörler arası lojistik organizasyon ve disiplinler arası iletişimle sağlanan yapılandırılmış “transizyonel palyatif bakım” yaklaşımlarını gerektirmektedir. Bu yaklaşımlar bakımın sürekliliğinin temel bir kalite göstergesi olarak kabul edilmektedir (Salifu & Bayuo, 2022). Ayrıca küratif tedavinin devam ettiği hastalarda, iki tedavi yaklaşımının etkilerinin izlenmesi gerekmektedir.

Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların büyük çoğunluğunun evde kalmayı tercih ettiğinden, palyatif bakımın birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak toplum içinde sağlanması tıbbi ve etik açıdan bir gerekliliktir (Atreya et al., 2024).

Palyatif bakımın birinci basamakla entegrasyonu, yalnızca uzman ekiplerin dar bir alanı olmaktan çıkarılıp, aile hekimleri, hemşireler ve toplum temelli ekiplerin yürüttüğü süreklilik arz eden kronik hastalık yönetiminin içine yerleştirilmesini; diğer bir ifade ile birinci basamak palyatif bakımın rutin sağlık hizmetinin parçası haline gelmesini ifade eder (McCarthy, 2021). DSÖ'ye göre, birinci basamak ekiplerinin palyatif bakım konusunda eğitilmesi, temel ilaçlara erişimin sağlanması ve uygun sevk yollarının tanımlanması entegrasyon stratejisinin ana bileşenleri arasındadır. Sağlık hizmetleri basamaklarının entegrasyonunda, birinci basamak ekipleri ağrı, nefes darlığı, beslenme güçlüğü ve psikososyal sorunlar gibi temel gereksinimleri ilk düzeyde yönetirken, karmaşık durumlarda uzman palyatif bakım ekibinden konsültasyon istemektedir (WHO, 2018).

Disiplinler arası ekip organizasyonu

Palyatif bakımda organizasyon ve ekip çalışması, hizmetin niteliğini belirleyen temel bileşenlerden biridir. Yaklaşımın özünde disiplinler arası ekip modeli yer alır. Palyatif bakım ekipleri; hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, manevi destek uzmanı ve gönüllüler gibi farklı meslek gruplarından oluşan, karar verme süreçlerini hasta ve ailesiyle birlikte yürüten yapılardır (Menekli, 2023; WHO, 2020). Goebel ve arkadaşlarının nicel bulguları, güçlü ekip çalışmasının palyatif bakım kalitesine ilişkin algıyı anlamlı biçimde artırdığını (Goebel et al., 2016), Reeves ve arkadaşları ise evde palyatif bakımda bakım koordinasyonunun çoğu zaman hemşire merkezli, fakat rol sınırlarının sıklıkla belirsiz olduğunu (Reeves et al., 2020) ortaya

koymaktadır. Türkiye bağlamında yapılan çalışmalar, mevzuatla tanımlanan palyatif bakım merkezlerinin multidisipliner ekip esasına göre örgütlendiğini, ancak uygulamada insan gücü planlaması, eğitim, iş tanımlarının netliği ve birim içi kurumlar arası koordinasyonunda hâlâ geliştirilmesi gereken alanlar olduğunu göstermektedir (Ekinci, 2023). Bu bulgular birlikte ele alındığında, palyatif bakımda etkili ekip organizasyonunun; açık tanımlanmış roller, güçlü bir klinik liderlik, yataklı birim, evde bakım, birinci basamak arasında yapılandırılmış bakım koordinasyonu ve tüm bu süreci hasta ve ailesinin hedefleri etrafında birleştiren sistematik iletişim mekanizmalarına dayandığı söylenebilir.

Ruhsal ve manevi bakımın entegrasyonu

Araştırmalar, palyatif bakım sürecindeki bireylerde psikolojik sıkıntı, varoluşsal kaygı ve anlam krizinin zaman zaman fiziksel semptomlardan daha baskın bir ıstırap kaynağı haline gelebildiğini göstermektedir. Özellikle ölüm, anlam, suçluluk, yalnızlık ve geleceğe ilişkin belirsizlik temalı varoluşsal sıkıntılar, yaşam sonu dönemde depresif belirtiler, anksiyete ve umutsuzlukla iç içe geçerek hastaların yaşam kalitesini ciddi biçimde bozabilmektedir (Lee, 2020). Bu bulgular, palyatif bakımın yalnızca fiziksel semptom kontrolüne indirgenemeyeceğini; psikolojik ve manevi boyutların, klinik değerlendirme ve müdahale süreçlerinde eşit bir şekilde ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Palyatif bakım hastalarının manevi gereksinimlerini değerlendirdiği çalışmada, hastalığı anlamlandırma, hastalık süreci devam ederken yaşamın anlamını koruma, manevi inançların kabul edildiğini ve saygı gördüğünü hissetme, zihnin yalnızca hastalığa değil başka konulara da yönelebilmesi, ölümü kabullenme ve bu gerçeğe baş edebilme, affetme ve affedilme, hastalığı yaşarken şükredebilme ve umut duygusunu sürdürebilme gereklilikleri yaşadıkları bildirilmektedir (Köktürk Dalcalı, 2019).

Aile desteği ve yas sürecinin yönetimi

Palyatif bakımda aile/bakım veren desteği, hastayla birlikte aileyi de bakımın doğrudan hedefi olarak ele alır. Bu destek, tanı anından başlayarak ölüm sonrası yas sürecine kadar uzanan süreklilik içinde yapılandırılır (WHO, 2023). Türkiye’de yapılan çalışmalar, palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde belirgin yaşam kalitesi düşüşü, psikososyal yük ve uyum güçlükleri olduğunu belirtir. Bu nedenle bakım süreci kadar, ölüm sonrası dönemde de sistematik psikososyal ve yas desteğinin gerekliliğini göstermektedir (Karakaya & Işıksan, 2020). İletişimsel açıdan bakıldığında, aile ile açık ve saygılı bilgi paylaşımı, duygusal destek ve karar süreçlerine aktif katılımın, hem bakım sürecinde hem de yas döneminde koruyucu bir faktör olarak öne çıktığı vurgulanmaktadır (Öztekin, 2017).

Palyatif Bakım Sunum Modelleri

Palyatif bakım alanında ortaya çıkan hizmet çeşitliliği, modern sağlık sistemlerinin değişen klinik, toplumsal ve demografik gereksinimlere yanıt verebilme kapasitesinin doğal bir sonucudur. Hastaların ihtiyaç profili, bakım sürekliliğinin niteliği, kurumlar arası işleyiş ve sağlık politikalarının yönelimi zamanla farklı modellerin gelişmesine zemin hazırlamıştır. Bu modeller, hizmetin sunulduğu ortamdan ekip yapısına, finansman biçiminden bakım hedeflerine kadar uzanan geniş bir yelpazede örgütlenmeyi zorunlu kılmış; her biri, yaşamı sınırlayan hastalıklarla karşılaşan bireylerin çok boyutlu bakım gereksinimlerini karşılamada, yeterlilik başlıca ana hedef olmuştur (Cohn et al., 2017). Model seçimini belirleyen başlıca sağlık sistemi faktörleri; insan gücü ve sağlık çalışanlarının eğitim kapasitesi, finansman ve bölgenin coğrafi dağılımı ve erişilebilirlik ve ülkenin mevzuat ve standartların belirleyici rolü olarak saymak mümkündür.

Hastane temelli modeller

Hastane temelli palyatif bakım modeli; palyatif bakım üniteleri, hastane içi palyatif bakım klinikleri ve konsültasyon ekipleri üzerinden örgütlenen, özellikle kompleks semptom yönetimi ve yoğun destek gerektiren hastalara odaklanan yapıdır (Hui & Bruera, 2020). Türkiye’de yapılan çalışmada palyatif bakım sistemlerinin temelde üç yaklaşımla örgütlendiği; ancak ağırlıklı olarak hastane temelli modeli ile uyumlu olduğu ve büyük bölümünün Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastanelerindeki palyatif bakım merkezlerinde sunulduğu belirtilmektedir (Tiryaki & Güdücü Tüfekci, 2023). Hastane temelli model, palyatif bakım kliniği ve konsültasyon ekipleri ile sunulan, 24 saat erişilebilir, multidisipliner bir yapı olarak tanımlanmaktadır. Bu yapı içinde hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist ve gerektiğinde din görevlisi gibi profesyonellerin koordineli çalıştığı vurgulanmaktadır (Çelik, 2024).

Toplum temelli modeller

Toplum ve ayaktan temelli palyatif bakım modeli; palyatif bakım poliklinikleri, gündüz bakım merkezleri, birinci basamak ve diğer toplum temelli hizmetlerin birlikte yer aldığı, hastanın ev ve hastane dışındaki alanlarda destek aldığı bir modeldir. Toplum temelli palyatif bakım, ayaktan izlenebilecek düzeydeki hastalar için organize edilen klinikler ve gündüz bakım merkezleri aracılığıyla, nispeten düşük maliyetle bakım sunan, son yıllarda özellikle ön plana çıkan bir modeldir (Şahan Uslu & Terzioğlu, 2015). Türkiye’de palyatif bakımın sunumunu incelediğimizde hastane temelli modelin yanı sıra aile hekimleri, evde sağlık ekipleri ve toplum sağlığı merkezleri üzerinden yürütülen toplum temelli hizmetlerin bir “ikinci eksen” olarak gelişmekte olduğunu ve entegrasyonun henüz istenen düzeye ulaşmadığını görülmektedir (Ekinci, 2023; Tiryaki & Güdücü Tüfekci, 2023). Uluslararası

literatürde ise toplum temelli palyatif bakım programlarının semptom kontrolünü iyileştirdiği, bakım veren deneyimini güçlendirdiği ve hastane başvurularını azalttığına dair güçlü kanıtlar olduğu belirtilmektedir. Bu modelin özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonunun, evde ölüm oranını artırdığı ve hizmetin erişilebilirliğini artırdığı belirtilmektedir.

Ev temelli palyatif bakım modeli

Ev temelli palyatif bakım modeli; yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireyin bakım alanının hastane yerine evi olduğu, hekim, hemşire ve diğer ekip üyelerinin ev ziyareti yaparak semptom kontrolü, öz bakım desteği ve aile eğitimini yürüttüğü bir yaklaşımdır. Bu modelin hastaneye yatış sayısını azalttığı ve yaşam sonu konforu artırdığı bildirilmektedir (Kahveci et al., 2020). Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesinin incelendiği bir çalışmada, evde palyatif bakım modellerinin kanser hastalarının terminal dönemde semptom kontrolü ve terminal bakım hizmetlerine, hastane temelli ünitelerle koordinasyon içinde ulaşmasını sağladığı ve bu nedenle bütüncül hizmet zincirinin önemli bir halkası olduğu vurgulanmıştır (Şahan Uslu & Terzioğlu, 2015). DSÖ de ev ve toplum temelli bakımın, gereksiz hastane yatışlarını azaltarak hem maliyet etkinlik hem de hastanın tercih ettiği ortamda kalabilme açısından avantaj sağladığını belirtmektedir (Connor, 2020).

Hospis modeli

Hospis modeli; genellikle prognozu sınırlı (yaşam beklentisi aylar düzeyinde) olan hastalara, yaşamın son dönemlerinde semptom kontrolü, psikososyal ve manevi destek ile aileye yas sürecini de kapsayan bütüncül bakım sunmayı hedefleyen, bağımsız ya da hastaneye bağlı kurumlar üzerinden yürütülen bir palyatif bakım modelidir. Uzman palyatif bakım modelleri arasında hospis,

özellikle yaşam sonu bakıma odaklanan ve çoğunlukla evde bakım, toplum temelli hizmetler ve hastane üniteleriyle koordinasyon içinde çalışan ayrı bir klinik model olarak tanımlanır (Hui & Bruera, 2020). Hastane temelli uygulamalarla entegre hospis programlarının hastaların tercih ettikleri yerde ve daha insancıl koşullarda ölümünü desteklediği ifade edilmektedir (Aslan, 2020). Türkiye’de bağımsız ve kurumsallaşmış bir hospis modeli bulunmaması, palyatif bakım sisteminin önemli bir zayıflığı olarak değerlendirilebilir. Geçmişteki sınırlı hospis girişimleri (örneğin Kanser Bakımevi ve Hacettepe Umut Evi) sürdürülebilir finansman ve sosyal güvence desteği sağlanamadığı için devam ettirilememiş, günümüzde ulusal ölçekte işleyen bir hospis ağı oluşmamıştır (Çapuk, 2023).

Düşük ve orta gelirli ülkeler için uygulanabilir modeller

Düşük ve orta gelirli ülkelerde palyatif bakımın yaygınlaştırılması için önerilen “temel hizmet paketi (essential Package)” yaklaşımı, kısıtlı bütçe, altyapı eksiklikleri ve uzman insan gücü yetersizliği koşullarında, düşük maliyetli fakat yüksek etkili müdahalelerin sistematik biçimde önceliklendirilmesine dayanmaktadır. Temel hizmet paketinde; opioid analjeziklerin (özellikle oral ve enjeksiyonluk morfin), sık görülen semptomlar için kanıta dayalı basit klinik protokollerin, temel tıbbi ekipmanın, birinci basamak düzeyinde uygulanabilir eğitim modüllerinin, sevk mekanizmalarının ve ev ziyareti temelli temel bakım hizmetleri yer almaktadır (Knaul et al., 2018).

DSÖ özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde palyatif bakımın evde ve birinci basamakta sunulabilmesi için, temel ilaçlara erişim, basitleştirilmiş eğitim materyalleri ve ulusal sağlık paketlerine entegrasyonun kritik olduğunu vurgulamaktadır (Connor, 2020; WHO, 2023). Bu modelin temel amaçları; ciddi hastalığa bağlı ıstırabı en düşük maliyetle azaltmak, gereksiz hastane

başvurularını ve yatışları sınırlamak ve sağlık sistemi kapasitesini aşmadan ölçeklenebilir çözümler üretmektir.

Ülke Örnekleri

Palyatif bakım uygulamaları, ülkelerin sahip olduğu kaynak yeterliliği ve sağlık sistemi yapısına bağlı olarak farklı düzeylerde sunulabilmektedir. Palyatif Bakım Birliğinin dünya ülkelerini palyatif bakımı sağlık sistemlerine entegre etme düzeyine göre gruplaması Tablo 1’de (Sertdemir Batbaş et al., 2021) sunulmuştur. İzleyen bölümde seçilmiş ülkelerde palyatif bakım hizmetlerinin sunumu açıklanmıştır. Bu kapsamda sırasıyla; Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Japonya, Kanada, genel olarak Afrika ülkeleri ve Türkiye incelenmiştir.

Tablo 1 Palyatif Bakım Sunumuna Göre Ülkeler ve Yer Aldıkları Gruplar

Gruplar		Özellikleri	Ülkeler
Grup 1 ülkeler	Hospis-palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen ülkeler	Hospis-palyatif bakım hizmeti yoktur. Ülkeyi kapsayan palyatif bakım politikaları aktiviteyi de bulunmaktadır. Bu grupta 75 ülke (%32) yer alır	Senegal, Afganistan, Nijer, Gine, Kore, Türkmenistan, Yemen, Özbekistan gibi
Grup 2 ülkeler	Hospis-palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen	Faliyette olan ve hizmet veren palyatif bakım klinikleri yoktur. Bu grupta 23 ülke (%10) yer alır.	Azerbaycan, Dominika, Bolivya, Haiti, Vatikan, Filistin gibi
Grup 3 ülkeler	Ülke genelinde olmayıp sadece lokalize hospis palyatif bakım apılanması olan ülkeler	Grup 3A ülkeler Az sayıda lokalize kliniklerde, sınırlı kapasitede palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Finans kaynakları sağlık sistemine entegre olmayıp daha çok kişisel bağışlardan sağlanmaktadır. Morfin ulaşılabilirliği sınırlı olup, hükümetler tarafından palyatif bakım aktiviteleri yeterince desteklenmektedir. Bu grupta 74 ülke (%31,6) yer alır	Bulgaristan, Brezilya, Mısır, Yunanistan, İran, Irak, Vietnam, Venezuela, Birleşik Arap Emirlikleri, Tayland, Tunus, Moldova, Meksika, Rusya gibi

Tablo 1 Palyatif Bakım Sunumuna Göre Ülkeler ve Yer Aldıkları Gruplar (Devam)

Gruplar			Özellikleri	Ülkeler
Grup 3 ülkeler	Ülke genelinde olmayıp sadece lokalize hospis palyatif bakım yapılanması olan ülkeler	Grup 3B ülkeler	Lokalize olan palyatif bakım hizmetleri genel sağlık sistemi ile entegre değildir. Finans kaynakları kişisel bağışlar, genel ve özel sağlık sigortası, yerel devlet kaynaklarından karşılanmaktadır. Dernek organizasyonları tarafından yürütülen sınırlı eğitim faaliyetleri vardır. Morfine rahatlıkla ulaşabilir. Bu grupta 17 ülke (%7,3) yer alır	Portekiz, Kıbrıs, Arjantin, Malta, Türkiye, Hindistan, Nepal, Litvanya, Hırvatistan, Bosna-Hersek gibi
Grup 4 ülkeler	Sağlık sistemi ile entegre hospis-palyatif bakım servisleri olan ülkeler	Grup 4A ülkeler	Palyatif bakım hizmetleri çeşitli olup yaygındır. Sağlık personeline ve yerel toplumda palyatif bakım bilinçlenmesi vardır. Morfin ve güçlü analjezikleri kolay ulaşılabilir. Sınırlı düzeyde palyatif bakım politikaları olup ulusal palyatif bakım dernekleri vardır. Bu grupta 25 ülke (%10,7) yer alır.	Kosta Rika, Kenya, Çin, Danimarka, İsrail, Finlandiya, Macaristan, Yeni Zelanda, Malezya, Moğolistan, Hollanda, İspanya gibi
		Grup 4B ülkeler	Bu grupta 20 ülke (%8,6) yer alır. Ülke genelinde yaygın palyatif bakım hizmetleri olup kapsamlı hizmet verilmektedir. Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları vardır. Üniversitelerde akademik işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri ve ulusal palyatif bakım dernekleri vardır.	Romanya, Singapur, İsveç, İsviçre, Uganda, İngiltere. ABD, Avusturalya, İzlanda, Avusturya, Belçika, Kanada, Fransa, Almanya, Hong Kong. Polonya, İrlanda, İtalya, Japonya, Norveç

Kaynak: Sertdemir Batbaş, C., Yakar, B. & Pirinççi, E. (2021) Palyatif bakım ve hospis. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 30(2):136-143.

Almanya

Almanya’da palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü’nün “entegre, insan merkezli sağlık hizmetlerinin temel bileşeni” yaklaşımıyla uyumlu biçimde, genel palyatif bakım (aile hekimleri, evde bakım hizmetleri, bakım evleri) ile uzmanlaşmış palyatif bakımın (hastane palyatif üniteleri, uzmanlaşmış ayaktan palyatif bakım ekipleri, yetişkin ve çocuk hospisleri, gönüllü hospis hizmetleri) birlikte örgütlendiği çok katmanlı bir sistem olarak yürütülmektedir (Loosen et al., 2022). 2007 yılında uzmanlaşmış ayaktan palyatif bakım bireysel bir hak olarak tanımlanmıştır. Böylece kompleks gereksinimli, yaşamı sınırlayan hastalığı olan sigortalıların evde veya bakım kurumlarında uzman ekipler tarafından 7/24 hizmet alması yasal güvence altına alınmıştır (Loosen et al., 2022; Oechsle, 2022).

Palyatif bakımın finansmanı ağırlıklı olarak; zorunlu sosyal sağlık sigortası ile sağlanmaktadır. Ayakta ve hospis temelli bakımda temel hizmetler için hasta ve yakınlarından ödeme talep edilmemektedir. Yatan hospis bakımında günlük bedelin büyük kısmı (yaklaşık %95’i) sağlık sigortasınca karşılanmakta, kalan kısım ise bağış ve vakıf destekleriyle tamamlanmaktadır. Hastalar genellikle aile hekimi veya hastane uzmanının tıbbi gereklilik belirten reçetesiyle ayaktan palyatif bakım ekibine, palyatif üniteye veya hospise yönlendirilmektedir. Sunulan hizmetler ağrı ve semptom kontrolü, evde veya bakım kurumunda tıbbi ve hemşirelik bakımı, psikososyal ve manevi destek, aile danışmanlığı ve yas desteği gibi çok disiplinli bir paket şeklinde verilmektedir (Connor, 2020; Oechsle, 2022). Ancak veriler tüm bu kurumsal ve finansal entegrasyona rağmen, palyatif bakım kullanımının özellikle kırsal bölgelerde ve onkoloji dışı hasta gruplarında gereksinimi tam olarak karşılamadığını, palyatif bakım ihtiyacının devam ettiğini göstermektedir (Gothe et al., 2020).

Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) palyatif bakıma halkın erişimi, yaygın ancak eşitsizliklerin olduğu bir durum sergilemektedir. Palyatif Bakımı Geliştirme Merkezi'nin raporuna göre 2024 yılında 50 yatak ve üzeri akut bakım hastanelerinin %83,6'sında uzman palyatif bakım ekibi varken, bu oran kâr amaçlı hastanelerde %49'a, kırsal hastanelerde ise %34,5'tir (Center to Advance Palliative Care, 2024). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri verilerine göre ABD'de 5.000'in üzerinde hospis bulunmakta ve yaklaşık 1,5 milyon hasta bu kurumlardan hizmet almaktadır. Bu hospislerin yaklaşık %70'inin kâr amaçlı özel işletmelerdir (National Center for Health Statistics, 2025).

ABD'de hizmete erişimin temelini, 65 yaş üstü ve bazı engelli grupları kapsayan kamu sigortası Medicare oluşturmaktadır. Medicare hospis hakkı, hospis ve palyatif bakım hizmetlerinin büyük kısmını finanse ederken, düşük gelirli gruplarda Medicaid programları ve bazı eyaletlerin özel düzenlemeleri ile evde ve toplum temelli palyatif bakımı desteklemektedir (National Alliance for Care at Home, 2024; National Center for Health Statistics, 2025). Özel sağlık sigortaları ve Medicare Advantage planları da özellikle evde palyatif bakım ve danışmanlık hizmetlerini poliçelerine giderek daha fazla ekleyerek kapsamı genişletmektedir. Böylece kamu hastaneleri ve gaziler hastaneleri, kâr amacı gütmeyen hastaneler ve hospisler ile yaygın kâr amaçlı hospis kurumları ve evde bakım ajanslarının oluşturduğu karma bir kamu-özel ağ üzerinden hizmet sunulmaktadır. Ancak coğrafi konum, ırk ve etnisite ve sigorta durumu, pratikte erişim düzeyini belirgin biçimde farklılaştırmaya devam etmektedir (Center to Advance Palliative Care, 2024; Connor, 2020).

İngiltere

İngiltere’de palyatif ve yaşam sonu bakımı; uzman palyatif bakım konsültasyon ekipleri, hospis içi ve toplum temelli palyatif bakım ekipleri, aile hekimleri, bakım ve huzurevleri ile büyük ölçüde gönüllü ve kar amacı gütmeyen bağımsız hospis kuruluşları tarafından sunulmaktadır (Hospice UK, 2025; NHS England, 2022). Hastane temelli palyatif bakım, toplum palyatif ekipleri ve aile hekimleri aracılığıyla sağlanan hizmetler NHS çerçevesinde hastalara ücretsiz sunulmaktadır. Buna rağmen palyatif bakıma erişimde sosyoekonomik düzey, yaş, tanı grubu ve etnik köken temelinde belirgin eşitsizlikler bulunmakta olup, hizmetlerin önemli bir kısmının kanser hastalarına ve daha az yoksul bölgelere yönelmiştir (Dixon et al., 2015). İngiltere’deki hospislerin bütçelerinin yaklaşık üçte biri kamu finansmanından, geri kalanını ise bağış ve kampanyalardan sağlanmaktadır. Bu durumun bölgesel erişim farkları yaratmaktadır (Hospice UK, 2025). İlerleyen yıllarda yaşlı nüfusun ve kronik, yaşamı tehdit eden hastalıkların artışıyla paltif bakım ihtiyacının artması beklenirken, mevcut durumda hospis ve uzman palyatif hizmetlere erişimde hâlen önemli boşluklar bulunduğu bildirilmektedir (National Audit Office, 2025).

Japonya

Japonya’da palyatif bakımın gelişimi, Kanser Kontrol Yasası ve ulusal kanser kontrol planları çerçevesinde evrensel sağlık sigortası sistemiyle bütünleşen, ardışık geri ödeme ve politika düzenlemeleri üzerinden şekillenmiştir. İlk olarak palyatif bakım ünitelerinde sunulan hizmetlerin maliyetleri sağlık sigortası kapsamında geri ödenebilir hale getirilmiştir. İkinci aşamada hastane temelli palyatif bakım ekiplerinin sunduğu bakım sigorta kapsamına alınmıştır. Üçüncü aşamada ise palyatif bakım hükümet sağlık politikalarının merkezine yerleştirilmiştir (Mori & Morita, 2016; Tsuneto, 2013).

Japonya’da uzmanlaşmış hizmetlerin omurgasını, genellikle genel hastaneler bünyesindeki palyatif bakım üniteleri, hospisler ile konsültasyon esaslı hastane palyatif bakım ekipleri oluşturmaktadır. Evde palyatif bakım ve aile hekimi düzeyinde “birincil palyatif bakım” ise görece daha zayıf olmakla birlikte, politika önceliği hâline gelmiş alanlardır (Mori & Morita, 2016). Hizmetten en çok yararlanan grup hâlen ileri evre kanser hastalarıdır. Kalp yetersizliği, KOAH ve diğer kronik ve ilerleyici hastalıkları olanlar için uzman palyatif bakıma erişimin yetersizliği ve bu alanda sigorta kapsamının güçlendirilmesi ihtiyacı devam etmektedir (Hamano et al., 2023).

Sağlık çalışanlarına birinci basamak ve uzman palyatif bakım olarak iki ayrı kategoride eğitim verilmektedir. Birinci basamak palyatif bakım eğitimi; temel semptom yönetimi, iletişim yetenekleri ve takım çalışması gibi beceriler kazandırırken, uzman palyatif bakım eğitimi, daha karmaşık durumlar için ileri seviyede bilgi ve becerilerin aktarımını sağlamaktadır (Aslan, 2020). Palyatif bakım üniteleri, hastane temelli palyatif bakım ekipleri ile ev ve hospis hizmetleri bu sigorta paketi içinde geri ödenebilir hizmetler olarak tanımlanmıştır. İlk aşamada palyatif bakım üniteleri, daha sonra hastane palyatif bakım ekipleri için özel geri ödeme planları oluşturulmuştur (Morita & Kizawa, 2013; Tsuneto, 2013).

Kanada

Kanada’da palyatif bakım, 2018’de Parlamento’ya sunulan Ulusal Palyatif Bakım Çerçevesi ve 2023’te yayımlanan “Beş Yıl Sonra” devlet raporu ile, yaşamı tehdit eden hastalığı olan herkes için sağlık sisteminin tüm basamaklarına entegre edilmesi hedeflenen, ağırlıklı olarak kamu kaynaklarıyla finanse edilen ancak erişim eşitsizlikleri süren bir hizmet alanı olarak yapılandırılmıştır (R. S. Morrison, 2018). Palyatif bakım sunumu, eyalet ve bölge sağlık sigortalarının finanse ettiği hastane içi palyatif bakım üniteleri ve konsültasyon ekipleri, aile hekimliği ve onkoloji temelli genelci

ekipler, evde bakım programları, uzun süreli bakım kurumları ve büyük ölçüde bağış ve gönüllü emeğiyle desteklenen rezidans hospisler üzerinden yürütülmektedir (Krawczyk, 2021).

Kanada’da kanser hastalarının palyatif bakıma erişimi görece yüksek iken, demans, organ yetmezliği ve çoklu kronik hastalığı olan ileri yaşlılar, uzun süreli bakım kurumu sakinleri, kırsal ve uzak bölgelerde yaşayanlar, yerli topluluklar ve evsizler hâlâ belirgin ölçüde dezavantajlı gruplar olarak rapor edilmektedir (Krawczyk, 2021). Finansman boyutunda, hekim ve hastane temelli palyatif bakım hizmetleri vergilerle finanse edilen kamu sigortası kapsamında, cepten ödeme olmaksızın karşılanmaktadır. Buna karşın evde bakım, bazı ilaçlar, tıbbi malzeme, konaklama ve bakım verenlerin gelir kaybı gibi dolaylı maliyetlerin finansmanında, eyalet düzeyindeki özel programlar, federal istihdam sigortası yardımları ile yerel ve ulusal hayır kurumları devreye girmektedir. Özellikle evde ve hospis temelli bakımda maliyetlerin bir bölümünün ailelere aktarıldığı vurgulanmaktadır (Canadian Institute for Health Information, 2023). Bu karma finansman modeli ve hizmetlerin parçalı örgütlenmesi nedeniyle, palyatif bakıma erişim Kanada’da giderek daha fazla bir sosyal ve hukuksal hak çerçevesinde tartışılmaktadır (Henteleff et al., 2011).

Afrika Kıtası

Afrika’da palyatif bakım, 2000’li yılların ortasından itibaren özellikle HIV/AIDS ve kanser yükünün artmasına paralel olarak hızla önem kazanmaya başlamıştır. Ancak kıta genelinde hâlâ parçalı, kurumsal olarak yeterince bütünleşmemiş ve çoğu zaman STK’lar ile inanç temelli kuruluşların omuzlarında şekillenen bir hizmet alanı olmaya devam etmektedir (Grant et al., 2011; Ntizimira et al., 2014). Birçok ülkede palyatif bakım; üniversite ve devlet hastanelerine bağlı hastane içi palyatif bakım üniteleri, hospisler, evde bakım ekipleri, mobil toplum temelli hizmetler ve çoğu kez

kilise ile yardım kuruluğu destekli programların bir kombinasyonu şeklinde örgütlenmiştir. Yalnızca az sayıda ülkede, ulusal kanser veya kronik hastalık programlarına ve birinci basamak sağlık hizmetlerine sistematik olarak entegre edilebilmiştir (Court & Olivier, 2020).

Finansman yapısı çoğunlukla hayır kurumları, uluslararası bağışçılar ve hastaların cepten ödemelerine dayanmaktadır. Bazı ülkelerde ise ulusal sağlık sigortası paketlerine sınırlı palyatif bakım hizmetleri dâhil edilse de kıta genelinde evrensel ve kamu güvenceli bir geri ödeme yapısından söz etmek güçtür (Knaul ve ark., 2018). En temel sorunlar; opioidlere erişimde kısıtlar ve tedarik sorunları, palyatif bakım konusunda eğitimli insan gücü eksikliği, kent ile kır ve zengin ile yoksul arasındaki belirgin erişim eşitsizlikleri, veri ve izleme sistemlerinin yetersizliği ve palyatif bakımın hâlâ ulusal sağlık politikalarında ikincil bir öncelik olarak görülmesidir (Ntizimira et al., 2014).

Türkiye

Türkiye’de palyatif bakım ve hospis yaklaşımına en yakın ilk örnek, Türk Onkoloji Vakfı tarafından İstanbul Yeşilköy’de kurulan ve 1993–1997 yılları arasında hizmet veren “Kanser Bakımevi” dir; bu kurum, kanser hastalarına palyatif odaklı bakım sunan öncü bir model olmasına rağmen, yatan hastalara sosyal güvenlik sistemlerince geri ödeme yapılmaması, bağışlara dayalı mali yapının sürdürülememesi ve hospis kavramının hasta ve aileler tarafından yeterince benimsenmemesi nedeniyle dört yılın sonunda kapanmak zorunda kalmıştır (Can, 2024). Bunu izleyen ikinci hospis girişimi ise 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından kurulan 12 odalı “Hacettepe Umut Evi”dir. Ancak ülkemizde hospis ve palyatif bakıma ilişkin net yasal düzenlemelerin olmaması nedeniyle Hacettepe Umut Evi, planlanan anlamda bir hospis işlevi görememiş; daha çok hastaların tedavi sürecinde veya sonrasında

kısa süreli konaklamalarını sağlayan bir ara bakım ve barınma modeli olarak kalmıştır.

2008–2009 yılları arasında DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ile T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı arasında imzalanan iş birliği anlaşması kapsamında yürütülen çalıştaylar sonucunda “Palyatif Bakım Eylem Planı” hazırlanmış ve bu plan 2010–2015 Ulusal Kanser Kontrol Programı’na entegre edilmiştir. Bu planda, ülke koşullarına uygun bir palyatif bakım modelinin geliştirilmesi, pilot palyatif bakım merkezlerinin kurulması, ekip eğitimi ve opioid erişiminin kolaylaştırılması temel hedefler olarak belirlenmiş; Palya-Türk adıyla bir proje tasarlanmıştır (TBMM, 2010; Can, 2024). Esas olarak aile hekimliği temeli üzerine kurulan ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ile sivil toplum örgütlerinin desteğiyle yapılandırılan bu sistem; hemşirelik bakımını merkezine alan, toplum temelli ve Türkiye’nin mevcut sosyo-kültürel yapısına en uygun palyatif bakım modeli olarak tanımlanmıştır (Şahan Uslu & Terzioğlu, 2015). Bununla birlikte farklı ihtiyaçlara cevap vermek üzere Palya-Türk kapsamında palyatif bakım hizmetleri üç düzeyde planlanmıştır: Periferde ayakta hizmet veren I. seviye palyatif bakım birimleri; üst düzey sağlık tesisleri içinde multidisipliner ekiplerle hizmet sunan II. seviye palyatif bakım merkezleri ve rehabilitasyon, psikososyal destek, beslenme ve ağrı yönetimi gibi geniş bir hizmet yelpazesini barındıran üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerine bağlı III. seviye kapsamlı palyatif bakım merkezleri (Can, 2024).

Sağlık Bakanlığı birimleri tarafından, 2010’dan itibaren Palya-Türk çerçevesinde hemen her ilde 2–4 yataklı palyatif bakım birimlerinin, büyük onkoloji merkezlerinde 15–20 yataklı kapsamlı palyatif ünitelerinin ve hastane kampüslerine yakın, ev ortamına benzer şekilde tasarlanmış 30 yataklı “şefkat evi/hospis” modellerinin hayata geçirilmesi hedeflenmiştir. Bu proje

kapsamında hastane temelli ilk kurumsal adım 2010 yılında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2 yataklı bir palyatif bakım biriminin, multidisipliner bir ekip ile hizmete başlamasıyla atılmıştır (Kavşur & Sevimli, 2020). Türkiye'de erişkin hastalara yönelik ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi, 11 özel odadan oluşan yapısıyla Sağlık Bakanlığı Ankara Ulus Devlet Hastanesinde açılmıştır. Burada eğitilmiş multidisipliner bir ekiple kesintisiz hizmet sunularak, uzun süre yoğun bakımda kalan hastaların bu merkeze alınması ve bakım yükünün azaltılması hedeflenmiştir (Aslan, 2020). Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan bu projenin 2011 yılı itibarıyla uygulamaya konulduğu ve hemşireler, aile hekimleri ile KETEM personeli aracılığıyla yaygınlaştırılan dünyadaki ilk toplum temelli palyatif bakım projelerinden biri olduğu belirtilmiştir (Aslan, 2020).

2015 yılında yayınlanan Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik Sağlık Bakanlığı ve bağlı kurumlarda evde bakım uygulamalarının esaslarını belirlemiştir (Akçakaya, 2020). Palyatif bakım almış ve tedavinin evde alması uygun görülen hastalar, evde bakım hastaları içerisinde sayılmıştır (2 Haziran 2023 tarih ve 32209 sayılı Resmi Gazete). Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan bu yönerge ve yönetmeliklerle, palyatif bakım kavramının tanımlanması, kurumsal yapısının oluşturulması, hizmetlerin yaygınlaştırılması ve sistematik hale getirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, palyatif bakım alanında deneyimli ve eğitilmiş ekiplerin oluşturulması, bu hizmetin 2023 yılına kadar ülke genelinde yaygınlaştırılması ve bakıma ihtiyaç duyan hasta ile ailelerinin bu hizmetlerden etkin biçimde yararlanmasının sağlanması hedeflenmiştir (Turgut ve ark. 2020). 2010 yılında il sağlık müdürlüklerinden toplanan verilere göre, Türkiye'de yalnızca 9 palyatif bakım merkezi bulunmaktaydı ve bu merkezlerin büyük çoğunluğu üniversite hastanelerinde yer

almaktaydı. 2014 yılına gelindiğinde 15 merkezde toplam 179 yatak bulunmakta iken, 2023 yılında palyatif bakım merkezi sayısı 437'ye ve yatak sayısı 6397'ye yükselmiştir (Almaz et al., 2025).

Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında ödenmektedir. Sağlık Bakanlığı ve kamu ve vakıf üniversite hastanelerinde verilen palyatif bakım ödemeleri, hizmetin tescillenmiş palyatif bakım yatağında sunulması şartına bağlanmıştır. Bu kapsamda verilen hizmetlerden hasta ya da ailesinden ek ödeme alınmamaktadır. Evde sağlık hizmetleri ile verilen palyatif bakım ödemeleri, evde bakım ödemeleri ilkelerine tabi olup, reçete edilen ilaçlar ve tıbbi malzemeden aktif sigortalılardan %20 ve pasif sigortalılardan %20 katılım payı alınmaktadır (SGK, 2013).

Sonuç

Palyatif bakım, ciddi sağlık sorunlarına bağlı acıyı azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada vazgeçilmez bir araç hâline gelmiş, etik ve insan hakları temelli bir sağlık hizmeti olarak küresel düzeyde kabul görmüştür. Çok sayıda çalışma, palyatif bakımın ağrı ve semptom kontrolünü iyileştirdiğini, hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesini yükselttiğini, gereksiz hastane başvuruları ve yoğun bakım yatışlarını azaltarak çoğu zaman maliyet nötr veya maliyet etkin bir yaklaşım sunduğunu göstermektedir. Ancak gelişmiş ülkelerde ve kanser hastalarının erişiminde ilerleme görülmüş olsa da dünyanın birçok bölgesinde palyatif bakıma erişimde sorunlar devam etmektedir.

Kaynaklar

Almaz, A., Gültepe, H. A., Duman, F. N., Işık, İ. S., & Kelebek-Küçükarslan, G. (2025). Palyatif bakım biriminden yararlanan hasta yakınlarının deneyimleri ve sosyal hizmet gereksinimleri: Sivas ili örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 13(25), 72–96.

Aslan, Y. (2020). Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19–27.

Atreya, S., Butola, S., Bhatnagar, S., Kumar, D., Muckaden, M., Kuraikose, J., Jeba, J., Gupta, M., Palat, G., Sanghai, P., Mathews, L., Kumar, G., Joad, A., Giri, P., & Kadri, A. (2024). Integration of Palliative Care into Primary Care: A Collaborative Effort Between the Indian Association of Palliative Care and the Indian Association of Preventive and Social Medicine. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 49(Suppl 2), S234. https://doi.org/10.4103/IJCM.IJCM_858_24

Baldemir, R., Akçaboy, E. Y., Çelik, S., Noyan, Ö., Akçaboy, Z. N., & Baydar, M. (2019). [An assessment of physicians attitudes toward opioid usage and opiophobia: Results of a survey from a training and research hospital]. *Agri : Agri (Algoloji) Dernegi'nin Yayın Organidir = The Journal of the Turkish Society of Algology*, 31(1), 23–31. <https://doi.org/10.5505/AGRI.2018.03411>

Can, G. (2024). Palyatif bakımda tarihsel gelişim. In G. Can (Ed.), *Temel Palyatif Bakım* (1st ed., pp. 1–11). İÜC Üniversite Yayınevi; <https://doi.org/10.5152/1801>

Canadian Institute for Health Information. (2023). *Access to palliative care in Canada*. <https://www.cihi.ca/en/access-to-palliative-care-in-canada>

Çapuk, H. (2023). Dünyada ve Türkiye’de Hospis Bakım. *Perspectives in Palliative & Home Care*, 2(3), 149–155.

Center to Advance Palliative Care. (2024). *America’s Readiness to Meet the Needs of People with Serious Illness: 2024 Serious Illness Scorecard*. <https://www.capc.org/serious-illness-scorecard/>

Clark, D. (2007). From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncology*, 8(5), 430–438. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70138-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70138-9)

Cohn, J., Corrigan, J., Lynn, J., Meier, D., Miller, J., Shega, J., & Wang, S. (2017). Community-Based Models of Care Delivery for People with Serious Illness. *NAM Perspectives*, 7(4). <https://doi.org/10.31478/201704B>

Connor, S. R. (2020). *Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition Global Atlas of Palliative Care at the End of Life Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition* (Issue January 2020). www.thewhpca.org
www.thewhpca.org

Court, L., & Olivier, J. (2020). Approaches to integrating palliative care into African health systems: a qualitative systematic review. *Health Policy and Planning*, 35(8), 1053–1069. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZAA026>

Dixon, J., King, D., Matosevic, T., Clark, M., & Knapp, M. (2015). *Equity in the provision of palliative care in the UK: Review of evidence*.

Ekinci, G. (2023). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin organizasyonuna yönelik bir değerlendirme. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(1), 19–27.

Ezer, T., Lohman, D., & de Luca, G. B. (2018). Palliative Care and Human Rights: A Decade of Evolution in Standards.

Journal of Pain and Symptom Management, 55(2), S163–S169.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.027>

Goebel, J. R., Guo, W., & Wood, K. A. (2016). Teamwork and perceptions of palliative care quality. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 18(3), 242–248.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000239>

Gothé, H., Brinkmann, C., Schmedt, N., Walker, J., & Ohlmeier, C. (2020). Is there an unmet medical need for palliative care services in Germany? Incidence, prevalence, and 1-year all-cause mortality of palliative care sensitive conditions: real-world evidence based on German claims data. *Journal of Public Health* 2020 30:3, 30(3), 711–720. <https://doi.org/10.1007/S10389-020-01319-7>

Grant, L., Downing, J., Namukwaya, E., Leng, M., & Murray, S. A. (2011). Palliative care in Africa since 2005: good progress, but much further to go. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(2), 118–122. <https://doi.org/10.1136/BMJSPCARE-2011-000057>

Hamano, J., Shima, Y., & Kizawa, Y. (2023). Current situation and support need for non-cancer patients' admission to inpatient hospices/palliative care units in Japan: a nationwide multicenter survey. *Annals of Palliative Medicine*, 12(1), 81–89. <https://doi.org/10.21037/APM-22-743>

Henteleff, Y. M., Shariff, M. J., & MacPherson, D. L. (2011). Palliative Care: An Enforceable Canadian Human Right? *McGill Journal of Law and Health*, 5(1), 107.

Hospice UK. (2025). *Palliative and End of Life Care Policy and Guidance*. <https://www.hospiceuk.org/our-campaigns/policy-and-influencing/understanding-health-care-system/palliative-end-life-care-policy-guidance>

Hui, D., & Bruera, E. (2020). Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 852. <https://doi.org/10.1200/JCO.18.02123>

Hui, D., Paiva, B. S. R., & Paiva, C. E. (2023). Personalizing the Setting of Palliative Care Delivery for Patients with Advanced Cancer: “Care Anywhere, Anytime.” *Current Treatment Options in Oncology*, 24(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/S11864-022-01044-1>

Kahveci, K., Koç, O., & Aksakal, H. (2020). Home-based Palliative Care. *Bezmialem Science*, 8(1), 73–80. <https://doi.org/10.14235/BAS.GALENOS.2019.3208>

Karakaya, C., & Işıkhhan, V. (2020). Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437–1458.

Kavşur, Z., & Sevimli, E. (2020). Türkiye’deki palyatif bakım hizmetlerinin bazı gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılması. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 4, 715–730.

Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodriguez, N. M., Alleyne, G. A. O., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., del Rocío Sáenz Madrigal, M., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., ... Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet (London, England)*, 391(10128), 1391–1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)

Kocatepe, V., Oruç, Ö., Bağcı, P., Yaman, S., Birol, S., & Aydın, P. (2020). Palyatif bakım ünitesinde çalışan hekim ve hemşirelerin dispne tedavisinde morfin kullanımı ile ilgili

yaklaşımlarının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 387–394.

Köktürk Dalcalı, B. (2019). Palyatif bakım birimlerinde manevi bakım ve hemşirelik. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2(2), 29–37.

Krawczyk, M. (2021). Organizing end of life in hospital palliative care: A Canadian example. *Social Science and Medicine*, 291. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112493>

Lee, J.-H. (2020). Existential Issues and Psychosocial Interventions in Palliative Care. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 23(4), 167. <https://doi.org/10.14475/KJHPC.2020.23.4.167>

Loosen, S. H., Krieg, S., Eschrich, J., Luedde, M., Krieg, A., Schallenburger, M., Schwartz, J., Neukirchen, M., Luedde, T., Kostev, K., & Roderburg, C. (2022). The Landscape of Outpatient Palliative Care in Germany: Results from a Retrospective Analysis of 14,792 Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22). <https://doi.org/10.3390/IJERPH192214885>

McCarthy, S. (2021). Primary palliative care. Caring for patients with life-limiting illness in the community. *Malaysian Family Physician : The Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 16(3), 2–5. <https://doi.org/10.51866/CM0002>

Menekli, T. (2023). Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(1), 81–88.

Mori, M., & Morita, T. (2016). Advances in Hospice and Palliative Care in Japan: A Review Paper. *The Korean Journal of*

Hospice and Palliative Care, 19(4), 283–291.
<https://doi.org/10.14475/KJHPC.2016.19.4.283>

Morita, T., & Kizawa, Y. (2013). Palliative care in Japan: a review focusing on care delivery system. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 7(2), 207–215.
<https://doi.org/10.1097/SPC.0B013E3283612241>

Morrison, L. J., & Morrison, R. S. (2006). Palliative Care and Pain Management. *Medical Clinics of North America*, 90(5), 983–1004. <https://doi.org/10.1016/J.MCNA.2006.05.016>

Morrison, R. S. (2018). A National Palliative Care Strategy for Canada. *Journal of Palliative Medicine*, 21(S1), S63–S75.
<https://doi.org/10.1089/JPM.2017.0431>

National Alliance for Care at Home. (2024). *Facts and Figures Report, 2024 Edition*.

National Audit Office. (2025). *Government lacks clarity on the impact of its funding for independent adult hospices as demand rises for palliative and end-of-life care*.
<https://www.nao.org.uk/press-releases/government-lacks-clarity-on-the-impact-of-its-funding-for-independent-adult-hospices-as-demand-rises-for-palliative-and-end-of-life-care/>

National Center for Health Statistics. (2025). *Hospice Care*.
<https://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospice-care.htm>

NHS England. (2022). *Palliative and end of life care: Statutory guidance for integrated care boards (ICBs)*.

Ntizimira, C. R., Nkurikiyimfura, J. L., Mukeshimana, O., Ngizwenayo, S., Mukasahaha, D., & Clancy, C. (2014). Palliative care in Africa: a global challenge. *Ecancermedicalscience*, 8, 493.
<https://doi.org/10.3332/ECANCER.2014.493>

Oechsle, K. (2022). Specialized Outpatient Palliative Care—an Interim Assessment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(18), 325. <https://doi.org/10.3238/ARZTEBL.M2022.0192>

Öztekin, C. (2017). Palyatif bakımda iletişim ve aile görüşmesi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği*, 8(4), 287–291.

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (2015).

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>

Reeves, E., Liebig, B., & Schweighoffer, R. (2020). Care Coordination in Palliative Home Care: Who Plays the Key Role? *International Journal of Integrated Care*, 20(3), 15. <https://doi.org/10.5334/IJIC.5466>

Şahan Uslu, F., & Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81–90.

Salifu, Y., & Bayuo, J. (2022). Transfer and transitioning between palliative care settings. *Annals of Palliative Medicine*, 11(10), 3035–3039. <https://doi.org/10.21037/APM-22-1057/COIF>

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: The world health organization’s global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91–96. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00440-2)

Sertdemir Batbaş, C., Yakar, B., & Pirinçci, E. (2021). Palyatif bakım ve hospis. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 136–143.

Tiryaki, E., & Güdücü Tüfekci, F. (2023). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin sunumu ve ilgili düzenlemeler. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 312–320.

Tsuneto, S. (2013). Past, present, and future of palliative care in Japan. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 43(1), 17–21. <https://doi.org/10.1093/JJCO/HYS188>

Türk Eczacıları Birliği. (2024). *Kırmızı Reçeteye Tabi İlaçlar Listesinde Yapılan Güncelleme Hakkında*. <https://www.teb.org.tr/news/10540/Kırmızı-Reçeteye-Tabi-İlaçlar-Listesinde-Yapılan-Güncelleme-Hakkında>

WHO. (1990). *Cancer Pain Relief and Palliative Care*.

WHO. (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*.

WHO. (2004). *Better Palliative Care for Older People*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107563/2/E82933R.pdf>

WHO. (2018). *Why palliative care is an essential function of primary health care*.

WHO. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

WHO. (2023). *Left behind in pain: Extent and causes of global variations in access to morphine for medical use and actions to improve safe access*. 1–45. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075269>

Wiencek, C., & Coyne, P. (2014). Palliative Care Delivery Models. *Seminars in Oncology Nursing*, 30(4), 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.08.004>

SAĞLIK KURUMLARINDA KURUMSAL İTİBAR

AYÇA KARAHAN¹

Giriş

İşletme yöneticileri bir yandan rakipleriyle savaşırken diğer yandan dinamik bir çevrede önlerine çıkan fırsat ve tehditleri sürekli izlemeye çalışmaktadırlar. Bu süreçte işletmelerin hayatta kalmalarına etki edecek unsurlardan biri de işletmelerinin sahip olacağı yüksek kurumsal itibar olacaktır. Kurumsal itibar hem tüm paydaşların işletmeye yönelik değerlendirmelerinin bir sonucu olduğu için hem de bu değerlendirmeler işletmenin geçmişinden bugününe ve geleceğine yönelik uzun bir süreci kapsadığı için yönetilmesi gereken bir kavramdır. Hizmet sektöründe faaliyet gösteren sağlık kurumlarının yöneticileri de kurumlarını rakiplerinden farklılaştıracak stratejik bir rekabet aracı olarak kurumsal itibarı yönetmek durumunda kalmaktadırlar. Bu bölümde, kurumsal itibarın kavramsal çerçevesi, ölçüm yöntemleri ve etkin yönetim stratejileriyle nasıl korunabileceği sağlık sektörü özelinde ele alınacaktır.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi, İşletme Yönetimi, Orcid: 0000-0003-1356-350X

Kurumsal İtibar

Kurumsal itibar akademisyenlerin, işletmelerin ve de medyanın ilgisini çeken konulardan biri haline gelmiştir (Chun, 2005). İtibar; psikoloji, sosyoloji, ekonomi, yönetim ve pazarlama gibi çeşitli disiplinlerle birlikte ele alınan bir konudur (Walsh ve Beatty, 2007). Disiplinler arası ve çok boyutlu bu yapının yönetilmesi için önce ne olduğunun tam olarak öğrenilmesi, sonrasında ise bu yapıyı etkileyecek faktörlerin ortaya konmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Kurumsal itibar kavramının teorik alt yapısını alan yazına kazandıran Charles J. Fombrun (1996)'a göre kurumsal itibar, rakipleriyle kıyaslandığında bir kurumun genel görüntüsünün hedef kitlesi tarafından nasıl algılandığı ile ilgilidir. İtibar, “kurumun tüm bileşenleriyle elde ettiği toplam değer” olarak tanımlanmaktadır. Kurumsal itibar, işletmenin tüm paydaşlarına olan çekiciliği ile ilişkilidir (Fombrun, 1996). Walker (2010) kurumsal itibarla ilgili alan yazında yapılmış tanımlardan yola çıkarak kurumsal itibarı; “bir işletmenin geçmişteki eylemleri ve gelecekteki beklentilerinin, belirli bir standarda göre istikrarlı, konuya özgü, toplu, algısal temsili” olarak tanımlamıştır.

Örgütlerin eylemlerinden, aldıkları kararlardan, amaçlarından ve politikalarından etkilenen herkes o örgütün paydaşı durumundadır (Şatır ve Sümer, 2008). Kurumsal itibar, kuruluşun içindeki ve dışındaki paydaşların yargılarına dayanır ve algının bir sonucu olarak ortaya çıkar. Genellikle paydaş gruplarının üyeleri olan bu kişiler, kuruluşun itibarının şekillenmesinde önemli bir rol oynar. Bu nedenle, bir işletmenin iç ve dış paydaşları tarafından değerlendirilmesi, işletmenin genel itibarının bir göstergesi olarak ortaya çıkar (Molavi ve Zhang, 2025).

Kurumsal itibarın farklı disiplinlerle etkileşimini kurumsal altyapılardan yola çıkarak ortaya koyduğu çalışmasında Bahar

(2019), yeni kurumsal kuramcılara göre birbirine benzeyen, uyum sağlayan işletmelerin toplumda kabul görececeklerini ve meşruiyet kazanabileceklerini ifade etmiştir. Meşruiyet kuramına göre kurumların yasallaşarak çevresine uyum sağlamasını, güçlü bir kurumsal itibarın varlığı kolaylaştırmaktadır. Kaynak tabanlı bakış açısıyla ele alındığında, kurumsal itibar kuruma uzun vadede rekabet üstünlüğü sağlayabilecek soyut bir kaynak olarak ele alınmaktadır. İşaret kuramına göre karar vericiler, bilgi sahibi olmadıkları örgütlerle ilgili kararlarını örgütlerin gönderdikleri işaretleri değerlendirerek verirler. Örgütler kurumsal stratejileriyle veya kurumsal performanslarıyla ilgili bilgileri paylaştıklarında, paydaşlarının değerlendirmelerini, kurumsal itibar algılarını etkileyen işaretler göndermiş olurlar. Paydaş kuramına göre ise kurumsal itibarlarını güçlendirmek isteyen kurumlar, paydaşlarına karşı sorumluluklarını yerine getirmeye ve toplum çıkarlarını gözetmeye çalışmalıdırlar.

Kurumsal itibar; hissedarlar, müşteriler, çalışanlar, iş ortakları, hükümet, medya, yerel toplum ve doğal çevre başta olmak üzere kurumun tüm paydaşlarının zihninde oluşur. Kurum tüm bu farklı paydaşlar tarafından farklı farklı değerlendirilerek oluşan duygu, düşünce ve algılamaların sonucunda iyi bir yere sahip olur veya olamaz (Eroğlu ve Solmaz, 2012). Kurumsal itibar, tüm paydaşların değerlendirmelerinin bir sonucu olması nedeniyle yazında sıkça birbirlerinin yerine kullanıldığı iç paydaşların algılarıyla ilgili olan kurumsal kimlik ve dış paydaşların algılarıyla ilgili olan kurumsal imaj kavramlarından daha bütüncül bir kavramdır (Bahar, 2019; Chun, 2005).

İşletme paydaşları genellikle çalışanlar ve yöneticilerin olduğu iç paydaşlarla; müşteriler, tedarikçiler, yatırımcılar ve iş ortaklarının olduğu dış paydaşlardan oluşur. İmaj dış paydaşların izlenimlerinin ve algılarının sonucudur. Bu dış paydaşların başında müşteriler bulunmaktadır. Kurumsal imaj müşterilerin işletmeyle

yaşadıkları deneyim ve gözlemlerinden yola çıkarak işletme hakkındaki son zamanlarda oluşan hisleri ve inançlarıyla ilgilidir. Bu açıdan ele alındığında, işletmelerin iletişim çabaları sonucunda kısa sürede ve işletme hakkında bir deneyimleri olmadan da bir kurumsal imajı oluşabilirken, kurumsal itibar zamanla ve deneyimler sonucunda oluşur. Kurumsal kimlik ise işletmenin iç paydaşlarının işletmeyle ilgili düşünceleri ve işletmeye yönelik algıları sonucunda ortaya çıkar (Chun, 2005).

Kurumsal itibar tüm paydaşların işletmeye yönelik kolektif algılarını temsil eden bir kavramdır. Kurumsal itibar olumlu veya olumsuz olabilir; kurumsal itibarın inşası zaman alır ve bir kez inşa edildikten sonra stabil ve kalıcı olması hedeflenir (Walker, 2010). Çıktısı soyut olan ve ancak tüketildikten sonra kalitesi hakkında değerlendirme yapılabilen hizmet sektöründe, müşteriler için kurumsal itibar sunulacak hizmetle ilgili güvenilir bir gösterge olabilmektedir (Nguyen ve Leblanc, 2001). Rakiplerine karşı üstünlük sağlamak isteyen sağlık kurumları yöneticilerine tüm iç ve dış paydaşlarının algılarını olumlu şekilde etkileyecek ve sağlık kurumlarının kurumsal itibarını arttıracak çalışmalar yapmaları önerilmektedir. Sağlık kurumlarında kurumsal bir kimlik ve olumlu bir imaj oluşturulması güçlü bir kurumsal itibar oluşturmada etkili olacaktır (Ünaldı, 2015).

Sağlık kurumlarının sunduğu hizmetin ana konusunun insan ve toplum sağlığı olması, sağlık kurumlarını hizmet sektöründe faaliyet gösteren diğer kurumlardan ayırmaktadır. Bireylerin ve toplumun sağlığının iyileştirilmesine ve geliştirilmesine katkı sunan sağlık hizmetleri insanlara ve yaşadıkları topluma değer katan, evrensel, güvenli, erişilebilir, yüksek kaliteli ve insan odaklı hizmetler sunmaktadır (Eren, 2020). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyenlerin bu hizmeti yüksek kalitede sunan kurumları tercih etmek istemeleri, onların en doğal ve haklı talepleri olacaktır. Kurumsal itibarı yüksek hastaneler genellikle

daha yüksek algılanan bakım kalitesiyle ilişkilendirilir. Hastalar, iyi bir itibara sahip hastanelerin etkili, güvenli ve güvenilir sağlık hizmetleri sunma olasılığının daha yüksek olduğuna inanabilirler. (Aladwan, Anuar, Aladwan ve Salleh, 2024). Bu nedenle sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyenler, kurumsal itibarını yüksek buldukları hastaneleri tercih edebileceklerdir.

Güllüpınar (2016) Türkiye’de faaliyet gösteren kamu hastanelerine yönelik algıyı ve dolayısıyla, kurumsal itibarı etkilediğini düşündüğü unsurları şu şekilde sıralamıştır; sağlık kurumunda sunulan hizmetin kalitesi, başta doktorlar olmak üzere nitelikli personelin istihdam edilmesi, hizmet sunum sürecindeki samimiyet, değişime ve yeniliğe açık olması, sağlık kurumuna duyulan güven, sağlık kurumuna çekinmeden gidebilmek, sağlık kurumunun insana değer vermesi, çevresel duyarlılığa sahip olması, iyi yönetilmesi ve yönetimin vizyoner, yeterli ve yetkin olması.

Kurumsal itibarın işletmeler üzerindeki olumlu etkileri

İyi bir itibarın işletmelere sağlayabileceği olumlu etkiler çeşitli araştırmacılar tarafından ulusal ve uluslararası yazında ortaya konmuştur. İyi bir itibar sürdürülebilir bir rekabet avantajı sağlayabilmekte (Zyglidopoulos 2005), taklit edilmesi zor olduğu için rakiplerin pazara girişine engel olarak görülebilmektedir (Walsh ve Beatty, 2007). İşletmenin olumlu bir kurumsal itibarının olması hissedarları işletmeye yatırım yapmaya teşvik eder, işletmenin müşterilerinin sadakatini artırır ve işletmenin tüm getirilerine olumlu yansır (Chun, 2005), müşterilerin risklerini azaltır, müşterileri ürünü daha olumlu değerlendirmesini sağlar. Bir işletme hakkında iyi bir itibarı olduğu algısına sahip müşteriler işletmenin savunucuları olarak davranır ve ağızdan ağıza olumlu bilgi yaymaya daha istekli olurlar (Walsh, Mitchell, Jackson ve Beatty, 2009), ürünleri alırlar ve başkalarını da almaları için ikna ederler (Bahar, 2019). İtibarı yüksek olan kurumlar yetenekli çalışanlar tarafından

tercih edilirler (Ural, 2002). Maliyetlerin düşmesi, fiyat avantajlarının sağlanması ve işletmenin karşılaşılabileceği kurumsal risklerin azaltılması (Wei, 2021), güçlü ortaklarla iş birliği yapmak ve kriz anında paydaşların desteğini almak yüksek itibarın işletmelere sağlayabileceği avantajlardır (Bahar, 2019). Kurumsal itibarı yüksek algılanan işletmelere yönelik olarak, kurumsal itibar müşterilerin algıladığı değeri etkileyerek karar verme davranışları etkileyebilir (Wei, 2021).

Alan yazında finansal performans göstergeleri ile kurumsal itibar arasındaki etkileşimleri inceleyen farklı çalışmalar bulunmaktadır (Fombrun ve Shanley, 1990; Roberts ve Dowling, 2002). Kurumsal itibarın finansal performans üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir (Deephhouse, 1997). Ancak sağlık kurumları gibi kâr amacı gütmeyen kurumlarda bu ilişkiye rastlanmamasının normal olduğu düşünülmektedir (Çınaroğlu ve Şahin, 2012).

İtibarı yüksek olan sağlık kurumları hasta ve hasta yakınları tarafından tercih edilir ve tavsiye edilir olacaktır (Ünaldı, 2015). Ünal (2022) hastaların kurumsal itibar algılarının hasta memnuniyetini etkilediğini ifade etmiştir. Sağlık kurumlarında çalışanlarının çalıştıkları sağlık kurumunun itibarını yüksek algılamaları, çalışanların iş tatminlerini olumlu bir etkiler (Öngel, 2023). Alan yazında finansal performans göstergeleri ile kurumsal itibar arasındaki etkileşimleri inceleyen farklı çalışmalar bulunmaktadır (Fombrun ve Shanley, 1990; Roberts ve Dowling, 2002). Kurumsal itibarın finansal performans üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir (Deephhouse, 1997).

İtibar yönetimi

Kurumsal itibar; yoğun rekabet ortamında işletmeleri rakiplerinden farklılaştıran, rakiplere karşı koruyucu bir kalkan görevi gören, rakipler tarafından taklit edilemeyen ve rakiplerin para

verip satın alamayacakları nadir, değerli, soyut bir kavramdır (Bilbil, Sütçü ve Kıyat, 2013; Boyd, Bergh ve Ketchen, 2010).

Farklı paydaşlar işletmeyle ilgili farklı konulara önem verecek ve farklı konularla ilgili bilgilere ihtiyaç duyacaklardır. Örneğin müşteriler ürünle ilgili bilgilere önem verirken, yatırımcılar finansal bilgilere ihtiyaç duyacaklardır. İşletmenin eylemlerinin sonucunda da her bir paydaş grubu için farklı potansiyel riskler veya ödüller olacaktır (Reuber ve Fischer, 2005). Diğer bir ifadeyle bir işletmenin itibarı paydaşı olan farklı gruplar için aynı olmayacaktır. Dolayısıyla işletmenin her bir paydaş grubu tarafından farklı şekilde algılanan ve tanımlanan bir itibarı olacaktır (Nguyen ve Leblanc, 2001). İşletme yöneticileri de farklı paydaşların farklı beklentilerini karşılayacak şekilde kurum itibarını yönetmeye çalışmalıdır.

İtibar yönetimi kapsamında “başkalarının (paydaşlar) bizi nasıl gördüğü”, “gerçekte kim olduğumuz” ve “kendimizi ne olarak gördüğümüz” arasında uyum sağlanmaya çalışılmalıdır (Chun, 2005). İşletmeye dışarıdan bakanlar ve içeriden bakanların görüşleri arasındaki herhangi bir ilişkisel farklılığın veya boşluğun idaresi itibar yönetiminde kritik bir role sahiptir. Paydaşların farklı memnuniyet kaynaklarına sahip olması sonucu ortaya çıkan bu tür farklılıklar veya boşluklar arasında uyum sağlanması, işletmenin başarılı olmasına katkı sunabilecektir (Chun, 2005).

Müşteriler bir işletmeye güvendiklerinde, işletmenin adil davrandığını, güvenilir olduğunu ve müşteriler de dahil olmak üzere tüm paydaşlarını önemsedğine inanma eğilimde olurlar. Müşterilerin güvendikleri işletmeler hakkındaki duyguları ve değerlendirmeleri olumlu olur ve bu durum işletmenin itibarını artırır (Walsh, Mitchell, Jackson ve Beatty: 2009). Kurumsal itibarın sürdürülebilirliğinde çalışanlar kilit bir rol oynayabilmektedirler (Cravens ve Oliver, 2006). Çalışanların kurumlarına olan bağlılık, inanç ve düşünceleri kurumlarının itibarının oluşturulması ve

sürdürülebilirliğinin sağlanması açısından etkili olmaktadır (Sezgin, 2017).

Deephhouse (2000) işletmelerin medyada olumlu ve görünür olmasının kurumsal itibarı artırarak örgütsel performansı desteklediğini ifade etmiştir. Buna göre kurumların medyayla ilişkisi basit bir halkla ilişkiler çalışması olmaktan öte, kurumların paydaşlarla olan ilişkisini şekillendirebilen, işletmelerin meşrutiyyet kazanmasına destek veren yönetilebilir bir stratejik araçtır. Teknolojik gelişmelere bağlı olarak işletmeler paydaşlarıyla iletişim kurabilecekleri yollar da çeşitlenmiştir. İşletmelerin sosyal medya faaliyetleri kurumsal itibar algısı üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (Dijkmans, Kerkhof ve Beukeboom; 2015). Kurumlar, kurumsal kimliklerini sosyal medyada paylaşılarak, paydaşlarıyla bilgi paylaşarak ve dijital ortamlarda aktif olarak kurumsal itibarlarını yönetmelidirler (Bilbil ve Güler, 2017). İşletmeler bir yandan yatırımcılara ve rakiplerine karşı güçlü ve kararlı bir duruş sergilerken diğer yandan topluma karşı iyi görünmek için daha yumuşak ve güven verici bir duruş sergiler ve farklı paydaşları için sergiledikleri bu iki farklı duruş arasında iletişim stratejileriyle bir denge oturtmaya çalışırlar (Deephhouse ve Carter, 1999).

Kurumsal itibarın çok boyutlu bir yapısı hem oluşturulmasının hem de itibar kazanmanın ve sürdürmenin ne kadar zor olduğunu göstermektedir. Ancak hizmet sektörü içinde önemli bir yere sahip olan sağlık kurumlarının da faaliyet gösterdiği hizmet sektöründe yer alan işletmeler için kurumsal itibar yönetimi, itibarın paydaşların işletmenin soyut ürünleri hakkında olumlu bir görüş oluşturulmasına katkıda bulunabileceği için daha kritik olduğu düşünülmektedir (Kurd, Medeni, Medeni ve Sağsan, 2017). Bunun nedeni değerlendirecek fiziksel kanıtın az olduğu, bilgi asimetrisinden kaynaklı olarak müşterilerin hizmetin unsurlarını değerlendiremediği güvene dayanan sağlık sektörü gibi hizmetlerde itibarın müşteri değerlendirmelerinde stratejik bir role sahip

olmasıdır (Walsh, Mitchell, Jackson ve Beatty: 2009). Demir (2018) kurumsal itibarını korumak ve geliştirmek isteyen sağlık kurumları yöneticilerine pazardaki fırsatları kısa sürede fark etmelerini, vizyonlarını net bir şekilde belirlemelerini, liderliğe önem vermelerini, sosyal sorumluluklarına önem vermelerini, sonuna kadar arkasında durabilecekleri yüksek kalitede hizmet sunmalarını, yeniliklerle değişimlere kısa sürede ayak uydurmalarını ve hastalara bedelini ödedikleri hizmetlerin karşılığını tam vermelerini önermiştir.

Akredite olan sağlık kurumlarının kurumsal itibarı dış paydaşlar tarafından, akredite olmamış sağlık kurumlarına göre daha yüksek düzeyde algılanabilmektedir (Çatar, 2019). Bu nedenle dış paydaşlarının gözünde sağlık kurumlarının itibarını yükseltmek isteyen yöneticilere akredite olmak için planlamalar yapmaları önerilmektedir.

Kurumsal itibarı yükseltmek isteyen sağlık kurumları yöneticilerine kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetleri gerçekleştirmeleri de önerilmektedir (Kızıl ve Naktiyok, 2019). Ücretsiz hasta muayene etmek veya halka sağlıkla ilgili çeşitli eğitimler vermek sağlık kurumları yöneticilerinin gerçekleştirebilecekleri sosyal sorumluluk faaliyetlerinden bazılarıdır (Yeşiltaş ve Erdem, 2017).

Hastaneye olan uzaklık, kalite, kurumsal iletişim, doktor tavsiyesi, o hastanede çalışan tavsiye edilen doktor, önceki deneyimler, ücretler, hastaların çevresinden gelen tavsiyeler ve kurumsal itibar faktörlerinin hastaların hastane seçimini etkilediği ancak bu seçimde en önemli etkinin kurumsal itibar olduğu ifade edilmiştir (Amarat, Baş, Akbolat ve Ünal, 2019). Bu durumda kurumlarının hastalar tarafından daha çok tercih edilmesini sağlamak ve pazar payını arttırmak isteyen sağlık kurumlarının yöneticileri kurumsal itibar yönetimine de özen göstermelidir.

Başarılı olmak isteyen sağlık kurumlarına paydaşlar tarafından arzu edilen bir kurum olmak için çalışmaları önerilmektedir. Sağlık sektörü paydaşlar tarafından kurumsal itibar algısının yoğun olarak hissedildiği sektörlerden biridir. Sağlık kurumları için dış paydaşlarca algılanan kurumsal itibarı artırmanın yolunun, iç paydaşlar tarafından algılanan kurumsal itibarın artırılmasından geçtiği belirtilmektedir (Yazıcı ve Öztırak, 2023). Sağlık kurumlarında karşılama hizmetlerinin kurumsal itibarı etkileyebilecek faktörlerden biri olduğu ifade edilmiştir. Hastayı ilk karşılayan danışma personelinden başlayarak, doktorlar dahil, hastanede çalışan tüm personelin tutum davranış ve iletişimi, hastanedeki fiziki yönlendirmelerle hastanenin temizliği bir sağlık kurumunda karşılama hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır (Güllüpinar, 2016).

Sağlık kurumları yöneticilerinin ve hastaların kurumsal itibar algıları içsel bir performans göstergesi olan çalışanların memnuniyetiyle ilişkilendirilebilmektedir (Çınaroğlu ve Şahin, 2012). Kurumsal itibarı stratejik bir araç olarak kullanmak isteyecek sağlık kurumları yöneticileri, kurumsal itibar üzerinde etkili olduğu ifade edilen çalışanların kurumsal itibarı etkileyecek unsurlarla ilgili bilinçli olmasını sağlamalıdır (Ergün, 2015). Şatır ve Sümer (2008) bir kamu araştırma hastanesinde iç paydaşların (çalışanların) kurum itibarına bakışını değerlendirdiği çalışmada kurum çalışanları kurumsal işleyiş, iletişim, sosyal sorumluluk ile güven ve hizmet kalitesi alt bileşenlerini itibarla ilişkilendirmişlerdir. Çalışanların çalıştıkları hastaneyi iyi bir yer olarak düşünmeleri, orada daha verimli ve mutlu çalışmalarını sağlamaktadır. Sağlık kurumlarına kurumsal itibarlarında farklılık yaratabilmek için yöneticiler çalışanlarının mesleki bağlılıklarında da etkili olan duygusal bağlılıklarını dikkate almalıdırlar (Kurd, Medeni, Medeni ve Sağsan, 2017). İnsan sağlığının önemi düşünüldüğünde karşılına çıkan birçok seçenek arasından en doğrusunu seçmek isteyecek olan hasta

ve hasta yakınları itibarı yüksek olan hastanelere daha çok güveneceklerdir. Bu noktada başkalarını etkileyebilme gücüne sahip olan sağlık çalışanları, hastanelerin dışa yansıyan yüzü olarak öne çıkmaktadırlar. Bu nedenle sağlık kurumları yöneticilerine, sağlık kurumunu dışarıya karşı temsil edecek olan, sağlık kurumlarının faaliyetleriyle ilgili hasta ve yakınlarını bilgilendirecek olan çalışanlarının kurumsal itibar algılarını yükseltecek faaliyetlerde bulunmaları önerilmektedir (Kızıl ve Naktiyok, 2019).

Kurumsal itibar risk yönetimi

Stratejik yönetim açısından kurumsal itibar, ürün ve hizmet pazarında rekabet avantajına katkıda bulunabilecek maddi olmayan bir varlık olarak kabul edilmektedir (Walsh ve Beatty, 2007). Bir kriz anında işletmeler çok kısa sürede itibar kaybına uğrayabilmekte (Chun, 2005) ve itibarın ne kadar değerli bir varlık olduğunu da ancak bu kayıplardan sonra anlayabilmektedirler (Kadıbeşgil, 2013). Güçlü bir itibara sahip kurumlar, krizlerden daha az etkilenir veya krizleri fırsata çevirerek daha da güçlenirler (Bilbil, Sütçü ve Kıyat, 2013). Bu nedenle itibarın sürdürülebilirliği kadar korunması için de kurumsal itibar risk sürecinin yönetilmesi gerekmektedir. Kurumsal itibara zarar verebilecek potansiyel riskler için öncesinden hazırlık yapılması, kriz çıkmadan böyle bir durumda neler yapılabileceğine dair senaryolar hazırlanması önerilmektedir. Ancak holistik bir bakış açısıyla ele alınırsa başarılı olabileceği ifade edilen itibar krizi yönetimi kapsamında önceden planlamalar yapmış olmak da kriz anında yeterli olmayabilmektedir (Davies, 2002).

Krizler, önceden tahmin edilemeyen, örgütün varlığını tehlikeye sokan, kısa sürede çözülmeye çalışılan (Özdemir, 2017), beklenmedik bir anda çıkan, sürecin iyi yönetilmesi halinde fırsata dönüştürülebilecek durumlardır (Sarı ve Sarı, 2020). Örgütlerin itibarına zarar verebilecek kriz dönemlerinde paydaşlar krize neden olan konuyla ilgili bilgi arayışına girerler. Bu kriz dönemlerinde

paydaşlara aradıkları bilgiler, itibar risk yönetim süreci kapsamında örgüt tarafından paylaşılan tutarlı ve sürekli mesajlarla aktarılmalıdır (Uzunoğlu ve Öksüz, 2008). Paydaşlar ihtiyaç duydukları bilgileri örgütten elde edemezlerse başka kaynaklardan bilgi edinmeye çalışacaklardır. Aradıkları bu bilgilere ulaşabilecekleri kaynaklardan bir olan sosyal medyada ise bilgi çok hızlı ve filtrelenmemiş bir şekilde yayılabilmekte, paydaşlar dinamik bir şekilde birbirleriyle etkileşime girebilmektedir (Heidinger ve Gatzert, 2018). Kriz dönemlerinde bilginin bu şekilde kontrolsüzce yayılmasındansa, kurumun kontrolü altında paylaşılmasının krizin vereceği zararları azaltabileceği düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yapısında doğası gereği risk ve belirsizlik bulunmaktadır. Bir hastanenin itibarının sarsılması durumunda tüketicilerin, alıcıların ve doktorların tercihlerinin nedeniyle, hastanenin pazar payında da düşüş yaşanabilir. Hastanelerin itibarının sarsılması, hastanenin deneyimli doktor ve hemşireleri istihdam etmesini ve mevcuttaki nitelikli sağlık çalışanlarını da elde tutabilmesini olumsuz bir şekilde etkileyecektir (Hibbard, Stockard ve Tusler, 2005). Böyle bir durumda hastanenin varlığını sürdürmesi de tehlikeye düşebilecektir. Öte yandan çalışanların hastalara kişisel ilgi göstermesi, duyarlı davranması, bilgili ve deneyimli olmaları, görünüşlerinin olumlu olması hastaların hastaneyi mükemmel olarak değerlendirmesinde etkili olabilmektedir. Bu nedenle hastane yöneticilerine kalite ile itibar arasındaki ilişkiyi dikkate alarak çalışanlarla ilgili bu unsurları önemsemeleri önerilmektedir (Ergün, 2015).

Kurumsal itibarın ölçümü

Kurumsal itibarı yönetebilmek amacıyla kurumsal itibarı ölçmek için bazı ölçekler geliştirilmiştir. Kurum yöneticileri, itibar enstitüleri ve araştırmacılar kamuoyu yoklamaları, anketler, bilgisayar destekli araştırmalar veya endeksler kullanarak kurum

itibarlarını düzenli olarak ölçebilirler (Karatepe ve Ozan, 2017). Bu başlık altında kurumsal itibarın ölçülmesinde alan yazında en çok konu olan Amerika'nın En Beğenilen Şirketleri, Küresel En Beğenilen Şirketler, Reputation Index, Harris-Fombrun İtibar Katsayısı Modeli, Global Rep Trak Pulse, Türkiye İtibar Endeksi ve Amerika'nın En İyi Hastaneleri'yle ilgili bilgilere yer verilecektir.

1997 yılında Fortune Dergisi'nin Amerika'nın En Beğenilen Şirketleri sıralamasına kadar küresel düzeyde yapılan bir itibar sıralaması bulunmamaktaydı, ancak bu sıralamada yer alan işletmeler de Amerika'da faaliyet gösterenlerle sınırlıydı. Fortune Dergisi 1983 yılından itibaren işletmelerin üst düzey yöneticileri ve iş analistlerinden oluşan 8.000 kişiden dergi adına veri toplamaya başladı. Toplanan verilerde katılımcılardan kendi sektörlerinde önde gelen işletmeleri belirtmeleri ve bu işletmeleri yenilikçilik (inovasyon), yönetimin kalitesi, ürün ve hizmet kalitesi, finansal sağlamlık, uzun vadeli yatırım değeri, kurumsal varlıkların kullanımı, sosyal sorumluluk, yetenekli kişileri işletmeye çekme, geliştirme ve elde tutma becerisi açısından değerlendirmeleri isteniyordu (Schwaiger, 2004).

Fortune Dergisi 1997 yılında 24 sektör ve 13 ülkede Hay Group danışmanlarıyla gerçekleştirdiği çalışmayla Küresel En Beğenilen Şirketler olarak adlandırılan Global500 anketinin sonuçlarını yayınladı. Global500 anketine, ek olarak "işletmenin küresel çapta iş yapma yeteneği" maddesi eklendi. Katılımcılar benzer bir şekilde yöneticiler ve iş analistlerinden oluşmaktaydı (Schwaiger, 2004).

Cravens, Oliver & Ramamoorti (2003) tarafından önerilen Reputation Index, kurumsal itibarın finansal, stratejik, kültürel, yönetim ve ürün/hizmet bileşenlerini kapsar. Çok boyutlu itibar ölçek çalışmalarının erken örneklerinden biri olan modelle, itibarın

soyut bir kavram olmaktan çıkarılarak ölçülebilir, yönetilebilir ve raporlanabilir bir kurumsal varlık hâline getirilmesini sağlamıştır.

Harris Interactive, Charles J. Fombrun ve Cees van Riel tarafından geliştirilen Harris-Fombrun İtibar Katsayısı Modeli (Reputation Quotient, RQ)'nin itibarı ölçmek için geliştirilen araçların en kapsamlısı olduğu ifade edilmektedir. Model duygusal çekicilik, ürün ve hizmetler, vizyon ve liderlik, finansal performans, çalışma ortamı ile sosyal sorumluluk olarak adlandırılan altı boyuttan ve 20 maddeden oluşmaktadır (Fombrun, Gardberg ve Sever, 2000; Schwaiger, 2004). Harris-Fombrun İtibar Katsayısı Modeli alan yazında birçok farklı sektörde farklı örneklerle çalışılmış ve geçerliliği kanıtlanmış bir ölçektir (Passow, Fehlmann ve Grahlöw, 2005). Bir işletmenin duygusal çekiciliği, paydaşlarının işletmeye karşı olumlu duygular beslemesi ve şirkete güvenmesiyle oluşur. Kurumsal itibarı yüksek olarak algılanan işletmeler yüksek kaliteli, parasının karşılığını veren yenilikçi ürün ve hizmetler sunarlar. Bu işletmelerin vizyonları nettir. Mükemmel bir liderlikle yönetilen bu işletmelerin yöneticileri pazarlardaki fırsatlardan yararlanmayı bilirler. Paydaşlar kurumsal itibarı yüksek işletmelerde çalışmak için istekli olurlar ve bu işletmelerde nitelikli personelin istihdam edildiğini düşünürler. Sosyal sorumluluk kapsamında, itibarı yüksek algılanan işletmelerin iyi amaçları desteklemesi, çevreye duyarlı davranması ve insanlarla iyi ilişkiler içinde olması beklenir (Fombrun, Gardberg ve Sever, 2000). Müşterilerin işletmenin rekabet gücü, kârlılığı ve büyüme beklentilerine yönelik algıları işletmenin finansal performansı ile ilişkilidir (Walsh ve Beatty, 2007). Kurumsal itibarı yüksek olan işletmelerden finansal performans göstergelerinin yüksek olması beklenir (Fombrun, Gardberg ve Sever, 2000).

İtibar Katsayısı Modeli 2006 yılında Reputation Institute tarafından genişletilerek “Global Rep Trak Pulse” olarak güncellenmiştir. Ürün ve hizmetler, inovasyon, sosyal sorumluluk,

Çalışma ortamı, yönetişim, liderlik ve performans olarak adlandırılan 7 boyut ve 23 ifadeden oluşan bu yeni model ile tüm dünyada kullanılması mümkün bir itibar katsayısı oluşturulmuştur (Fombrun, Ponzi ve Newburry, 2015).

Fortune sıralamaları büyük ölçüde yönetici ve iş analistlerinin yargılarına dayalı olduğu (Molavi ve Zhang, 2025) ve finansal performansa ağırlık verdiği (Fryxell ve Wang, 1994) için eleştirilmektedir. Molavi ve Zhang (2025) ise geleneksel buldukları itibar katsayısı modellerini dış paydaşlara yoğunlaştığı için eleştirilmektedirler. (Wartick, 2002) kurumsal itibarı oluşturduğu ifade edilen boyutların farklı paydaşlara göre farklı önem dereceleri olduğunu, bu nedenle modellerde paydaş görüşlerinin tamamının alınmasının sorun çıkaracağını ifade etmiştir.

2010 yılında Türkiye İtibar Akademisi'nin faaliyetlerine başlamasıyla ülkemizde ekonomiye yön veren işletmelerin itibarını oluşturan faktörlerin tespit edilmesi ve sektörlerindeki konumlarını belirlenmesi için Türkiye İtibar Endeksi lm başlamıştır (Sipahioğlu, 2020). Her yıl 20 farklı kategoride Türkiye örneklemini kabul edilen 26 bölgede, 78 ilde yapılan araştırmalar sonucunda Türkiye'de beyaz eşya, elektronik, GSM ve telekom, gıda, enerji, alkolsüz içecek, inşaat, tekstil, holding, bankacılık ve sigorta, perakende olmak üzere 12 sektörde faaliyet gösteren işletmelerin tanıma, beğeni, güven, ilişki, memnuniyet, sadakat, elçilik ve gnldaşlık parametrelerine göre itibar değerlendirmesi yapılmaktadır (Ural, 2012; Güleryüz, 2020).

US News and World Report (USNWR) 1990 yılında başladığı hastane sıralamalarını, 1993 yılında Chicago niversitesinde bulunan Ulusal Kamuoyu Araştırma Merkezi ile imzaladığı sözleşmeyle her yıl 17 uzmanlık alanında en iyi 40-50 hastanenin yer aldığı ve "Amerika'nın En İyi Hastaneleri" olarak değerlendirdikleri hastanelerin sıralamalarını yayınlamaya

başlamıştır. 17 uzmanlık alanında en iyi olan hastanelerin isimleri sıralanırken, bu uzmanlıkların büyük bir bölümünde sıralama kalite ölçütlerine göre yapılmaktaydı. Göz hastalıkları, psikiyatri, fizik tedavi ve rehabilitasyon ile romatoloji uzmanlık alanlarında en iyi olan hastaneler ise itibar anketlerinin sonuçlarına göre belirleniyordu (Pope, 2009).

Kurumsal itibarın ölçülmesini kolaylaştırmak ve geliştirmek için yapay zekâ ve makine öğrenmesi yeni fırsatlar sunmaktadır. Yapay zekâ destekli yöntemler; sosyal medya, haber kaynakları ve diğer dijital platformlardan gelen büyük ölçekli, gerçek zamanlı verileri işleyerek paydaşların işletmeleri nasıl algıladığına dair daha doğru ve zamanında içgörüler sağlayabilir (Molavi ve Zhang, 2025).

Sonuç

Örgütlerin stratejik bir araç olarak kullanabilecekleri kurumsal itibar, uzun sürede oluşan ancak kısa bir sürede yerle yeksan olabilecek değerli ve soyut bir varlıktır. Sağlık kurumları yöneticileri de rekabet ettikleri diğer sağlık kurumlarına bir üstünlük kurmak amacıyla kurumsal itibarlarını etkin bir şekilde yöneterek bu stratejik araçtan faydalanabilirler. Bir sağlık kurumunun olumlu bir itibara sahip olması, hastaların seçim kararlarını etkileyebilen önemli bir değerlendirme kriteridir. Bu da kurumun hastalar tarafından rekabet halinde olduğu diğer sağlık kurumlarından daha çekici görünmesini sağlayacaktır. Bu nedenle sağlık kurumları yöneticileri potansiyel hastaların kurumsal itibar algılarının oluşmasında etkili olan faktörleri öğrenmeli ve hastanelerinin kurumsal itibarını ölçerek mevcut durumlarını anlamaya çalışmalıdırlar. Sağlık kurumunun algılanan kurumsal itibarlarının başta hastalar olmak üzere tüm paydaşlarca nelerden etkilenecek oluştuğunu ve ölçme metotlarından faydalanarak mevcut durumunun ne olduğunun anlaşılması, sağlık kurumları yöneticilerine, kurumlarının algılanan itibarını yükseltmek amacıyla

planlayacakları çalışmalara nereden başlayacaklarını gösterecektir. İtibarın bu detaylı hazırlıklarla etkin şekilde yönetilmeye çalışılmasının, itibarın olası risklere karşı korunması ve sürdürülebilmesi için hayati bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık kurumları yöneticilerine, kurumlarının itibarlarını rastlantılara bırakmak yerine, bütüncül ve proaktif bir itibar yaklaşımla yönetmeye çalışmaları önerilmektedir.

Kaynakça

Aladwan, M. A., Anuar, M. M., Aladwan, R. M., & Salleh, H. S. (2024). 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.

Amarat, M., Baş, T., Akbolat M. & Ünal Ö. (2021). “How does the perception of corporate reputation of patients shape?” *International Journal of Healthcare Management*, 14(2), 375-382, DOI: 10.1080/20479700.2019.1647946

Bahar, B. (2019). Kurumsal itibar ve kuramsal temelleri. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 14(55), 226-236.

Bilbil, E. K., & Güler, Ş. (2017). Dijital ortamda kurumsal itibar yönetimi ve viral uygulamalar ilişkisi. *Global Media Journal TR Edition*, 7(14), 379-402.

Bilbil, E. K., Sütçü, C. S., & Kıyat, B. D. (2013). Türkiye’de Telekomünikasyon Sektöründe Kurumsal İtibar Katsayısı ve Marka Sadakati Üzerine Bir Araştırma. *Öneri Dergisi*, 10(39), 163-175.

Boyd, B. K., Bergh, D. D., & Ketchen, D. J., Jr. (2010). Reconsidering the reputation–performance relationship: A resource-based view. *Journal of Management*, 36(3), 588–609

Chun, R. (2005). Corporate reputation: Meaning and measurement. *International journal of management reviews*, 7(2), 91-109.

Cravens, K., Oliver, E. G. & Ramamoorti, S. (2003). The reputation index: Measuring and managing corporate reputation. *European Management Journal*, 21(2), 201–212.

Cravens, K.S. ve Oliver, E.G. (2006) “Employees: The Key Link to Corporate Reputation Management”, *Business Horizons*, 49(4), 293-302.

Çatar, R. Ö. (2019). Kurumsal İtibarın Ölçülmesi: İki Özel Hastane Örneği. *Researcher*, 7(2), 167-176.

Çınaroğlu, S., & Şahin, B. (2012). Kurumsal itibar ve imajın hastanelerin performansı ile ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30(2), 27-55.

Davies, D. (2002). Risk management—protecting reputation: reputation risk management—the holistic approach. *Computer Law & Security Review*, 18(6), 414-420.

Deephouse, D. L. (1997). Part IV: How do reputations affect corporate performance?: The effect of financial and media reputations on performance. *Corporate Reputation Review*, 1(1), 68-72.

Deephouse, D.L. (2000) ‘Media reputation as a strategic resource: An integration of mass communication and resource-based theories’, *Journal of Management*, 26 (6), 1091 – 1112 .

Deephouse, D.L. ve Carter, S. M. (1999) ‘ “Tough talk”and “soothing speech”: Managing reputations for being tough and for being good’, *Corporate Reputation Review*, 2 (4), 308 – 332 .

Demir, N. (2018). Sağlık Sektöründe İtibar Kavramı ve İtibar Bileşenlerinden Duygusal Çekimi Etkileyen Faktörlerin Path Analizi Yardımıyla Belirlenmesi. *Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal*, 1-18.

Dijkmans, C., Kerkhof, P., & Beukeboom, C. J. (2015). A stage to engage: Social media use and corporate reputation. *Tourism Management*, 47, 58-67.

Eren, B.A., (2020). “Algılanan Hizmet Kalitesi ve Kurumsal İtibarın Hasta Tatmini Üzerindeki Etkisi: Ankara Hastanelerine İlişkin Karşılaştırmalı Bir Araştırma.” *IJEASS* 2(2),106-125.

Ergün, Z. (2015). Algılanan hizmet kalitesinin kurumsal İtibara etkileri: Konya ilinde faaliyet gösteren hastanelerde karşılaştırmalı bir araştırma (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Konya.

Eroğlu, E., & Solmaz, B. (2012). Kurumsal itibar araştırması ve bir uygulama örneği. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 1(4), 1-18.

Fombrun, C. J. (1996). Reputation: Realizing Value From the Corporate Image. Boston: Harvard Business Scholl Press.

Fombrun, C. J. ve M. Shanley (1990). ‘What’s in a name: reputation-building and corporate strategy’, *Academy of Management Journal*, 33, pp. 233–258.

Fombrun, C. J., Gardberg, N. A., & Sever, J. M. (2000). The reputation quotient: A multi-stakeholder measure of corporate reputation. *The Journal of Brand Management*, 7(4), 241-253. <https://doi.org/10.1057/bm.2000.10>

Fryxell, G.E. ve Wang, J. (1994). The fortune corporate ‘reputation’ index: Reputation for what?”. *Journal of Management*, 20(1), 1-14.

Güleryüz, İ. (2020). Kurumsal İtibar Yönetiminde Kurumsal Sosyal Sorumluluk Faaliyetlerinin Etkisi: İlişkisel Bir Analiz Çalışması. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 6(13), 241-266.

Güllüpunar, M. D. (2016). Bir halkla ilişkiler uygulaması olarak hastanelerde hasta karşılama hizmetlerinin kurumsal itibara etkisi: Kamu hastaneleri üzerine bir inceleme. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 4(2).

Heidinger, D., & Gatzert, N. (2018). Awareness, determinants and value of reputation risk management: Empirical

evidence from the banking and insurance industry. *Journal of Banking & Finance*, 91, 106-118.

Hibbard, J. H., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Affairs*, 24(4), 1150-1160.

Kadıbeşgil, S. (2013). İtibar Yönetimi, İstanbul: Mediat Yayınları.

Karatepe, S., & Ozan, M. S. (2017). Kurumsal sosyal sorumluluk ve kurumsal itibar ilişkisi üzerine bir değerlendirme. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 8(2), 80-101.

Kızıl, S., & Naktiyok, A. (2019). Yöneticilerin stratejik liderlik davranışlarının kurumsal itibar algısı üzerine etkisinde kurumsal sosyal sorumluluğun (KSS) rolü. *Istanbul Business Research*, 48(1), 64-83.

Kurd, P., Medeni, T., Medeni, T., & Sağsan, M. (2017). Effects of occupational commitment on corporate reputation: An empirical test for a hospital case in North Cyprus. *International journal of organizational leadership*, 6, 17-31.

Molavi, H., & Zhang, L. (2025). AI-driven corporate reputation measurement in digital ecosystems: A systematic literature review. *Acta Psychologica*, 261, 105846.

Nguyen, N. ve Leblanc, G. (2001). Corporate Image and Corporate Reputation in Customers Retention Decisions in Services, *Journal of Retailing and Consumer Services*, 8(1), 227-236.

Öngel, G. (2023). Hastane itibarının sağlık çalışanlarının iş tatminine etkisi. *EKEV Akademi Dergisi*, (94), 94-108.

Özdemir, Ö. (2017). Kriz yönetimi ve Samsung Note 7 örnekleme. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 110-128.

Passow, T., Fehlmann, R., Grahlow, H. (2005). Country Reputation-From Measurement to Management: The Case of Liechtenstein. *Corporate Reputation Review*, 7(4), 309-326.

Fombrun, C. J., Ponzi, L. J., & Newburry, W. (2015). Stakeholder tracking and analysis: The RepTrak® system for measuring corporate reputation. *Corporate reputation review*, 18(1), 3-24.

Pope, D. G. (2009). Reacting to rankings: evidence from “America's Best Hospitals”. *Journal of health economics*, 28(6), 1154-1165.

Reuber, A. R., & Fischer, E. (2005). The company you keep: How young firms in different competitive contexts signal reputation through their customers. *Entrepreneurship theory and practice*, 29(1), 57-78.

Roberts, P. W. ve Dowling, G. R. (2002), Corporate Reputation and Sustained Superior Financial Performance, *Strategic Management Journal*, 23(1), 1077–1093.

Sarı, E., Ve Sarı, B. (2020). Kriz zamanlarında eğitim yönetimi: covid-19 örneği. *Uluslararası Liderlik Çalışmaları Dergisi: Kuram ve Uygulama*, 3(2), 49-63.

Schwaiger, M. (2004). Components and parameters of corporate reputation—An empirical study. *Schmalenbach business review*, 56(1), 46-71.

Sezgin, D. (2017). Kurum Çalışanı Bakış Açısıyla Kurumsal İtibar. *Selçuk İletişim*, 9(4), 141-163.

Sipahioğlu, M. (2020). Yükseköğretimde kurumsal itibar yönetimi. Ankara: İksad Yayınevi.

Şatır, Ç., & Sümer, F. (2008). Kurum itibarının bileşenleri üzerine bir araştırma: sağlık hizmeti üreten bir kamu kurumunda iç paydaşlar itibarı nasıl algılıyor?. *Selçuk İletişim*, 5(2), 15-25.

Ural, E. G. (2002). İtibar yönetimi değer yaratan bir halkla ilişkiler çalışması olarak itibar yönetimi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 1(2), 83-93.

Ural, E. G. (2012). Kurumsal itibarı ölçme yöntemi olarak Türkiye itibar endeksi ve endeks sonuçlarından hareketle Türkiye'de elektronik sektörünün itibarı üzerine bir değerlendirme. *AJIT-e: Academic Journal of Information Technology*, 3(7), 7-20.

Uzunoğlu, E., & Öksüz, B. (2008). Kurumsal itibar riski yönetimi: Halkla ilişkilerin rolü. *Selçuk İletişim*, 5(3), 111-123.

Ünal, Ö. (2022). Hasta Hekim İletişiminin Hasta Memnuniyetine Etkisinde Hastaların Kurumsal İtibar Algısının Aracı Rolü. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (48), 257-265.

Ünaldı, N. (2015). Sağlık hizmeti sunan kurumlarda itibarın önemi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(2), 100-111.

Walker, K. (2010). A systematic review of the corporate reputation literature: Definition, measurement, and theory. *Corporate reputation review*, 12(4), 357-387.

Walsh, G., & Beatty, S. E. (2007). Customer-based corporate reputation of a service firm: scale development and validation. *Journal of the academy of marketing science*, 35(1), 127-143.

Walsh, G., Mitchell, V. W., Jackson, P. R., & Beatty, S. E. (2009). Examining the antecedents and consequences of corporate reputation: A customer perspective. *British journal of management*, 20(2), 187-203.

Wartick, Steven L. (2002), Measuring corporate reputation: definition and data. *Business & Society*, 41, (4), 371.

Wei, J. (2021). The impacts of perceived risk and negative emotions on the service recovery effect for online travel agencies: the moderating role of corporate reputation. *Frontiers in Psychology*, 12, 685351.

Yazici, A. M., & Öztirak, M. (2023). The Mediator Role of The Organizational Culture in The Relationship between Charismatic Leadership and Corporate Reputation. *Organizacija*, 56(3), 247-264.

Yeşiltaş, A. ve Erdem, R. (2017). Hastanelerin kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerine yönelik içerik analizi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 113–124.

KÜRESEL VE ULUSAL PERSPEKTİFTEN SAĞLIK YÖNETİMİ

