

































































































































































































































































*Tablo 4. BCC ve CCR Etkinlik Skorları Devamı*

| İller/<br>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/<br>Karar Verme<br>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) etkinen 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) etkinen 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) etkinen 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 sayının 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<br>CCR<br>İyileştirme<br>Oranı % | Bounded<br>CCR<br>İyileştirme<br>Oranı % | İyileştirme<br>Oranı Farkı | Unbounded<br>CCR<br>İyileştirme<br>Oranı % | Bounded<br>CCR<br>İyileştirme<br>Oranı % | İyileştirme<br>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 TUYKUN<sup>1</sup>

EMİNE ÇETİN<sup>2</sup>

## 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

---

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

<sup>2</sup> 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 sresinin 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 yönelmiş 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                                                                                                                                           |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grup 1 ülkeler</b> | 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                                                                      |
| <b>Grup 2 ülkeler</b> | 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                                                                                      |
| <b>Grup 3 ülkeler</b> | Ülke genelinde olmayıp sadece lokalize hospis palyatif bakım apılanması olan ülkeler | <b>Grup 3A ülkeler</b><br>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                                                                                                                                                                            |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grup 3<br/>ülkeler</b> | Ülke genelinde olmayıp sadece lokalize hospis palyatif bakım yapılanması olan ülkeler | <b>Grup 3B<br/>ülkeler</b> | 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                                                                             |
| <b>Grup 4<br/>ülkeler</b> | Sağlık sistemi ile entegre hospis-palyatif bakım servisleri olan ülkeler              | <b>Grup 4A<br/>ülkeler</b> | 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                                                       |
|                           |                                                                                       | <b>Grup 4B<br/>ülkeler</b> | 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 Kansere 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](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](http://www.thewhpca.org)[www.thewhpca.org](http://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 KARAHAN<sup>1</sup>

## 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.

---

<sup>1</sup> 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 paylaşılarak 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 isteyen 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 isteyen 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 Newbury, 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 kurumun 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 Perspektiften

# SAĞLIK YÖNETİMİ

